

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

VALDIVINA APARECIDA LIMA

**FATORES ASSOCIADOS AO SURGIMENTO DE CASOS DA
DOENÇA DE CHAGAS E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO CONTROLE DESTES AGRAVOS**

ARAÇUAÍ - MG

2013

VALDIVINA APARECIDA LIMA

**FATORES ASSOCIADOS AO SURGIMENTO DE CASOS DA
DOENÇA DE CHAGAS E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO CONTROLE DESTA AGRAVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito para obtenção do
Certificado de Especialista

Orientadora: Elaine Alvarenga de Almeida
Carvalho

ARAÇUAÍ - MG

2013

VALDIVINA APARECIDA LIMA

**FATORES ASSOCIADOS AO SURGIMENTO DE CASOS DA
DOENÇA DE CHAGAS E O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
NO CONTROLE DESTES AGRAVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Elaine Alvarenga de Almeida
Carvalho

Banca examinadora:

Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho - Orientadora

Ricardo Alexandre de Souza

Aprovado em Belo Horizonte, 14 de setembro de 2013

Dedico o presente trabalho à minha família, pelo apoio em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, primeiramente pela vida, pelos cuidados, pelas renúncias e amor incondicional.

A minha segunda mãe Bárbara pelo incentivo. Obrigada por sempre apoiar e confiar em minhas decisões.

Aos familiares pela confiança e compreensão.

A minha orientadora, que dividiu conhecimentos, confiou nas minhas idéias me incentivando a seguir em frente e a lutar pelos meus sonhos.

A todos os amigos que estiveram ao meu lado durante todo o tempo desta caminhada, me dando forças para seguir em frente.

E por último, mas não menos importante, a Deus, por guiar os meus passos e por me dar forças e maturidade para vencer os obstáculos impostos no meu caminho.

“Bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve. A vida é muito para ser insignificante.”

Charles Chaplin

RESUMO

O presente trabalho mostra importantes aspectos da doença de Chagas. Embora descrita há muito tempo pelo pesquisador Carlos Chagas (1909), a doença que leva seu nome, também conhecida como Tripanossomose Americana, ainda representa um desafio para a saúde pública pelos índices de morbidade e mortalidade que apresenta. O agente causador é o protozoário *Trypanosoma cruzi*, que acarreta um quadro clínico bastante variável, dependente de como se desenvolve a doença no hospedeiro. Na fase aguda, o hospedeiro pode apresentar-se com febre, linfadenite, apatia, cefaléia, edemas e hepatoesplenomegalia, além de marcas de penetração do parasito, como chagoma de inoculação e edema bpalpebral unilateral. O parasito, porém, pode permanecer alojado em diversos tecidos por vários anos, caracterizando o quadro crônico, especialmente com lesões cardíacas e no aparelho digestório. A transmissão pode ser via vetor, insetos triatomíneos, ou por outras vias como transfusão sanguínea, transmissão congênita, transplante de órgãos, transmissão oral ou acidentes de laboratório. Ao final o trabalho apresenta-se algumas medidas que podem ser tomadas na região do PSF Renascer para o Futuro, localizado no município de Jenipapo de Minas, com o objetivo de reduzir a proliferação do protozoário.

Palavras Chave: Doença de Chagas; medidas de controle; atenção primária à saúde

ABSTRACT

The present research shows important aspects of Chagas disease. Although described a long time ago by Carlos Chagas (1909), the disease named after him also known as American trypanosomiasis, is still a challenge to public health due to its morbidity and mortality. The causal agent is the protozoan *Trypanosoma cruzi*, which causes a clinical picture quite variable, depending on how the disease develops in the host. In the acute phase, the host can present with fever, lymphadenitis, apathy, headache, edema and hepatosplenomegaly, and makes penetration of the parasite, as chagoma inoculation and bipalpebral unilateral edema. The parasite, however, can remain latent in various tissues for several years, characterizing the chronic phase, characterized by cardiac and digestive lesions. The transmission can be via vector (i.e. -triatomine insects), or by other means such as blood transfusion, congenital transmission, organ transplantation, oral transmission or laboratory accidents. At the end of the paper we presents some steps that can be taken in the region of the PSF Renascer para o Futuro, located in the city of Jenipapo de Minas, to decrease the proliferation of the parasite.

Keywords: Chagas disease; control measures; primary health care

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – <i>Panstrongylus diasi</i>	23
Figura 2 – <i>Panstrongylus megistus</i>	23
Figura 3 – <i>Rhodniu sprolixus</i>	24
Figura 4 – <i>Triatoma sordida</i>	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivos geral.....	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4 MÉTODOS.....	18
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
5.1 Histórico	19
5.2 Aspectos gerais.....	20
5.3 Espécies.....	22
5.4 Tratamento.....	25
5.5 Controle da doença.....	25
6 DISCUSSÃO	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

A doença de Chagas (DC) é uma das mais sérias doenças parasitárias da América Latina, devido ao grande impacto que representa nos índices de morbidade e mortalidade. Dados sorológicos indicam que mais de 16 milhões de pessoas são infectadas pelo agente etiológico, *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), com um adicional de 100 milhões de pessoas consideradas de risco (DIAS et al., 1999).

Na América Latina, Wanderley et al. (1995) relataram que o conhecimento dos aspectos epidemiológicos da doença de Chagas permite delinear as estratégias de controle relacionadas com a transmissão vetorial. No entanto, essas estratégias não têm sido prioridades em todos os países endêmicos. Dias et al. (1999) informaram que o Banco Mundial, em 1993, calculou para esses países uma perda econômica equivalente a mais de US\$6,5 bilhões por ano. Relata, ainda, que a migração rural-urbana na maioria das áreas endêmicas leva indivíduos infectados para os centros urbanos, aumentando a transmissão sanguínea da doença de Chagas.

A atenção primária possui papel fundamental na compreensão dos problemas que afetam a população, os fatores relacionados, seus determinantes e contribuintes, sua prevalência, a forma como esse problema é tratado e suas possíveis conseqüências. Esta compreensão possibilita a definição de prioridades e facilita a adoção de medidas adequadas de prevenção.

A incorporação de ações de vigilância pelas equipes de saúde da família, de forma integrada, é essencial no controle da doença de Chagas envolvendo a população e outros órgãos e entidades, potencializando e aumentando o nível de conhecimento e conscientização da população no controle da doença de chagas.

Braga et al. (2006) mencionaram que, apesar das medidas efetivas de saúde pública no combate à transmissão vetorial e por transfusão, ainda existe uma quantidade expressiva de portadores de cardiopatia chagásica no continente sul-americano. Drumond e Marcopito (2006) acrescentaram que a tripanossomíase americana é reconhecidamente uma endemia rural, sendo que a mortalidade por essa doença em migrantes nacionais reflete em grande parte o êxodo dos campos por que passou o país nos últimos 60-100 anos. Embora a transmissão possa ocorrer artificialmente por transfusão sanguínea e naturalmente por via transplacentária ou digestiva, a transmissão vetorial sempre foi considerada a mais importante no Brasil. A faixa territorial brasileira tradicionalmente

considerada como de transmissão vetorial da doença inclui grandes áreas das regiões Centro-Oeste, Sul, Sudeste, Nordeste, e parte da Região Norte. No entanto, há mortalidade por doença de Chagas em residentes de praticamente todas as Unidades da Federação (UF) (DRUMOND & MARCOPITO, 2006).

A doença de Chagas tem grande importância no Brasil, alcançando cerca de 5 milhões de pessoas e provocando muitos óbitos e sofrimento. Descoberta em 1909, pelo genial cientista brasileiro Carlos Chagas, essa doença deve merecer atenção impar do Governo e dos segmentos da população, pois, embora de difícil cura, ela pode e deve ser prevenida, evitando-se que as novas gerações se contaminem. O controle da doença precisa contar com a participação e a organização da comunidade em torno de seus problemas sociais, políticos e econômicos (BRASIL, 1989).

Segundo Dias, Silveira e Schofield (2002) estima-se a prevalência da infecção em mais de 11 milhões. Grandes iniciativas regionais têm sido realizadas para impedir a transmissão do vetor, juntos com seleções de doadores de sangue para reduzir a probabilidade de transmissão transfusional e melhorar o diagnóstico e tratamento dos casos congênitos.

Atualmente, a transmissão vetorial ocorre exclusivamente no continente americano, cerca de 12 milhões de pessoas infectadas. Essa forma de transmissão era a mais importante no Brasil nas áreas rurais, responsável por cerca de 80% dos casos hoje considerados crônicos. Nos últimos anos, as formas de transmissão vertical e oral ganharam muita importância, sendo responsáveis pela maioria dos casos identificados. Na região Amazônica, a forma oral é muito frequente, e em alguns estados brasileiros, esta forma vem sendo implicada em surtos intrafamiliares e tem apresentado grande letalidade (BRASIL, 2010).

Sob o ponto de vista clínico, a doença de Chagas pode se apresentar sob a forma aguda ou crônica. Habitualmente, a forma aguda da doença é caracterizada pelo envolvimento geral, febre, hepatoesplenomegalia, poliadenopatia, e ocasionalmente, miocardite e/ou encefalite, enquanto que a forma crônica da doença é caracterizada pela presença de formas isoladas ou combinadas, miocardiopatia crônica, megaesôfago ou megacólon (SCHENONE; CONTRERAS; ROJAS, 1989).

A preocupação com a Doença de Chagas justificou-se por vários motivos: o indivíduo chagásico na maioria dos casos permanece infectado pelo resto de sua vida, por ineficácia no tratamento, e pode desenvolver um quadro clínico crônico, que com a

progressão da doença, causa debilidade do paciente e o impossibilita de realizar diversas atividades, podendo inclusive levar à morte; a doença crônica, especialmente a sintomatologia cardíaca, além de limitar em muitos aspectos a realização de algumas tarefas, poderá excluí-lo socialmente, como no caso de veto em certos vínculos empregatícios; estes pacientes doentes são fontes constantes de infecção, mantendo a doença em determinadas regiões (DRUMOND & MARCOPITO, 2006).

O Programa Saúde da Família implica em uma estratégia operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca, para as equipes, a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (BRASIL, 2004).

Na atenção primária, o enfermeiro assume o compromisso de elaborar estratégias voltadas para o enfrentamento de situações que implicam em riscos a saúde do usuário, através da criação de projetos, protocolos, ações estratégicas, parcerias, definindo resultados e produtos esperados, sempre enfatizando o cuidado continuado, de forma coletiva promovendo ações multidisciplinares para troca de conhecimentos e garantia da atenção integral do paciente.

De acordo com os princípios fundamentais do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (COREN, 2007), a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Assim, com base legal na Portaria 648, de 28 de março de 2006, no seu capítulo III, ANEXO1, estão definidas as seguintes atribuições de responsabilidade específica dos enfermeiros do Programa de Saúde da Família (PSF) :

- Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na Unidade de Saúde da Família (USF) e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

- Realizar consulta de Enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente para os ACS e a equipe de Enfermagem;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Uma das mais importantes funções da Enfermagem na oferta de atenção à saúde é identificar as necessidades imediatas do paciente e tomar medidas para aliviá-la (SMELTZER et al, 2002).

A partir do momento que trabalha com indivíduos e família, o enfermeiro reconhece e compreende como a saúde de cada membro da família influencia a unidade familiar, e também o papel da unidade familiar sobre a saúde de cada indivíduo na família, incorporando este conhecimento ao plano de cuidado. A atuação do enfermeiro também é de natureza legal, ética e política defendendo famílias que podem estar numa condição de extrema vulnerabilidade para falarem por si mesmas. Ângelo e Bousso (2001) reconheceram a importância das famílias, no contexto atual da saúde, relevando-as como ponto de partida para a melhoria das condições a que estas estão submetidas, fundamentado na promoção de conhecimento para o bem-estar. Destaca-se a Enfermagem como profissão dotada de características específicas e capaz de realizar promoção integral à saúde que se inicia com o trabalho preventivo de fundamental importância para a diminuição de agravos no âmbito da atenção primária.

A qualificação da equipe, principalmente com o profissional enfermeiro, contribui para o planejamento das intervenções e melhoria quanto aos registros dos dados epidemiológicos, além de contribuir para sanar dificuldades mais urgentes e a implementação de ações resolutivas (LIMA, 2005).

O ato de cuidar possui características diferentes em cada sociedade e é determinado por fatores sociais, culturais e econômicos e a partir desses fatores é que se processa o ato cuidador. Sob esse aspecto podemos dizer que o cuidado exige criatividade, a busca de possibilidades em torno de uma situação que necessita de uma modificação ou contribuição.

A equipe do PSF Renascer para o Futuro poderá realizar ações de prevenção da doença de Chagas através de iniciativas que busquem aumentar o nível de informação e autonomia da população, oferecendo uma atenção integral ao indivíduo, com parcerias, busca de melhoria habitacional, assistência farmacêutica, utilização de protocolos, referência e contra-referência, educação em saúde de forma não invasiva, envolvimento dos representantes políticos e de pessoas que a população confia e apresentação de dados epidemiológicos.

Na atenção primária, as ações de prevenção e controle da doença de Chagas implicam na adoção de medidas que envolva a população e que aumente o conhecimento das pessoas sobre a necessidade de prevenir essa doença, assim é essencial conhecer o papel da família no que se refere à saúde dos seus membros, considerando suas dúvidas e opiniões, pois as pessoas só cuidarão corretamente da sua saúde quando estiverem informadas adequadamente da sua responsabilidade com a própria e a dos seus familiares, dos seus direitos, e da forma de obtê-los. Sendo assim, o trabalho em equipe, aliado a uma boa gestão do processo de trabalho e baseado em um modelo assistencial eficaz, resultará em um cuidado em saúde de qualidade.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha desse tema se fez tendo em vista a alta prevalência da Doença de Chagas na área de abrangência do PSF Renascer para o Futuro, situada no município de Jenipapo Minas.

A doença de Chagas representa uma das principais causas de hospitalizações e óbitos nesta área, além de contribuir para encarecer o sistema de saúde devido aos gastos gerados para tratar as complicações secundárias. Dessa forma, o conhecimento dos fatores associados ao surgimento de casos da Doença de Chagas poderá contribuir para os profissionais realizarem intervenções mais adequadas, de forma a diminuir o número de casos desta patologia na área de abrangência do PSF.

O PSF Renascer para o Futuro é uma área rural, e cobre uma população de 1872 pessoas. De acordo com dados do diagnóstico situacional realizado em 2011, foi possível observar que a equipe Renascer para o Futuro tem uma população rural com baixa escolaridade, alto índice de analfabetismo (12,5%). Não existe coleta pública de lixo, água tratada e instalações sanitárias, sendo que 37% destas famílias mantêm o esgoto sanitário a céu aberto e somente 63% possuem fossa. Metade da população reside em casas de adobe e 7% em casa de taipa. Quanto ao fator morbi-mortalidade, verificou-se que as maiores causas de internações são gravidez, parto e puerpério (24% das hospitalizações). Cerca de um quarto dos óbitos têm como causa doenças do aparelho circulatório, dentre as quais se inclui a cardiopatia chagásica. Toda a população utiliza o Sistema Único de Saúde não havendo usuários de planos de saúde. As morbidades mais prevalentes nesta população são hipertensão (207) e doença de Chagas (95).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender o papel da atenção Primária no controle da doença de Chagas e sua implicação para o controle da doença na área de abrangência do PSF Renascer para o Futuro, município de Jenipapo de Minas.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a epidemiologia e a história natural da Doença de Chagas;
- Identificar os fatores contribuintes para o surgimento de casos da doença de Chagas;
- Apresentar ações que podem ser desempenhadas pelos profissionais de saúde da atenção primária no controle da doença de Chagas;
- Discutir as ações que podem ser implantadas na área de abrangência do PSF Renascer para o Futuro para o controle da doença de Chagas.

4 MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema através da busca de artigos científicos na biblioteca virtual em saúde, através de livros técnicos, revistas, publicações do CEABS e publicações do ministério da saúde como livros e artigos científicos.

Para isto, foram tomados como termo da pesquisa as palavras: “doença de Chagas”, “abordagem primária em doença de Chagas”, “prevenção e controle da doença de Chagas”. O período de tempo definido incluiu publicações de 1974 a 2011.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Histórico

Além de cuidar dos pacientes, Carlos Chagas se dedicava também ao estudo das doenças que afetavam os moradores e operários que trabalhavam na construção da Estrada de Ferro Central do Brasil. Não tardando muito, por meio desses estudos, Carlos Chagas verificou a relação existente entre os triatomíneos que infestavam as moradias e a moléstia que afligia grande parte da população, desvelando, em 22 de abril de 1909, a doença de Chagas, considerada, ainda hoje, uma das protozooses de maior gravidade em Minas Gerais, estado de sua descoberta, no Brasil (DELAPORT, 2003).

Classificada como uma zoonose, a doença de Chagas ou tripanossomíase americana estava, inicialmente, limitada aos mamíferos de menor porte das matas e campos do continente Americano, da Patagônia até o sul dos Estados Unidos, adaptados à presença dos triatomíneos (vetor da doença); entre eles circulava o protozoário *Trypanosoma cruzi*, sem causar danos nocivos aos seus organismos (DIAS, 1993).

Para que passasse a ser transmitida ao homem e se tornasse uma endemia, em grande parte do território sul-americano, foi necessário que ocorresse inicialmente a fixação dos vetores da doença nodomicílio e peridomicílio. Esse processo foi em consequência da ação antrópica sobre o meio ambiente através do desmatamento e rareamento dos animais silvestres, suas fontes naturais de alimentação, assim, os triatomíneos passaram a se alimentar de animais domésticos e do próprio homem (COURA, 2003). Por outro lado, alguns vertebrados silvestres marsupiais e roedores também se aproximaram das moradias e se adaptaram aos ecótopos artificiais, em decorrência das mudanças no meio ambiente (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

As precárias condições de vida das populações nas áreas de risco, mais diretamente das características de habitação, o que, aliado aos atributos próprios do vetor, basicamente do seu fototropismo e de sua hematofagia, favorecia a colonização de residências e do seu entorno, principalmente em zonas rurais (SILVEIRA, 2002).

No século XX, o maior responsável pela transmissão vetorial da doença de Chagas, no Brasil foi o *Triatoma infestans*, originado nos vales intra-andinos da Bolívia. (FORATTINI, 1980).

Há os vetores secundários na transmissão da doença, triatomíneos autóctones silvestres, como *Triatoma sordida*, *Triatoma brasiliense*, *Panstrongylus megistus*, *Rhodnius neglectus*, e outros, que, com o avanço da ocupação das áreas de cerrado e os consequentes desequilíbrios ecológicos, passaram a infestar o domicílio e o peridomicílio das precárias habitações dos trabalhadores rurais (REY, 2001).

5.2 Aspectos gerais

A transmissão natural, ou primária, da doença de Chagas é a vetorial, constituindo a de maior importância epidemiológica na doença. Inicialmente considerada como uma enzootia, isto é, uma doença exclusiva de animais e triatomíneos silvestres, passou a representar um problema de patologia humana, ou seja, uma antropozoonose, a partir da domiciliação dos vetores deslocados de seus ecótopos silvestres originais, pela ação do homem sobre o ambiente (BRASIL, 2005).

A transmissão vetorial, na década de 70, era responsável por aproximadamente 80% das infecções humanas; a partir de então, políticas públicas foram adotadas com objetivo de interromper o mais rapidamente possível a transmissão vetorial, principalmente através do emprego de inseticidas, além de empreendimentos para melhorias nas moradias (BRASIL, 2005).

Atualmente, no Brasil e em alguns outros países latino-americanos, a transmissão do *T. cruzi* (*trypanossoma cruzi*) a seres humanos através de triatomíneos se tornou muito menos expressiva, inclusive certificadas interrupções desse tipo de veiculação do parasita (RASSI et al., 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia (2006), o Brasil foi o primeiro país da América Latina a receber o Certificado Internacional de Eliminação da Transmissão da Doença de Chagas pelo *T. infestans*, conferida pela Organização Pan-Americana de Saúde.

O *T. cruzi* pode ser transmitido ao humano susceptível através de diferentes meios: uma lesão superficial na pele semelhante a uma escoriação de pequenos ferimentos produzidos pelo triatomídeo hematófago que se torna infectado com suas fezes contaminadas, a placenta proveniente de mãe infectada pela concepção, uma transfusão de um doador infectado ou pela ingestão de alimentos infectados ou contaminados com o parasita (SHENONE; CONTRERAS; ROJAS, 1989).

Qualquer que seja o meio de transmissão do protozoário, é necessário ter sempre em mente que é possível ocorrer infecção sintomática ou assintomática, sendo possível, em ambos os casos, utilizar métodos apropriados para detectar o *T. cruzi* e/ou os anticorpos produzidos. Sob o ponto de vista clínico, a DC (Doença de chagas) pode se apresentar sob a forma aguda ou crônica. Alguns fatos podem ajudar no confronto desses problemas: antecedentes epidemiológicos, origem de uma área endêmica, conhecimento pessoal do vetor ou de ser picado por ele, contaminação da mãe ou de outros parentes pela doença (SHENONE; CONTRERAS; ROJAS, 1989).

A transfusão sangüínea constitui mecanismo importante de disseminação da DC em muitos países da América Latina. O risco de transmissão depende de cinco fatores: prevalência de infecção em doadores de sangue, grau de cobertura sorológica, sensibilidade dos testes utilizados, segurança de resultados obtidos e risco de infecção. Através da Organização de Saúde Panamericana em 1991, o Cone Sul saiu na frente para contribuir para a implementação da “lei do sangue” em cada país endêmico e, assim, reduzir o risco de transmissão transfusional da doença. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007).

De acordo com o Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, a transmissão vertical deve ser considerada em crianças de mães com sorologia positiva para *T. cruzi*. Para confirmação do caso, é necessária a identificação dos parasitos no sangue do recém-nascido e/ou anticorpos de origem não materna (após 6 a 9 meses de idade), desde que excluídos outros mecanismos de transmissão (GILSON et al., 1995).

A Doença de Chagas, originalmente descrita em 1909 pelo cientista brasileiro Carlos Chagas, é causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*, que é endêmico do continente americano. Segundo Rey (2001) o principal problema de saúde pública que resulta da Doença de Chagas é a cardiopatia chagásica, que sendo originalmente uma forma comum de cardiopatia na população rural, propagou-se para as cidades com o aumento da migração urbana.

O ciclo de transmissão doméstico do *T. cruzi* inicia-se no momento que o triatomídeo infectado suga o sangue do hospedeiro e deposita suas fezes na pele lesada ou na mucosa. Os tripomastigotas metacíclicos presentes invadem diferentes tipos celulares e se transformam na forma amastigota. As formas intracelulares se multiplicam por divisão binária simples, diferenciam-se em tripomastigotas e, após rompimento da célula

hospedeira, infectam células adjacentes ou ganham a corrente sanguínea invadindo tecidos distantes.

A infecção humana pelo *T. cruzi* frequentemente apresenta uma fase aguda que se estende por volta de 50 dias e se caracteriza por um elevado número de parasitas no sangue e nos tecidos. Na maioria dos casos e coincidindo com o fim da fase aguda, a parasitemia é reduzida, mas não erradicada pela resposta imune (DELAPORT, 2003).

O paciente evolui para a fase indeterminada ou assintomática da doença que pode persistir por muitos anos e até por toda a vida. Cerca de 30% dos indivíduos infectados, entretanto, desenvolvem a fase crônica caracterizada pela manifestação de quadros patológicos como esofagopatia, colonopatia ou a cardiomiopatia, que pode conduzir à morte (REY, 2001).

Finalizada a fase aguda, os parasitas só podem ser detectados por xenodiagnóstico, hemocultura e amplificação enzimática do DNA do parasito (REY, 2001).

Na fase indeterminada da doença de Chagas, o indivíduo não apresenta nenhum tipo de manifestação clínica, mas naqueles que desenvolvem os sintomas crônicos da doença após 10-20 anos, uma redução da expectativa de vida de nove anos em média é observada (DELAPORT, 2003).

A destruição do miocárdio é característica fundamental da forma clínica cardíaca da doença de Chagas crônica, e parece ser o resultado de uma reação inflamatória local que irá se somar à destruição direta causada pelo parasita das fibras musculares cardíacas (SILVA, 2001).

5.3 Espécies

A espécie de triatomíneo *Panstrongylus diasi* (Figura 1) pertence ao gênero *Panstrongylus*, que possui ampla distribuição geográfica, sendo encontrado desde o México até o sul da Argentina, em habitats terrestres sempre associado a mamíferos e aves.

A descrição desse gênero, assim denominado por Berg em 1879, baseado na espécie *Panstrongylus guentheri*, foi publicado em Buenos Aires em 1979. No Brasil, sua principal área de ocorrência abrange os estados da Bahia, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, São Paulo, Tocantins e Espírito Santo (SANTOS, 2004).



Figura 1 – *Panstrongylus diasi*

Fonte: MENDES (2007)

Quanto ao *Panstrongylus megistus*, (figura 2) sua persistência em pequenas manchas de mata residual não lhe diminui a capacidade de adaptação aos ecótopos artificiais. A capacidade de colonização em ambiente domiciliar parece depender da proliferação de anexos, utilizados como abrigos de animais domésticos e domiciliados (FORATINNI,1977).



Figura 2 – *Panstrongylus megistus*

Fonte: MENDES (2007)

A espécie *Rhodnius prolixus* (Figura 3) é considerada uma das mais importantes na transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil, por sua grande capacidade de domiciliação. No Brasil, já foi reportado nos estados do Amazonas, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, além de São Paulo, foi encontrado coabitando com *R. neglectus*, em ninhos de pássaros de casas abandonadas (PINHO et al., 1998).

O *R. prolixus* se adapta muito bem nos domicílios e peridomicílios humanos, sendo encontrado em grande parte da América do Sul e Central. Sua base alimentar é ampla; além do sangue humano, ele se alimenta também do sangue de aves, cães, gatos, gambás e roedores. (SILVA, 2001, p.2).



Figura 3 – *Rhodnius prolixus*

Fonte: MENDES (2007)

É sabido que não é fácil a diferenciação específica desses dois triatomíneos. Frequentemente, os serviços encarregados do controle da tripanossomíase americana tem esbarrado com dificuldades no diagnóstico rotineiro. As formas adultas são muito semelhantes, o que obriga a estudos de morfologia de genitália para alcançar identificação satisfatória (FORATINNI, 19974).

O *Triatoma sordida* (Figura 4), caracteriza-se por ser, predominantemente, peridomiciliar, sendo, atualmente, a mais capturada, no Brasil. Suas atividades de disseminação e posterior formação de colônias ocorrem com maior frequência em áreas abertas, com notável expressão em pastagens munidas da presença de cascas e troncos de árvores mortas. Sua aproximação das habitações humanas, construídas no espaço rural, não é motivada, inicialmente, pela presença do homem, mas levada pela dispersão e sobrevivência da espécie (FORATINNI, 1974).



Figura 4 – *Triatoma sordida*

Fonte: MENDES (2007)

O *T. sordida* faz, principalmente das aves domésticas, sua fonte de alimento. Todavia, uma vez instalado no interior da casa habitada, o *T. sordida*, nesse novo ecótopo, inclui também o homem na base alimentar. Assim, *T. sordida* continua a representar risco potencial de transmissão do *T. cruzi*, pela sua capacidade de infestação ou reinfestação das habitações. O controle feito com base no uso de inseticidas apresenta bons resultados.

Entretanto, em áreas de ocorrência de nichos ecológicos, nas proximidades das habitações, os riscos de reinfestações, principalmente no peridomicílio, são elevados (FORATTINI, 1974).

5.4 Tratamento

Após a última década, vários estudos que abordaram o tratamento específico da doença de Chagas foram desenvolvidos. Embora em estágios diferentes de desenvolvimento, todos eles têm mostrado resultados promissores, publicando relatórios avançados junto a essas linhas de pesquisas. Drogas avaliadas atualmente (nitrofurans e nitroimidazoles) são ativas na infecção aguda ou na forma crônica incipiente, mas têm baixa atividade antiparasitária contra a forma crônica prevalente da doença. Além disso, efeitos colaterais tóxicos são freqüentemente encontrados (URBINA, 2001).

O nitroimidazol benzidazol tem-se mostrado também importante na reatividade das infecções pelo *T. cruzi* em pacientes que adquirem síndrome da deficiência imune e em outros pacientes imunossuprimidos com Doença de chagas crônica inaparente, embora o agente etiológico *T. cruzi* necessite de esteroides endógenos específicos para a viabilidade celular e proliferação. A disponibilidade atual de inibidores sintéticos de esteroides antifúngicos não é suficiente para produzir as curas parasitológicas de infecções em humanos ou em experimentação. O benzidazol, no entanto, é eficaz para tratar DC na fase aguda, mas sua efetividade para tratar as fases crônica e indeterminada permanece incerta (URBINA, 2001).

5.5 Controle da doença

Esforços para controle da doença de Chagas passaram por uma ampla reformulação nas áreas endêmicas, com ações preventivas específicas nos diversos níveis de atenção e promoção à saúde, incluindo um adequado controle da qualidade das hemotransfusões, assim como melhoria educacional, habitacional e assistencial.

A partir de 1975, foram instituídas ações sistematizadas de controle químico de populações domiciliadas do vetor (BRASIL, 2005).

Na década de 80, foi empreendida uma campanha nacional de combate à doença de Chagas com o objetivo de erradicação do *T. infestans*, o principal vetor da doença de Chagas no Brasil e nos países do Cone Sul (Argentina, Chile, Uruguai e Paraguai). A partir de 1991, com a chamada “Iniciativa do Cone Sul”, obteve-se um significativo impacto no controle da doença. Presume-se que, no final dos anos 90, existiam no Brasil cerca de cinco milhões de indivíduos infectados pelo *T. cruzi*, com pelo menos 60% destes vivendo na zona urbana (KAMIJI; OLIVEIRA, 2005).

Também, desde a década de 80, foram implementadas triagens rigorosas em bancos de sangue, e com a ampla cobertura alcançada, a transmissão da doença de Chagas por transfusão de sangue foi reduzida ao longo do tempo (SBI, 2006).

Segundo a Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI, 2006), nos últimos três anos, o Ministério da Saúde investiu mais de R\$ 97 milhões em melhorias habitacionais, as quais eliminam as condições da presença do triatomíneo dentro das casas em áreas rurais, e, ainda a aquisição de insumos (inseticidas e desalojantes), além de pesquisas, distribuição de equipamentos e repasses financeiros para estados e municípios.

Coura (2003) considerou que em decorrência da descentralização dos serviços da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para os estados e municípios que não têm a capacidade técnica e a motivação política para o controle da doença, corra-se o risco de reemergência do *T. infestans* e da doença de Chagas.

A prevenção e o controle da doença implicam na adoção de medidas efetivas através de ações educativas. Todo esse processo requer a participação ativa da população, de modo a permitir a apropriação de conhecimentos visando à transformação da realidade sócio-sanitária (BRASIL, 2005).

As medidas profiláticas de controle do vetor, que impeçam a sua proliferação nas residências e em seus arredores, incluem medidas simples de higiene e educação, como: manter a casa limpa; varrer o chão; limpar atrás de móveis e quadros; expor ao sol colchões e cobertores onde costumam se esconder os triatomíneos; retirar ninhos de pássaros dos beirais das casas; impedir a permanência de animais e aves dentro de casa (sangue serve de alimento para o triatomíneo); construir galinheiro, paiol, chiqueiro ou depósitos afastados da casa e mantê-los limpos; divulgar para amigos e parentes as medidas preventivas; encaminhar insetos suspeitos de serem triatomíneos para o serviço de saúde mais próximo (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

A atenção primária possui o papel de avaliar o modelo de atenção adotado no município no intuito de assegurar um atendimento de qualidade e que atenda as necessidades do usuário, e também de elaborar ações inovadoras e intersetoriais com resolubilidade. Em se tratando do problema em questão, além das orientações citadas anteriormente outras poderão ser empregadas:

- ✓ Conscientização da população sobre os direitos Sociais e sobre a prevenção da doença de chagas. Através de Mobilização social, Grupos educativos, informativos, cartazes, álbuns seriado, materiais educativos em geral que orientam práticas de hábitos saudáveis;

- ✓ Acompanhamento coletivo e individual, discussão de casos com equipe, organização multiprofissional dos fluxos de referência e contra referencia e elaboração de protocolos;

- ✓ Educação em saúde através de programas de rádio, grupos operativos, em escolas, salão comunitário, e em igrejas, visando o bem estar, aumentando a sobrevivência e melhorando a qualidade de vida da população chagásica e também para evitar novos casos;

- ✓ Parceria com assistência social (no caso de famílias em situação socioeconômica desfavorável e em risco);

- ✓ Divulgar dados epidemiológicos aos representantes locais, no intuito de promover mais investimento para melhoria habitacional;

- ✓ Parceria com a FUNASA, Sindicato dos trabalhadores rurais, para fortalecer o combate a domiciliação de triatomíneos nos domicílios e peridomicílios, e demais ações de controle dessa doença;

- ✓ Capacitação dos ACS's e demais profissionais para desenvolver ações que previna esta infecção e também para fornecer cuidados adequados aos portadores.

É preciso considerar que embora o Brasil tenha recebido a Certificação Internacional de Eliminação da Transmissão da Doença de Chagas pelo *T. infestans*, esforços devem continuar com medidas preventivas que visem primariamente o combate ao vetor.

O Conselho Executivo da OMS (Organização Mundial de Saúde), considerando o relatório do Diretor Geral sobre os progressos para a eliminação da transmissão da doença de Chagas na América Latina, em sua 51ª Assembléia de Saúde Mundial, declarou

seu compromisso com a meta de interrupção da doença por volta do ano de 2010 (ARAÚJO et al., 2000).

Nas últimas décadas, as ações dos Programas de Controle da doença de Chagas, aliadas ao êxodo rural, produziram uma queda significativa na transmissão da doença e, por isso, o Brasil recebeu da OMS (Organização Mundial de Saúde) uma certificação de área livre de doença de Chagas por *Triatoma infestans* (DRUMOND; MARCOPITO, 2006).

Várias foram as campanhas de controle dos vetores da doença de Chagas no Brasil, para que ele pudesse receber essa certificação. Merecem destaque os trabalhos do Serviço Nacional de Malária, nas décadas de 1950 e 1960, e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), na década de 1970, sendo esta, atualmente, denominada Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), cujas ações foram centradas, principalmente, no controle químico das populações de triatomíneos.

O combate aos triatomíneos faz-se aplicando inseticidas de efeito residual nas paredes das casas, depósitos, galinheiro, currais e estábulos em que se verifique a presença de insetos adultos, ninfas, ou ovos; ou de todas as construções da localidade ou área endêmica. O efeito residual, prolongado, consegue-se quando a droga aplicada permanece semanas ou meses nas superfícies tratadas, por não ser volátil nem decompor-se ou perder a toxicidade para insetos (REY, 2001, p.164).

Outro modo de combate ao vetor da doença, iniciado na década de 1960, no Brasil, e utilizado até hoje, é a melhoria da habitação, no meio rural. Todavia, observou-se que grande parte das melhorias ocorridas esteve mais relacionada à elevação de renda da família rural do que às campanhas da FUNASA. Em relação ao tipo de habitação, o estilo ou padrão de moradia, de certo modo, é uma materialização cultural das pessoas que ali habitam, em alguns casos há várias gerações. Em algumas situações, somente a melhoria da habitação significa muito pouco, na prevenção da transmissão da doença.

A habitação diz muito mais de perto ao povo que o inseticida. A casa rural é o reflexo do homem rural, expressando na área endêmica a pobreza, a provisoriabilidade, a sub-agregação social do chagásico. Mexer na casa é mexer diretamente com as pessoas e com as relações entre as pessoas. Significa intervenção profunda, um revolver de toda a estrutura social, trazendo-se especificamente à tona os problemas da economia grupal, da posse da terra, das relações de posse, de poder e de trabalho (DIAS, 1986, p.34).

Reconhecidamente, o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas teve um papel importante para a diminuição significativa na ocorrência de novos casos da doença, nas últimas décadas, levando vários municípios à condição de vigilância epidemiológica, caracterizada por uma situação de controle da transmissão vetorial.

Todavia, isso só foi possível por causa da conjugação coincidente das ações do Programa com fatores de ordem sócio-econômica que ocorreram no meio rural, ou seja, o esvaziamento do campo (êxodo rural), melhoria da renda e a conseqüente melhoria das habitações, luz elétrica, acesso à educação, à saúde etc.

6 DISCUSSÃO

A interferência do homem no meio ambiente é cada vez maior. Desmatamento, queimadas e alterações no ambiente natural são a cada dia mais freqüentes em todo o mundo. Tal fato, aliado às atuais mudanças nos padrões climáticos e de comportamento humano, pode vir a alterar o ciclo de transmissão de determinados agravos e conseqüentemente causar o ressurgimento de doenças consideradas controladas, as assim chamadas doenças re-emergentes (DIAS, 2000).

Como fruto das ações do controle da doença de Chagas no Brasil, a transmissão vetorial do *T. cruzi* está controlada em quase todo o país, restando ainda, em focos residuais, o risco de transmissão. Todavia, tal situação, alcançada à custa de muito esforço, desde a sua descoberta em 1909, até que o Brasil foi reconhecido pela OMS como área livre de transmissão da doença de Chagas por *T. infestans*, em 2006, no entanto isso não deve indicar uma diminuição das ações de controle da doença no país, principalmente da vigilância epidemiológica, pelas ações de controle vetorial e, também, detecção de surtos da doença por transmissão oral.

A habitação humana é considerada como o fator mais importante na epidemiologia da doença de Chagas. Casas construídas de pau-a-pique, barreadas, de madeira e sapé, constituem o biotipo ideal para certas espécies de triatomíneos, encontrados nas fendas de casas que abrigam famílias de baixo poder aquisitivo, comuns na zona rural do Brasil. No entanto, em circunstâncias especiais, o *T. infestans* pode procriar em casas de alvenaria (MADY; IANNI, 2005).

Embora, em muitas áreas a endemia tenha sido controlada, existem inúmeros casos residuais de portadores da doença de Chagas. Com a evolução da doença, os portadores passam a apresentar problemas de saúde, que interferem na sua qualidade de vida, o que representa, hoje, um importante problema de saúde pública, atendidos no âmbito dos Programas de Saúde da Família.

A doença de Chagas constitui importante causa de mortalidade no país em decorrência do agravamento da doença. Quando não morrem, a maioria dos portadores evolui para a fase crônica da doença, que pode se manifestar nas formas clínicas: indeterminada, cardíaca, digestiva ou cárdio-digestiva. Este quadro leva a um aumento do número de aposentadorias precoces por invalidez, gerando importante impacto

socioeconômico, principalmente em regiões do país onde o número de casos é mais elevado. Dada à ausência de um tratamento efetivo da doença de Chagas, a prevenção da infecção reveste-se de notável importância no controle da doença. Medidas profiláticas que visem, primariamente, o combate ao vetor e o controle rigoroso de transfusões de sangue são as mais relevantes. Para os pacientes acometidos pela doença, é necessária atenção secundária e terciária, principalmente para os que desenvolvem a forma cardíaca e evoluem para quadros de insuficiência cardíaca e arritmias. Portanto é necessário investimentos nos fluxos de referências para acompanhamento adequado.

A atenção ao portador da doença de Chagas requer como necessidade básica a formação de uma equipe multiprofissional qualificada, direcionada para uma assistência focada na integralidade de ações. A enfermagem tem sua formação voltada para o campo específico do saber cuidativo, desta forma, como parte integrante do PSF, deve compreender a vivência do portador de Chagas, pois o agravamento da doença pode acarretar desconfortos físicos, sociais e emocionais. Deve ainda identificar suas necessidades por cuidados, orientações sobre o processo saúde-doença e auto-cuidado. Desta forma, poderá planejar melhor suas intervenções, de modo individualizado, humanizado e assertivo.

O trabalho de enfermagem, parte fundamental do trabalho em Saúde da Família, está estruturado em um modelo que segue perpetuando as enormes desigualdades no que se refere ao acesso a uma assistência digna, humanizada e de qualidade para a população brasileira (FAUSTINO et al., 2003). Para que esta situação seja revertida, a enfermagem deve desenvolver conhecimentos novos para atender e adequar às necessidades de cuidados dos diferentes usuários, especialmente para aqueles portadores de doenças crônicas.

Desta forma, a assistência de enfermagem sistematizada ao paciente crônico deve responder as necessidades do paciente, tanto na prestação de cuidados, como na orientação para o auto-cuidado.

Quando se discute a redução da ocorrência de novos casos da doença de Chagas, no país, comumente é apresentada como principal motivo dessa diminuição as ações de combate vetorial, a melhoria das condições de habitações e o maior controle das transfusões de sangue. Todavia, é sabido que tudo isto não significa que a transmissão da doença de Chagas é um problema definitivamente resolvido. Ainda há riscos potenciais, principalmente relacionados à presença de portadores da doença que habitam próximo aos

ambientes de ocorrência de triatomíneos hematófagos e à infestação pelos vetores, até agora considerados secundários, que estão substituindo o *T. infestans* na domiciliação.

Podem-se acrescentar, ainda, o modo de produção, as condições de moradia e a proximidade dos ambientes de vegetação preservada, que se constituem em nichos ecológicos dos triatomíneos como principais fatores da ocorrência do grande número de capturas, no intra e peridomicílio das habitações. Nesta área, algumas moradias datam da primeira metade do século passado, feitas de pau-a-pique, taipas e, em alguns casos, de tijolos assentados com barro, sem acabamento de reboco. Essas estruturas, juntamente com os currais antigos e os galinheiros improvisados, alguns feitos em casas abandonadas, constituem-se em ambientes propícios para abrigo e desenvolvimento de colônias de triatomíneos. Essa realidade se aplica a população da área de abrangência do PSF Renascer para o Futuro que é uma área rural, e a maioria das famílias tem baixo poder aquisitivo e um grande número de famílias vive da renda do bolsa família, e do trabalho assalariado. Há também um grande número de analfabetismo e a renda dessas famílias é baseada em maior parte na agricultura e pecuária de subsistência e sofre graves consequências por causa da seca que assola a região, levando grande número de pessoas a deixarem suas famílias e migrarem para outros estados para trabalharem no corte de cana-de-açúcar e na colheita de café, durante temporadas para ajudarem no sustento das famílias.

Na maioria das vezes, a produção de ambientes que favorecem a colonização dos triatomíneos, nas unidades domiciliares do espaço rural não são decorrentes, em sua maioria, da falta de informação. Grande parte das famílias que habitam o espaço rural sabe o que deve fazer para manter um ambiente saudável. Entretanto, não o faz por questões de tradição e cultura, indicando que, para mudança de atitudes e hábitos é necessário que as pessoas sejam convencidas, não somente da importância, mas da urgência de agir de forma adequada.

Apesar de não haver evidências de casos novos da doença de Chagas na área de abrangência do PSF Renascer para o Futuro, o número de casos crônicos é grande, mantendo-se a necessidade de incorporar ações de prevenção dessa doença, pois a população dessa área é considerada de risco pelas condições de saúde, econômica e social que possuem.

Capacitações para atualização dos profissionais da Saúde devem ser realizadas para implementação das ações de vigilância e controle.

A transmissão oral tem apresentado grandes surtos intrafamiliares em vários estados brasileiros, assim é fundamental que a população seja orientada sobre a importância dos cuidados de higiene na produção e manipulação artesanal de alimentos de origem vegetal.

É preciso destacar também, que é necessário que os moradores do espaço rural aprendam a reconhecer os insetos vetores para contribuir efetivamente na vigilância epidemiológica da doença. Mostruários com o ciclo de vida dos triatomíneos e um exemplar de cada espécie predominante no município podem ajuda-lós a conhecer esses insetos.

A transmissão vertical também tem ganhado importância epidemiológica, dessa forma é necessário que as gestantes chagásicas sejam identificadas durante o pré-natal, e os recém nascidos sejam submetidos a exames de triagem neonatal para tratamento precoce. Medidas de proteção individual e coletiva devem ser orientadas para evitar transmissão acidental em laboratórios.

O controle químico do vetor deve ser solicitado sempre que houver infestação de triatomíneos domiciliados. A melhoria habitacional em área de risco de infestação de triatomíneos deve ser considerada, isso deve ser notificado aos responsáveis.

Entretanto, apesar dos esforços das equipes da atenção primária é preciso mais apoio e investimentos em campanhas e em moradias, dentre outras ações pelos representantes políticos pois nota-se que, devido a DC ser uma endemia rural que afeta a maior parte da população carente, os investimentos em pesquisas e também para combater e tratar esta patologia ainda é pouco, fato observado durante a realização deste trabalho, a maioria das pesquisas são antigas e os materiais divulgados ainda são poucos pela quantidade de casos existentes.

As drogas utilizadas para o tratamento são ativas na infecção aguda ou na forma crônica incipiente, mas têm baixa atividade antiparasitária contra a forma crônica prevalente da doença. Além do efeito colateral tóxico que está presente na maioria dos casos. O paciente com doença crônica inaparente está designado a torcer para não evoluir para a forma cardíaca ou digestiva durante toda a vida? Essa temática precisa ser revista pelos representantes. E quanto ao apoio a população rural? A maioria dos benefícios destinados a esse público são de fundo político, deixando a desejar no que realmente necessita ser realizado.

Esses são alguns dos obstáculos que muitas vezes impede a realização de um trabalho que atenda as necessidades dos usuários, em especial aquele portador de doença crônica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, apesar de anos de campanha pública informando sobre os riscos da transmissão e os locais que facilitam a infestação de triatomíneos, que podem produzir locais propícios à ocorrência de triatomíneos (nichos artificiais), a maior parte dos moradores do espaço rural não realizou mudanças na sua relação com o meio ambiente, por não considerar os triatomíneos uma ameaça à sua saúde, priorizando os hábitos e os tipos de organização, do peridomicílio, que facilitam o seu trabalho.

Uma das estratégias que pode ser implantada para amenizar essa situação seria a realização de convencimento por meio de pessoas e entidades nas quais os moradores do espaço rural confiam, como o Sindicato Rural, a EMATER, dentre outros. Outra possibilidade de promoção de mudanças de atitude é através da escola dos filhos, no contexto da educação ambiental e divulgar a importância da prevenção e controle da doença de Chagas.

Mudanças de atitudes são realizadas a médio e longo prazo, portanto, é necessário o desenvolvimento de ações continuadas, não somente assistencialistas, mas também que criam autonomia. Pois, para interagir com uma população carente, com cultura específica, cheia de receios, sem muitas condições de trabalho e moradia é essencial levantar as suas principais necessidades e planejar ações como: ajudar enfrentar seus problemas, propor medidas que elas conseguirão colocar em prática, minimizar as divergências que muitas vezes existem no que a população busca e o que é oferecido a ela pelas equipes da atenção primária e entender a realidade da população como um todo.

Uma vez que a responsabilidade em cuidar de pessoas em seus diferentes contextos de vida cultural, social e política não é tarefa fácil, é possível identificar características importantes que podem evidenciar os aspectos que tornam as famílias mais vulneráveis, assim como as situações de risco que estas estão sendo submetidas, e assim traçar estratégias para minimizar o impacto desses fatores na saúde dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

ANGELO, M.; BOUSSO, R. S. **Buscando preservar a integridade da unidade familiar: A família vivendo experiência de ter um filho na UTI.** Ver. Esc. Enf. USP. Vol. 35, p. 172-9, 2001.

ARAÚJO, S. M. de; ANDÓ, M. H.; CASSAROTTI, D. J.; MOTA, D. C. G. D. A.; BORGES, S. M. R.; GOMES, M. L. Programa ACHEI: atenção ao chagásico com educação integral no município de Maringá e região Noroeste do Paraná, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 33, n. 6, p. 565-572, nov./dez. 2000.

BRAGA, J.V.; SOARES, R.D.; COSTA, R.A.; SOARES, E.R. Aspectos clínicos e terapêuticos da insuficiência cardíaca cle. Research Support, Non-U.S. Gov't. Review pordoença de Chagas. **ArqBrasCardiol**, São Paulo, v. 86, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 mai. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias- Guia de bolso**, Secretaria de vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica – 8.ed.rev. Brasília: Ministério da saúde, 2010, p.11- 448.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Consenso Brasileiro em Doença de Chagas.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Ministério da Saúde, Secretaria de vigilância em Saúde, Vol 38: suplemento III, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria n.º. 648, de 28 de março de 2006.* Aprova a **Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS).** Brasília, 2006.

CARCAVALLO, R. U.; SILVA, R.A.; COSTA, B.D.; MENDES, J. **Chagas disease vectors in the Americas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS – COREN. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Belo Horizonte: Coren-Mg, 2007. P.3-21.

COURA, J.R. Tripanosomose, doença de Chagas. **Cienc. Cult.**, v.55, n.1, p.30-3, 2003.

DELAPORT, **A doença de Chagas: uma história de uma calamidade continental.** Ribeirão Preto: Holos, 2003. 130 p.

DIAS, J. C. P. Perspectivas de controle da doença de Chagas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.84-103, jan./mar., 1986.

DIAS, J.C.P. SILVEIRA, A.C.; SCHOFIELD, C.J. The evolution of Chagas disease (American Trypanosomiasis) control after 90 years since Carlos Chagas discovery. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v.94, p.103-121, 1999.

DIAS, J.C.P.; SILVEIRA, A.C.; SCHOFIELD, C.J. The impact of Chagas disease control in Latin America: a review. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 97, n. 5, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762002000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mai. 2013.

DRUMOND, J. A. G.; MARCOPITO, L. F. Migração interna e a distribuição da mortalidade por doença de Chagas, Brasil, 1981/1998. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v.22, n.10, p.2131-2140, 2006.

FAUSTINO, R. L. H.; MORAES, M. J. B.; EGRY, E. Y.; OLIVEIRA, M. A. C. **O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao_sobre_saude_familia.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2013.

FORATTINI, O. P. Biogeografia, origem e distribuição da domiciliação de triatomíneos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n.14, p.265-99, 1980.

FORATTINI, O. P. Aspectos ecológicos da tripanossomíase americana. IX — Variação e mobilidade de *Panstrongylus megistusemecótopos* artificiais. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v.11,p.199-213, 1977.

FORATTINI, O. P. Biogeografia, origem e distribuição da domiciliação de triatomíneos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n.14, p.265-99, 1974.

GILSON, G.J.; MORAES, E.G; SILVA, T.R.; COSTA, S.P.. Chagas disease in pregnancy. **ObstetGynecol**, v.86, n.4, p.646-7, Oct, 1995.

KAMIJI, K.M; OLIVEIRA, R.B. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.38, n.4, p.305-9, Jul-Ago, 2005.

LIMA, C.B. **Programa saúde da família: atuação do profissional de enfermagem**. In: Revista Enfermagem Atual. São Paulo: n.28, p. 44-46, 2005.

LIMA, V. A. **Diagnóstico situacional da equipe de saúde Renascer para o Futuro de Jenipapo de Minas**. Jenipapo de Minas: 2011.

MALTA, J. **Doença de Chagas** São Paulo: SARVIER, 1996.

MENDES, H. S. Distribuição de vetores da doença de Chagas em nível domiciliar: um estudo na zona rural de Uberlândia (MG). **Revista Eletrônica Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v.3, n.15, p.33-70, jun., 2007.

PINHO, P. L. S.; SOUZA, R.T.; SILVA, A.D.. **Circulação e caracterização de *Trypanosoma cruzi* isolados de mamíferos silvestres capturados no Estado de São Paulo, Brasil.** São Paulo: ATLAS , 1998.

REY, L. **Parasitologia.** 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p. 888.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde.** 7a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2010.

SANTOS, C. B.; CRUZ, E.Z.; MAIA, R.T.; SOARES, B.V.. Potencial vetorial de *Triatomavitticeps* Stal na transmissão do *Trypanosoma cruzi* no Estado do Espírito Santo, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, n.37, p.186, 2004. Suplemento 1.

SBI – Sociedade Brasileira de Infectologia. **Brasil elimina transmissão da doença de Chagas pelo *Triatomainfestans*.** Disponível em: <http://infectologia.org.br/default.asp?site-Acao=MostraPagina&paginaId=134&>>. Acesso em: 28 abr. 2013.

SCHENONE, H.; CONTRERAS, M.C.; ROJAS, A. Problems related to the diagnosis of Chagas' disease. **Boletín Chileno de Parasitología**, v.44, n.1-2, p.24-9, Jan/Jun., 1989. Sept. 1999.

SILVA, A. V.; CARVALHO, S. M. G.; RODRIGUES, E. Study of *Toxoplasma* infection in Brazilian wild mammals: Serological evidence in *Dasypus novemcinctus* Linnaeus, 1758 and *Euphractus sexcinctus* Wagler, 1830. *Veterinary Parasitology*, St. Louis, v. 135, n. 1, p. 81-83, Jan. 2006.

SILVA, J. L. **A evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo.** São Paulo: 2001.

SILVEIRA, A. C. **O controle da doença de Chagas nos países do Cone Sul da América.** História de uma iniciativa internacional. 2002. p.16-43l. (CD ROOM).

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico:** serviço de atenção à saúde e prática de enfermagem, 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A, 2002, v. 1, p.02-64.

WANDERLEY, D.M.C. *et al.* Epidemiology of Chagas' heart disease. **São Paulo Medical Journal**, v.113, n.2, p.742-9, Mar./Apr. 1995.