CONHECIMENTOS E ATITUDES SOBRE A DOENÇA DE CHAGAS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE – PARANÁ, BRASIL

Renata Cappellazzo Colosio [*]
Ana Lúcia Falavigna-Guilherme [**]
Mônica Lúcia Gomes [**]
Divina Seila de Oliveira Marques [***]
Eliane Raquel Peres Lala [****]
Silvana Marques de Araújo [**]

RESUMO

Este trabalho verificou conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas entre profissionais de saúde da rede pública de Maringá-PR e Paiçandu-PR, de setembro/2004 a julho/2005. A amostra foi calculada, utilizando o programa EPI-INFO/2002, e os participantes definidos por amostragem sistemática. Os instrumentos de coleta de dados elaborados foram testados previamente. Participaram 73 médicos, 73 enfermeiros, 147 auxiliares de enfermagem e 187 agentes comunitários de saúde (ACS), totalizando 480 profissionais. Percentual importante de profissionais de todas as categorias apresentou dúvidas, sobretudo com relação aos principais mecanismos de transmissão da doença de Chagas, reconhecimento de triatomíneos e encaminhamento de denúncias do encontro desses insetos, testes indicados para confirmação do diagnóstico, possibilidade de tratamento etiológico e prognóstico da doença. Para os agentes comunitários de saúde, principal elo entre o usuário e a unidade básica de saúde, as dúvidas foram mais freqüentes. Para manutenção do estado de controle alcançado e atendimento adequado dos indivíduos já infectados pelo *Trypanosoma cruzi* é necessário investir na vigilância epidemiológica. Para isso, os profissionais de saúde devem estar devidamente capacitados e prontos a promover a educação para saúde.

Palavras-chave: Doença de Chagas. Vigilância epidemiológica. Educação para saúde.

INTRODUÇÃO

Dentre as doenças endêmicas, a doença de Chagas representa importante problema médico e social nos países afetados, seja pelo grau de morbidade e letalidade, seja pelo alto custo social que representa. No Brasil, o controle da transmissão vetorial foi intensificado nos anos 80 pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), mostrando-se eficaz para espécies domiciliadas de triatomíneos. Em 1994, 80% da área endêmica estavam sob vigilância, com taxas de infestação domiciliar inferiores a 5%[(1)]. Em junho de 2006, o Ministério da Saúde divulgou documento informando que o Brasil estava pronto para receber o certificado internacional de interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas pelo *Triatoma infestans*[(2)]. A redução da transmissão vetorial reflete, em médio prazo, na progressiva diminuição das transmissões transfusional e congênita[(3)]. Isto faz com que o panorama brasileiro esteja basicamente voltado para a vigilância epidemiológica e ao controle dos bancos de sangue, ao lado do grande desafio de fornecer atendimento médico adequado para cerca de 1.900.000 pacientes infectados[(2)].

A doença de Chagas aguda apresenta grande importância clínico-epidemiológica[(4)]. Nesta fase, o paciente pode apresentar sinais de porta de entrada da infecção, como o sinal de Romaña e o chagoma de inoculação, associados a sintomas gerais e alterações sistêmicas. Na doença de Chagas crônica, os pacientes persistem com sorologia positiva para *T. cruzi,* mesmo após o tratamento etiológico específico, e podem apresentar complicações cardíaca e/ou digestiva.

Na fase aguda, a presença de parasitos circulantes no exame direto do sangue periférico e

[*] Fisioterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Maringá (UEM).
[**] Farmacêutica. Doutora. Docente no Departamento de Análises Clínicas da UEM.
[***] Médica. Doutora. Docente no Departamento de Cardiologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL).
[****] Estatística. Mestranda em Ciências da Saúde pela UEM.

de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgM, associados ao quadro clínico característico, confirmam o diagnóstico da doença[4]. Na fase crônica, o diagnóstico é essencialmente sorológico e deve ser realizado utilizando-se um teste de alta sensibilidade em conjunto com outro de alta especificidade[4]. Quando a doença é diagnosticada e tratada corretamente na fase aguda ou na fase crônica precoce, o tratamento etiológico mostra-se bastante eficaz, com índices de cura de até 80%[5]. O tratamento etiológico, na fase crônica, embora não consiga cura completa na maioria dos casos, pode impedir a progressão da doença no que se refere às alterações eletrocardiográficas e quadro clínico do paciente[6]. No entanto, não existem estudos com resultados conclusivos sobre o tratamento etiológico da doença de Chagas em larga escala.

A doença de Chagas, por ser de evolução crônica, com percentual importante dos pacientes na forma indeterminada, faz com que seus portadores procurem assistência médica pelas queixas referidas à doença ou mesmo a outras queixas não-relacionadas[7], sendo essencial o adequado preparo dos profissionais de saúde de toda a área endêmica. Assim, este trabalho teve por objetivo verificar os conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas de profissionais de saúde atuantes na rede pública de dois municípios do Estado do Paraná.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O estudo foi desenvolvido no período de setembro/2004 a julho/2005, nos municípios de Maringá e Paiçandu, localizados no Noroeste do Estado do Paraná (Figura1).

Maringá é cortada pelo trópico de Capricórnio, em latitude 23°25' Sul e longitude 51°59' Oeste e, Paiçandu, em latitude 23°27' Sul e longitude 52°06' Oeste. De acordo com os dados do Senso Brasileiro/2000, Maringá conta com uma população total de aproximadamente 289 mil habitantes e população rural de 4.675 habitantes. Já, o município de Paiçandu é constituído por 30.764 habitantes, sendo 1.142 habitantes moradores da zona rural[8].

Participaram da pesquisa os profissionais de saúde atuantes na rede pública dos dois municípios, envolvidos com a atenção básica de pacientes com doença de Chagas, atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram incluídos, no estudo, 75 médicos (cardiologistas, clínicos gerais e médicos atuantes no Programa Saúde da Família (PSF), 75 enfermeiros, 150 auxiliares de enfermagem e 187 agentes comunitários de saúde (ACS). Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos dois municípios foram envolvidas, sendo cinco unidades em Paiçandu e 23 em Maringá.

Em Paiçandu, todos os 48 profissionais incluídos nas classes citadas foram convidados a participar do estudo. Em Maringá, pelo elevado número de funcionários, foi calculada uma amostra por categoria, somando um total de 439 profissionais, dentre as 23 UBS existentes, utilizando-se o programa EPI-INFO 2002 – versão 6.0. O fator de freqüência esperado foi de 50%, a aceitabilidade de erro de 5% e o nível de confiança considerado de 95%. Os elementos da amostra foram obtidos por amostragem sistemática[9].

Para a coleta de dados, foi realizada a técnica de entrevista, com dois questionários semi-estruturados, um deles elaborado especificamente para os médicos, composto de 16 perguntas, as quais abordaram itens como mecanismos de transmissão da doença de Chagas (02 perguntas), diagnóstico clínico (05 perguntas), atendimento ao paciente com doença de Chagas (03 perguntas), tratamento clínico (04 perguntas), evolução e prognóstico da doença (02 perguntas). O outro questionário foi elaborado para a entrevista dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS, composto de 11 perguntas, abordando itens como mecanismos de transmissão da doença de Chagas (05 perguntas), orientações ao paciente com doença de Chagas (05 perguntas) e evolução da doença de Chagas (01 pergunta). Cada profissional foi entrevistado, individualmente, por um único pesquisador, na UBS correspondente ao seu local de trabalho e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a utilização de suas respostas, caso concordasse em participar da pesquisa.

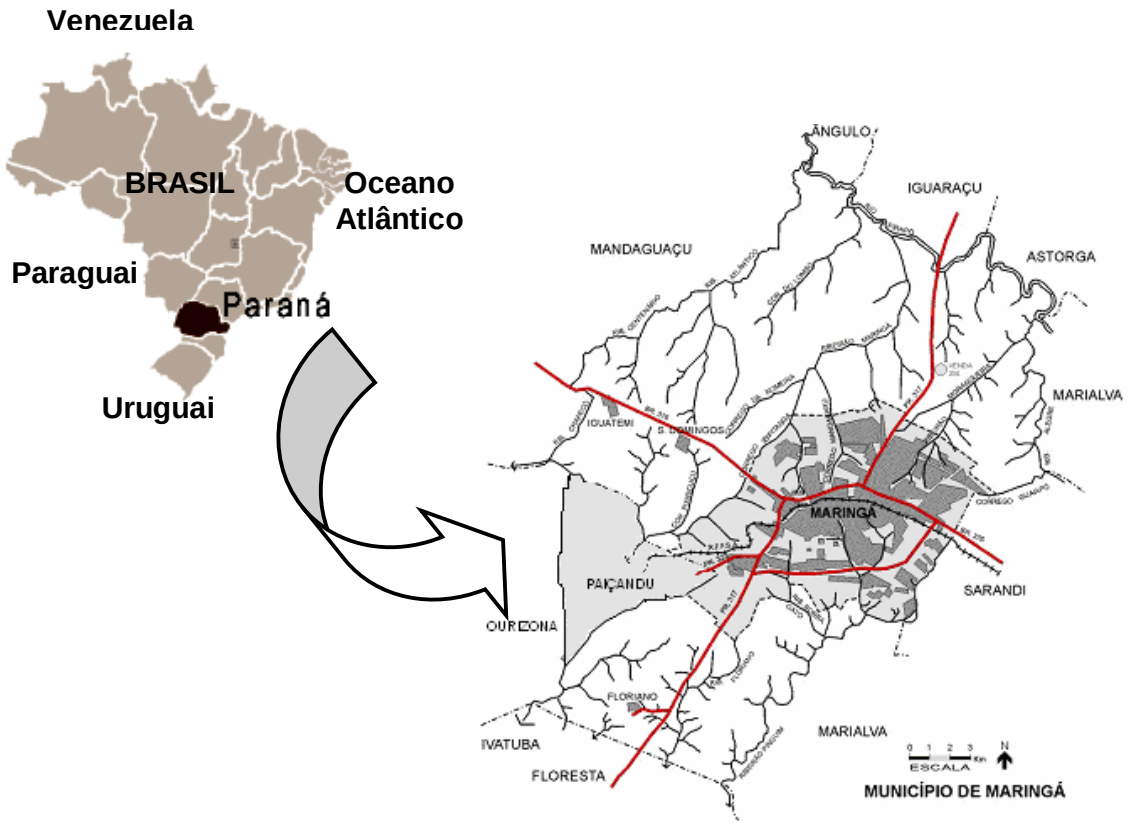

Figura 1. Mapa do Brasil, localizando o Estado do Paraná, com destaque (detalhe aumentado) para os municípios de Maringá e Paiçandu, onde foi realizado o estudo.

Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva, expressa na forma de freqüência e percentagem.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e pelas Secretarias de Saúde de ambos os municípios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os médicos, 69% referiram atender pacientes com doença de Chagas com freqüência, sendo que 45% destes profissionais atendem pelo menos um paciente chagásico a cada dois meses. Para 79% destes profissionais, a maioria dos pacientes procura por assistência médica pelas queixas não-relacionadas à doença de Chagas, sendo esta citada ocasionalmente.

Com o progresso alcançado pelo Programa de Controle da Transmissão da doença de Chagas no Brasil em toda a área endêmica e uma possível interrupção virtual da transmissão do parasita[10], hoje o desafio se concentra na manutenção de vigilância epidemiológica efetiva e na atenção à saúde de aproximadamente 1,9 milhões de pacientes já infectados pelo *T. cruzi*[2], que recorrem ao sistema de saúde com queixas relacionadas ou não à doença de Chagas. Decorre daí a importância de uma avaliação criteriosa, individualizada, cujo objetivo é a investigação ampla do quadro apresentado pelo paciente, independente da queixa básica relatada, para os cuidados relativos a casos crônicos da doença de Chagas e o pronto diagnóstico nos eventuais casos agudos[11,12].

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da 15ª. Regional de Saúde de Maringá[13], existem cadastrados, nos 30 municípios vinculados à Regional, 484 pacientes com diagnóstico da doença de Chagas, sendo todos acompanhados pelas equipes do PSF. Somente cinco indivíduos estão cadastrados como pacientes com doença de Chagas em Paiçandu (0,07% da população) e 273 indivíduos em Maringá (0,13% da população). Porém, em Paiçandu, 60% dos médicos atendem pacientes com doença de Chagas com freqüência. Nota-se, assim, um desencontro entre os dados fornecidos e a realidade encontrada nas UBS. Em Paiçandu, das 9.338 famílias cadastradas no município, apenas 30% (2.877) são acompanhadas pelas equipes do PSF, não existindo dados referentes aos 70% restantes. Esta informação confirma o déficit com relação à cobertura insuficiente da população pelas equipes do PSF[14], fazendo com que os números apresentados não revelem a real situação do município frente à doença de Chagas. Em trabalho recente, houve destaque para o município de Paiçandu, sendo verificado alto índice de infestação domiciliar por triatomíneos, com elevado percentual de vetores infectados pelo *T. cruzi*[15].

Estudos já publicados demonstram como as medidas adotadas até o momento vêm apresentando bom impacto no controle da doença, na prevalência da infecção, no adoecimento e mesmo mortalidade por doença de Chagas no Brasil[16]. No entanto, não existem trabalhos prévios que visem analisar os conhecimentos e atitudes de profissionais de saúde em relação à doença de Chagas. O conhecimento e tomada de atitude do profissional de saúde com relação ao atendimento do indivíduo infectado pelo *T. cruzi* não podem ser relegados. O controle da transmissão do *T. cruzi* não garante a não-ocorrência de novos casos da infecção chagásica. Recentemente, foram relatados dois casos de infecção pelo *T. cruzi* em crianças residentes no Estado do Paraná [11]. Da mesma forma, foi amplamente divulgado o surto de infecção pelo *T. cruzi* ocorrido no Estado de Santa Catarina em 2005[12,17]. No presente estudo, quando questionados sobre o quadro clínico do paciente com doença de Chagas, notou-se maior conhecimento com relação à fase crônica da doença, já que 51% dos médicos não relacionaram corretamente a sintomatologia da fase aguda, e 65% deles acertaram o quadro clínico do paciente crônico. Considerando os bons índices de cura obtidos com o tratamento etiológico realizado na fase crônica recente ou na fase aguda[5] da infecção, é essencial a competência técnica do médico para o diagnóstico correto e precoce[11].

A maioria dos médicos (96%) afirma solicitar a reação de Machado-Guerreiro para confirmar o diagnóstico da infecção pelo *T. cruzi*. As reações de imunofluorescência indireta (IFI), hemaglutinação indireta (HAI), ELISA e os exames de xenodiagnóstico e hemocultura são solicitados por estes profissionais em percentuais muito inferiores (Tabela 1). Dos médicos que relatam solicitar a reação de Machado e Guerreiro, aproximadamente 30% também solicitam outra reação dentre as três recomendadas (ELISA, HAI e IFI). A reação de Machado-Guerreiro está em desuso há anos, devendo ser totalmente desconsiderada na prática clínica por sua baixa sensibilidade, falta de padronização dos antígenos utilizados e falta de reprodutibilidade[4]. O diagnóstico na fase crônica da doença de Chagas, é essencialmente sorológico e deve ser realizado com um teste de elevada sensibilidade (ELISA ou IFI), em conjunto com outro de alta especificidade, sendo que os testes de HAI, IFI e ELISA podem determinar o diagnóstico em virtualmente 100% dos casos[4].

Tabela 1 - Métodos solicitados pelos médicos para o diagnóstico da doença de Chagas da rede pública dos municípios de Paiçandu e Maringá/PR 2004-2005.

REAÇÃO SOROLÓGICA	NÚMERO DE MÉDICOS	PORCENTAGEM (%)
MACHADO-GUERREIRO	70	95,89
IFI	21	28,77
HAI	15	20,55
ELISA	10	13,70
HEMOCULTURA	7	9,59
XENODIAGNÓSTICO	7	9,59

Com relação ao tratamento, 69% dos médicos desconhecem a existência do tratamento com o benzonidazol e 16% comentaram sobre este medicamento. Os comentários mais freqüentes foram relativos à sua toxicidade e ao abandono do tratamento por grande parte dos pacientes em virtude dos importantes efeitos colaterais[5]. Muitos médicos não souberam o nome do medicamento, porém 46% destes profissionais referiram a dermatopatia alérgica, manifestações gástricas, neuropatia periférica, neutropenia e leucopenia, como seus efeitos colaterais.

No Brasil, o benzonidazol é a única droga atualmente disponível para o tratamento etiológico da doença de Chagas[4]. Embora não proporcione a cura, pode prevenir a morbimortalidade, melhorar o prognóstico do paciente e aumentar sua sobrevida, podendo diminuir a ocorrência de alterações eletrocardiográficas e gerar uma possível estabilidade na evolução da cardiomiopatia chagásica e no quadro clínico do paciente infectado[6]. Deve ser prescrito somente pelo médico que conhece as particularidades do medicamento e da doença. Quanto mais precoce é sua indicação, melhores são os resultados. Em estudo realizado[5], a cura da doença ocorreu em 76% dos pacientes agudos e em 8% dos pacientes crônicos, tratados com o benzonidazol.

Frente à presença de um paciente com suspeitas de infecção pelo *T. cruzi*, 66% dos médicos adotariam uma conduta correta, solicitando testes sorológicos para confirmar a infecção pelo *T. cruzi* e, independente da existência de sintomas, solicitariam radiografia de tórax e eletrocardiograma. No entanto, grande parte deles não relacionou corretamente a sintomatologia da fase aguda. Isto causa preocupação a exemplo do surto de infecção pelo *T. cruzi* descrito em Navegantes – SC[12,17], ocorrido em março de 2005. O fato enfrentou dificuldades inicialmente com relação ao diagnóstico correto dos pacientes pela falta de preparo dos profissionais de saúde da região, resultando em três mortes.

Com relação aos principais mecanismos de transmissão, 98% dos médicos demonstraram esclarecimento quanto à forma vetorial e 79%, quanto à transfusional. A forma congênita foi relatada por 21% destes profissionais. Quando questionados sobre o principal mecanismo de transmissão, no Estado do Paraná, 80% deles acertaram, respondendo ser a transmissão vetorial.

Quanto aos demais profissionais, a maioria dos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS entrevistados afirmaram saber como a transmissão da doença de Chagas ocorre, porém uma porcentagem pequena desses profissionais acertou quais são os principais mecanismos de transmissão da doença (Tabela 2). Além disso, poucos destes profissionais souberam que o principal mecanismo de transmissão da doença de Chagas, no Estado do Paraná, é o vetorial.

Embora o Brasil tenha alcançado grandes resultados no controle da transmissão vetorial[18,19], esta não foi interrompida. Registrou-se diminuição progressiva da infecção chagásica entre doadores de sangue e efetividade no descarte de possíveis

doadores infectados[3]. Além disso, os riscos de transmissão congênita foram reduzidos pela diminuição do número de mulheres com doença de Chagas em idade fértil.

Tabela 2 - Conhecimento dos profissionais enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS dos municípios de Maringá e Paiçandu/PR quanto à transmissão da doença de Chagas, 2004-2005

PROFISSIONAIS	RELATOU SABER COMO A DOENÇA DE CHAGAS É TRANSMITIDA.		ACERTOU OS MECANISMOS DE TRANSMISSÃO DA DOENÇA DE CHAGAS.		ACERTOU O PRINCIPAL MECANISMO DE TRANSMISSÃO DA DOENÇA NO ESTADO DO PARANÁ.	
	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)
	MARINGÁ	PAIÇANDU	MARINGÁ	PAIÇANDU	MARINGÁ	PAIÇANDU
Enfermeiros	68 (100)	5 (100)	4 (5,79)	1 (20)	18 (26)	2 (40)
Auxiliares de enfermagem	128 (100)	18 (94,73)	1 (0,78)	3 (15,78)	26 (20,31)	4 (21,05)
ACS	167 (97)	13 (86,66)	6 (3,48)	2 (13,33)	38 (22,09)	3 (20)

Quanto à identificação de triatomíneos, a maioria dos enfermeiros (84%) relatou conhecer o vetor, porém apenas 27% o reconheceriam com certeza. Dentre os profissionais que não saberiam identificá-lo, 51% pediriam ajuda a um colega ou orientariam o solicitante a procurar outra UBS.

A maioria dos auxiliares de enfermagem (65%) e dos ACS (57%) afirmou conhecer o vetor, porém apenas 14% dos auxiliares de enfermagem e 12% dos ACS o reconheceriam com certeza. Dos profissionais que não saberiam reconhecê-lo, mais de 70% pediriam ajuda a um colega ou encaminhariam o vetor para a Secretaria de Saúde do município.

Dentre os enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS, a maioria relatou conhecer o transmissor da doença de Chagas, sendo que, em Paiçandu, muitos profissionais afirmaram que já teriam tido contato com o vetor dentro de suas próprias moradias. Vários destes profissionais moram ou já moraram em residências rurais da região.

Para manutenção do controle da transmissão vetorial da doença de Chagas, no Brasil, a população e os profissionais envolvidos devem assumir a vigilância epidemiológica de maneira comprometida e eficaz, o que pressupõe maturidade política e social de ambos. Em trabalho recente[15], pesquisadores observaram que profissionais das UBS de seis municípios do Noroeste do Paraná, incluindo Maringá e Paiçandu, não tinham idéia do procedimento correto a ser adotado em face de denúncias do encontro de triatomíneos ou de insetos encaminhados. Fica assim evidente a necessidade de capacitação destes profissionais, para melhor atender aos pacientes/necessidades das UBS.

Quanto ao prognóstico do paciente infectado pelo *T. cruzi*, 71% dos médicos, 79% dos enfermeiros, 87% dos auxiliares de enfermagem e 81% dos ACS o consideram de regular a péssimo (Tabela 3). No entanto, atualmente, no Brasil, aproximadamente 60% dos pacientes com doença de Chagas se encontram na forma indeterminada, ou seja, sem sintomatologia e com prognóstico semelhante ao da população em geral[4].

Tabela 3 - Opinião dos profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS dos municípios de Maringá e Paiçandu/PR quanto ao prognóstico do paciente chagásico, 2004-2005

		PROGNÓSTICO				
PROFISSIONAIS	**NÚMERO TOTAL DE ENTREVISTADOS**	**ÓTIMO (%)**	**BOM (%)**	**REGULAR (%)**	**RUIM (%)**	**PÉSSIMO (%)**
MÉDICOS	73	2,74	26,03	42,47	26,03	2,74
ENFERMEIROS	73	2,74	17,81	38,36	32,88	8,22
AUXILIARES DE ENFERMAGEM	147	0,68	12,24	33,33	32,65	21,09
ACS	187	1,6	17,11	33,16	22,99	25,06

Frente ao aparecimento de um paciente com diagnóstico da doença de Chagas ou com suspeitas, 81% dos enfermeiros, 70% dos auxiliares de enfermagem e 66% dos ACS adotariam a conduta correta, encaminhando tal paciente para uma consulta com um clínico geral. Os pacientes da forma indeterminada devem ser atendidos preferencialmente nos serviços de atenção primária. Os profissionais atuantes, neste segmento, são responsáveis pelo correto esclarecimento com relação à benignidade de seu quadro clínico e à necessidade de acompanhamento nas unidades básicas de saúde[4]. Porém, muitas vezes, em virtude da falta de encaminhamento correto, muitos pacientes sem sintomatologia recorrem ao atendimento em nível secundário, onerando o sistema de saúde desnecessariamente[20]. Sendo assim, a informação em saúde deve constituir um instrumento essencial para o bom andamento dos serviços, a fim de formar equipes preparadas tecnicamente e comprometidas com o atendimento global dos pacientes, desde o diagnóstico, tratamento e encaminhamento correto, quando necessário.

CONCLUSÃO

A manutenção de vigilância epidemiológica eficiente e o atendimento adequado de pacientes com doença de Chagas, seja os eventuais casos agudos ou pacientes crônicos já infectados pelo *T. cruzi*, dependem da capacitação de profissionais tecnicamente bem preparados. Com os dados apresentados, nota-se desconhecimento de profissionais de todas as classes atuantes na atenção básica envolvidas no estudo, no que se refere a aspectos relevantes da doença. É evidente a necessidade de se adotar medidas eficientes de capacitação profissional e educação em saúde visando manter o controle já alcançado para a doença de Chagas e atender adequadamente ao paciente infectado pelo *T. cruzi* em sua globalidade.

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT CHAGAS DISEASE AMONG HEALTH PROFESSIONALS – PARANÁ, BRAZIL

ABSTRACT

This work assessed the knowledge and attitudes about Chagas disease among health professionals from the public health network in the cities of Maringá and Paiçandu (Paraná State), from September 2004 to July 2005. The sample was calculated using the EPI-INFO/2002 software program, and the participants were defined by systematic sampling. The data collection instruments were tested in advance. A total of 480 professionals took part in the survey: 73 physicians, 73 nurses, 147 nursing assistants and 187 community health agents. A considerable percentage of professionals from all categories demonstrated doubts, mainly with regard to the most important mechanisms of Chagas disease transmission, recognition of triatominae and the reporting of sightings of these insects, recommended tests for diagnosis confirmation, possibility of etiologic treatment and disease prognosis. The doubts were more frequent among the community health agents, who are the main link between the community and the basic health unit. It is necessary to invest in epidemiologic surveillance in order to maintain the achieved controlled status of the disease and properly assist people infected by *Trypanosoma cruzi*. Therefore, health professionals must be properly qualified to promote health education.

Key words: Chagas disease. Epidemiologic surveillance. Education for health.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS (*Tripanosomiasis americana*) ENTRE LOS PROFESIONALES DE SALUD – PARANÁ – BRASIL

RESUMEN

En ese trabajo se verificó conocimientos y actitudes sobre la enfermedad de Chagas entre profesionales de salud de la red pública de Maringá-PR y Paiçandú-PR, de septiembre de 2004 a julio de 2005. Se calculó la muestra utilizando el programa EPI-INFO/2002 y los participantes definidos por muestreo sistemático. Los instrumentos de recolección de datos elaborados fueron testados previamente. Participaron 73 médicos, 73 enfermeros, 147 auxiliares de enfermería y 187 agentes comunitarios de salud (ACS) - 480 profesionales en total. Un porcentual importante de profesionales de todas las categorías presentó dudas, sobretodo en relación a los principales mecanismos de transmisión de la enfermedad de Chagas, reconocimiento de triatominos y direccionamiento de denuncias del encuentro de estos insectos, tests indicados para la confirmación del diagnóstico, posibilidad de tratamiento etiológico y pronóstico de la enfermedad. Para los agentes comunitarios de salud, principal eslabón entre el usuario y la unidad básica de salud, las dudas fueron más frecuentes. Para la manutención del estado de control alcanzado y atendimiento adecuado de los individuos ya infectados por el *Trypanosoma cruzi* es necesario invertir en la vigilancia epidemiológica. Para ello, los profesionales de salud deben estar debidamente capacitados y dispuestos a promover la educación para la salud.

Palabras Clave: Enfermedad de Chagas. Vigilancia epidemiológica. Educación para la salud.

REFERÊNCIAS

1. Dias JCP. Estratégias e perspectivas atuais de consolidação do controle de vetores na etapa de vigilância epidemiológica. Rev Soc Bras Med Trop. 1994;26:63-65.

2. Brasil. Ministério da Saúde [on-line]. Brasil receberá certificado internacional da interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas pelo *Triatoma infestans*. [Acesso em 2006 jul. 12]. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br

3. Dias JCP, Coura JR. Epidemiologia. In: Dias JCP, Coura JR, organizadores. Clínica e terapêutica da doença de Chagas: uma abordagem prática para o clínico geral. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 33-66.

4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Consenso Brasileiro em doença de Chagas. Rev Soc Bras Med Trop. 2005;38 Supl 3:7-29.

5. Cançado JR. Long term evaluation of etiological treatment of Chagas disease with benznidazole. Rev Inst Med Trop São Paulo. 2002;44(1):29-37.

6. Viotti R, Vigliano C, Armenti H, Segura E. Treatment of chronic Chagas' disease with benznidazole: clinical and serologic evolution of patients with long-term follow-up. Am Heart J. 1994;127:151-2.

7. Araújo SM, Ando MH, Cassarotti DJ, Mota DCGA, Borges SMR, Gomes ML. Programa ACHEI: "Atenção ao Chagásico com educação integral no município de Maringá

e região noroeste do Paraná, Brasil". Rev Soc Bras Med Trop. 2000;33:565-72.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [on-line]. Estatística da saúde: assistência médico-sanitária. [Acesso em 2005 out. 25]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br

9. Rodrigues PC. Bioestatística. Rio de Janeiro: Editora EdUFF; 2002.

10. Dias JCP. Vigilância epidemiológica em doença de Chagas. Cad Saude Publica. 2000; 16(2):43-59.

11. Araújo SM, Gomes ML, Ortiz M, Costa AL, Membrive UA, Toledo MJO, et al. Doença de Chagas em crianças no Estado do Paraná, Brasil. RBAC. 2004; 6(3):151-3.

12. Steindel M, Dias JCP, Romanha AJ. Doença de Chagas: mal que ainda preocupa. Rev Ciencia Hoje. 2005;37:32-8.

13. Paraná. ISEP – Instituto de Saúde do Paraná, 15ª. Regional de Saúde, 2005. Epidemiologia. [Acessado em 15/03/2005]. Disponível em: http://www.datasus. gov.br/siab

14. Moura ERF, Sousa RA. Educação em saúde: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? Cad Saude Publica. 2002;18(6):1809-11.

15. Falavigna-Guilherme AC, Costa AL, Batista O, Pavanelli GC, Araújo SM. Atividades educativas para o controle de triatomíneos em área de vigilância epidemiológica do Estado do Paraná, Brasil. Cad Saude Publica. 2002;18(6):1543-50.

16. Vinhaes MC, Dias JCP. Doença de Chagas no Brasil. Cad Saude Publica. 2000;16 (2):7-12.

17. Zapata MTAG, Souza ESM, Macedo AR. Avaliação experimental das possibilidades de contaminação da cana-de-açúcar pelo *Trypanosoma cruzi*: proposta de estudo. In: Anais da XXI Reunião de Pesquisa Aplicada em doença de Chagas e Leishmanioses; 2005; Uberaba, MG, Brasil. Uberaba: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2005.

18. Schmunis GA, Dias JCP. La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. Cad Saude Publica. 2000;16(2): 117-23.

19. Silveira AC. Situação do controle da transmissão vetorial da doença de Chagas nas Américas. Cad Saude Publica. 2000;16(2):35-42.

20. Bozelli CE. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com doença de Chagas no Hospital Universitário de Maringá, Paraná, Brasil [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2005.

Endereço para correspondência: Silvana Marques de Araújo. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Análises Clínicas. Av. Colombo, 5790. Zona Sete. CEP: 87020-900. Maringá - Paraná. E-mail: smaraujo@uem.br