

Moradores de áreas rurais de municípios mineiros endêmicos para a doença de Chagas: ideias e concepções sobre a doença, os vetores e os serviços de saúde

Residents of rural areas in municipalities of Minas Gerais endemic for Chagas disease: their ideas and conceptions about the disease, vector, and health services

Izabella Cristina Alves de Souza¹ , Fernanda Cristina Santos Rodrigues¹ ,
Alexandra Paiva Araújo² , Janice Maria Borba Souza³ , Liléia Gonçalves Diotaiuti¹ ,
Raquel Aparecida Ferreira¹ 

¹ Grupo de Pesquisas Triatomíneos, Instituto René Rachou - Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Departamento de Ciências Básicas da Vida, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Governador Valadares (MG), Brasil.

³ Superintendência Regional de Divinópolis, Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais - Divinópolis (MG), Brasil.

Como citar: Souza ICA, Rodrigues FCS, Araújo AP, Souza JMBS, Diotaiuti LG, Ferreira RA. Moradores de áreas rurais de municípios mineiros endêmicos para a doença de Chagas: ideias e concepções sobre a doença, os vetores e os serviços de saúde. Cad Saúde Colet, 2023; 31 (3):e31030595. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030595>

Resumo

Introdução: A vigilância da doença de Chagas (DC), baseada na participação popular, ocorre por meio da detecção e notificação de insetos suspeitos de serem vetores da DC aos Postos de Informação de Triatomíneos (PITs). **Objetivo:** Compreender as ideias e concepções dos moradores em áreas rurais dos municípios da Microrregião de Saúde de Itaúna (MSI) em relação a aspectos relacionados à DC, seus vetores e serviços de saúde. **Método:** Em 2016, foram realizados quatro grupos focais nos municípios da MSI. Esses grupos focais foram gravados, transcritos e analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo. Neste processo, identificamos e categorizamos unidades de análise tanto dentro de cada grupo focal quanto entre eles. **Resultados:** Descobrimos que há compreensão por parte de alguns moradores sobre a natureza da transmissão da DC, as características morfológicas e hábitos dos vetores, o encaminhamento do vetor para os PITs e o diagnóstico da DC. Também encontramos relatos da ausência de intervenções educacionais e de saúde relacionadas à DC. **Conclusão:** Compreender as concepções e ideias sobre a DC das populações em áreas endêmicas é fundamental para desenvolver futuras estratégias envolvendo a participação popular.

Palavras-chave: educação em saúde; participação popular; vigilância entomológica; triatomíneos.

Abstract

Background: The surveillance of Chagas disease (CD) based on public participation is carried out through the detection and notification of insects suspected of being vectors of CD to Triatomine Information Posts (TIPs). **Objective:** To understand the ideas and conceptions of residents in rural areas of the municipalities of the Micro-region of Health de Itaúna (MHI) regarding aspects related to CD, its vectors, and health services. **Method:** In 2016, four focus groups were conducted in the municipalities of MHI. These focus groups were recorded, transcribed, and analyzed using the content analysis technique. In this process, units of analysis, both within each focus group and between them, were identified and categorized. **Results:** It was found that some residents have a good understanding of the nature of CD transmission and of the morphological characteristics and habits of the vectors, in addition to an understanding of the forwarding of the vector to TIPs, and the diagnosis of CD. Reports of the absence of education and health interventions related to CD were also found. **Conclusion:** Understanding the conceptions and ideas about CD of populations in endemic areas is fundamental to developing future strategies involving public participation.

Keywords: health education; public participation; entomological surveillance; triatomines.

Correspondência: Raquel Aparecida Ferreira. E-mail: raquel.ferreira@fiocruz.br

Fonte de financiamento: FAPEMIG - Edital Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) 14/2013, IRR/FIOCRUZ, SES/MG.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Dez. 07, 2020. Aprovado em: Jun. 07, 2021



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

A doença de Chagas (DC) ainda é um importante problema de saúde pública na América Latina, constituindo uma das endemias mais negligenciadas no mundo¹. No Brasil, atualmente, estima-se que existam, aproximadamente, entre 1,4 e 3,2 milhões de pessoas infectadas com o *Trypanosoma cruzi* Chagas, 1909, agente etiológico da doença, e outras 21,8 milhões expostas ao risco de infecção¹.

No Brasil, as ações de prevenção e controle da DC em regiões endêmicas encontram-se na fase de vigilância entomológica, incluindo a vigilância ativa e passiva da doença². Na primeira, são executadas ações de pesquisa e eliminação do vetor por meio de busca ativa de triatomíneos nas unidades domiciliares (UDs), realizada pelos agentes de combate a endemias (ACEs)². Na segunda, dá-se suporte ao controle vetorial, tendo como base a participação popular focada no cuidado do morador com seu domicílio, à detecção, ao encaminhamento e à notificação de insetos suspeitos de serem os vetores do parasito causador da doença aos Postos de Informação de Triatomíneos (PITs)³, localizados nas zonas urbana e rural dos municípios.

O protagonismo e o envolvimento da população são elementos fundamentais ao controle da DC, contribuindo para o suporte e a sustentação das ações de vigilância entomológica e interrompendo precocemente o processo de colonização dos triatomíneos nas UD. Essa colaboração é particularmente importante na detecção de focos residuais de triatomíneos, sobretudo no peridomicílio e em situações nas quais a densidade vetorial nas UD é baixa⁴.

As localidades rurais endêmicas para a DC, por vezes, são áreas de alta vulnerabilidade social⁵, nas quais os habitantes residem em locais insalubres, possuem hábitos e condições de vida precárias, estando, assim, expostos a uma maior probabilidade de contato com os triatomíneos. Nesse sentido, podemos considerar que ainda hoje os moradores de áreas rurais endêmicas constituem a parcela da população mais suscetível à infecção chagásica⁶. Nesse cenário, entendemos ser relevante conhecer as ideias e concepções de moradores de regiões rurais endêmicas acerca de temas que perpassam a DC, seus vetores e serviços de saúde.

Na literatura científica, há escassez de estudos a respeito do conhecimento e da percepção da população de áreas rurais endêmicas sobre a DC e vetores⁷⁻¹². Além disso, não existem relatos prévios apreendendo a percepção da população acerca dos serviços de saúde relacionados à DC, particularmente no enquadramento adotado neste trabalho e território de estudo. Diante do exposto, neste estudo de caso exploratório, objetivamos identificar ideias, concepções, atitudes e conhecimento acerca da DC e de vetores e serviços de saúde em moradores dos municípios da Microrregião de Saúde de Itaúna (MSI), Minas Gerais (MG), em cujas casas houve notificação positiva para triatomíneos entre os anos de 2011-2015.

METODOLOGIA

O presente trabalho compõe um estudo amplo, que foi realizado na MSI, em MG, pertencente à Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis (SRSD), entre 2015 e 2019. Nesse projeto, avaliamos o conhecimento e a percepção de diferentes atores sociais, envolvidos direta ou indiretamente na vigilância entomológica da DC, a respeito da doença, dos vetores e dos serviços de saúde. No entanto, no presente caso exploratório, reportamos apenas os resultados obtidos por meio de métodos de abordagem qualitativa empregados junto aos moradores dos municípios.

A MSI está situada na região centro-oeste de MG, em um dos locais do estado no qual a transmissão humana do *T. cruzi* foi mais frequente no passado¹³. A prevalência da doença nos municípios da microrregional entre 1970 e os primeiros anos de 1980¹⁴ foi de: 6,1% em Itaguara; 23,5% em Itatiaiuçu; 25,4% em Itaúna; e 4,1% em Piracema.

Os municípios da região do estudo, para além de serem circunvizinhos, apresentam características semelhantes relacionadas ao bioma, à fauna triatomínica e à estruturação das ações de controle da DC desde antes do processo de descentralização da saúde^{15,16}. Diante dessa semelhança territorial e na condução das ações de prevenção e controle de endemias, optamos pela apresentação conjunta dos dados, não especificando os achados em função de cada município.

A SRSD disponibilizou aos pesquisadores os indicadores entomológicos (período de 2011-2015) dos quatro municípios da microrregional. Dessa maneira, selecionamos, aleatoriamente, 80 casas de áreas rurais dos quatro municípios, 20 por município, cuja notificação para triatomíneos (barbeiro) foi positiva no período citado. Então, enviamos um convite aos moradores maiores de 18 anos de idade para participação em grupos focais. Esse convite foi entregue em mãos aos moradores pelos Agentes de Combate a endemias (ACEs) municipais.

Os quatro grupos focais foram agendados, um por município, e ocorreram nas Unidades Básicas de Saúde de localidades rurais dos municípios, entre o período de agosto a dezembro de 2016. Na ocasião, participaram desses grupos focais: três mulheres e três homens moradores de Piracema; quatro mulheres e dois homens moradores de Itaguara; quatro mulheres e dois homens moradores de Itatiaçu; e cinco mulheres e dois homens moradores de Itaúna – todos acima de 30 anos de idade.

Planejamos e realizamos os grupos focais balizados nos pressupostos teóricos de Krueger¹⁷ e Trad¹⁸. Os grupos foram gravados com consentimento dos entrevistados, transcritos e analisados sob a perspectiva de análise de conteúdo de Bardin¹⁹ em três fases cronológicas. Primeiramente, identificamos as unidades de análise em cada grupo focal e entre eles, e, em seguida, nomeamos e trabalhamos as seguintes categorias: a) aspectos sobre a DC; b) reconhecimento e hábitos dos vetores do parasito; e c) serviços de saúde relacionados à doença.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou sob o número de certificado de apresentação de apreciação ética: 53400616.8.0000.5091.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Há algumas décadas, toda área endêmica para DC no Brasil se encontra na fase de vigilância epidemiológica², e as notificações de novos casos da doença são baixas²⁰. Em MG, desde 2000, nos quatro municípios da MSI se mantém a classificação de médio risco para reinfestação de triatomíneos²¹. Por outro lado, sabemos que a emergência do Zika e chikungunya, a partir do ano de 2016, mobilizou e concentrou os esforços das equipes de saúde, tanto no âmbito da Atenção Primária em Saúde quanto da Vigilância em Saúde, de maneira que as ações de prevenção e controle de antigas endemias foram profundamente impactadas pela realocação dos profissionais de saúde aos agravos de maior demanda e pela escassez de recursos. Neste cenário de estagnação dos indicadores entomológicos e epidemiológicos da DC e ausência de profissionais envolvidos em ações de mobilização e educação em saúde com a população acerca da DC, as ideias, concepções e atitudes apreendidas dos moradores dos municípios à época do estudo, provavelmente, não tenham sido alteradas sem a realização de intervenções. Essas medidas estão relacionadas à educação em saúde, mobilização social, incremento no programa de vigilância e controle da DC e, conseqüentemente, alteração dos indicadores. Como isso não ocorreu, há possibilidade de inferir que o contexto avaliado persiste.

Aspectos sobre a DC

Minas Gerais destaca-se como um dos estados brasileiros que apresenta a maior prevalência de portadores crônicos de DC¹⁴. Além disso, no Brasil, o risco de transmissão vetorial da doença ainda persiste em função da existência de espécies de triatomíneos autóctones com elevado potencial de colonização²², fato este que, inclusive, colocou a região do presente estudo na classificação de estratificação de médio risco para reinfestação de triatomíneos nos domicílios²¹. Neste estudo de caso, apreendemos interessantes concepções acerca de vários aspectos relacionados à doença, como os sintomas e a forma de transmissão vetorial da doença, conforme as falas transcritas a seguir:

¹Morador 1: *É... o barbeiro na hora que ele pica, ele também defeca, e a gente quando coça coloca as fezes na feridinha que ele colocou, e aí ele penetra, se a gente não coçasse, num pegava.*

¹ Em respeito à forma de expressão local, optamos por utilizar as descrições literais das falas dos participantes.

Morador 20: *Só sei que a doença do barbeiro ataca o coração, porque o Santíssimo, meu vizinho lá, ele tinha e falava!*

Em um estudo realizado em Bambuí⁸, município que também pertence à SRSD e que apresenta características bastante semelhantes às dos municípios da área de estudo, os pesquisadores demonstraram que a população, de modo geral, conhece a endemia chagásica. Outro estudo semelhante, realizado no Distrito Federal, demonstrou que a maioria dos entrevistados apresentava conhecimento em relação aos triatomíneos e a seu papel na transmissão da DC⁹.

Participantes do presente estudo mencionaram a escola ou os parentes como fontes por meio das quais obtiveram informações a respeito da doença e dos vetores, conforme demonstrado a seguir:

Morador 3: *Com os mais velhos, minha mãe, meu pai.*

Morador 2: *Ah, vendo os outros falar, eu tinha um tio que morreu de Chagas.*

Morador 7: *Com a mãe, com a vó, a tia, minhas tias, elas comentava.*

Morador 5: *Eu, mesmo, aprendi na escola.*

Ainda a respeito das fontes de informação sobre a DC e os vetores, apreendemos algumas impressões de moradores que relataram que os ACEs raramente falavam sobre a DC durante suas visitas domiciliares. Entendemos que esse fato é preocupante ao apontar para possíveis falhas no cumprimento das atribuições dos ACEs, ou seja, promoção de ações de educação em saúde junto à comunidade e orientação à população sobre os riscos de doenças endêmicas²³.

De acordo com alguns estudos já realizados, intervenções educacionais simples, considerando a formação sociocultural da população, são, reconhecidamente, um estímulo à notificação dos barbeiros pela comunidade²⁴⁻²⁶. Nesse sentido, ações de promoção à saúde voltadas aos moradores de áreas endêmicas para a doença são fundamentais. Entretanto, no presente estudo, vários moradores mencionaram a inexistência de atividades de educação e saúde orientadas à DC nos municípios. Em contrapartida, ações voltadas para outras endemias e enfermidades foram relatadas. Conforme já discutimos no início desta seção e diante de todos os argumentos colocados, acreditamos ainda ser essa a realidade atual nos municípios da área. Ainda de acordo com certas percepções, atividades abordando algumas endemias e não incluindo a DC explicariam a falta de conhecimento dos jovens dos municípios sobre a doença, principalmente nas áreas urbanas. A seguir, temos as falas a esse respeito:

Morador 5: *[...] não, eu acho que o pessoal mais novo sabe mais da dengue porque vê nas escolas porque vê os cartazes nos lugares por aí.*

Morador 7: *Aqui no município eu já vi campanhas com relação à dengue nas escolas, mas nunca vi com relação a barbeiro.*

Morador 4: *Acontece que é voltado mais é pra interior, né? Numa cidade grande cê num vê quase falando barbeiro.*

Concordamos com essas impressões e acreditamos que a ausência de ações de educação e saúde voltadas à DC nos municípios, particularmente entre o público jovem, explicaria, em parte, a falta de conhecimento sobre a doença nesse público. No entanto, neste estudo, não investigamos tal relação. De qualquer forma, é importante destacarmos que a inexistência de ações de educação e saúde é uma lacuna grave, sobretudo num contexto em que a vigilância vetorial da DC está diretamente relacionada à população e, conseqüentemente, ao conhecimento das pessoas acerca da doença e de seus vetores. Segundo a Organização Mundial da Saúde²⁷, as atividades de educação e saúde, como a utilização de materiais educativos, são essenciais para qualquer programa de controle de doenças. Schall et al.²⁸ mostraram que, por meio do uso de materiais educativos sobre doenças parasitárias, é possível mudar o conhecimento da população sobre a transmissão, os sintomas e a caracterização dessas

doenças. De fato, educação em saúde é uma importante ação de promoção à saúde, despertando na população a responsabilidade pessoal e social relacionada à saúde²⁹. Nesse sentido, Ávila-Montes et al.¹⁰ também concluem que um dos maiores obstáculos no combate à DC está ligado à ausência de educação básica em saúde para a população.

Reconhecimento e hábitos dos vetores

Do ponto de vista das estratégias de vigilância entomológica e para o sucesso de qualquer programa de controle de endemias, o conhecimento adquirido pela população em relação aos vetores, à doença e – acrescentamos também – ao fluxo dos serviços relacionados é imprescindível². Nesse sentido, em relação aos vetores, foi apreendida uma riqueza de ideias, concepções e imagens ligadas aos aspectos, aos hábitos e, até mesmo, à morfologia desses insetos. O conhecimento sobre a alimentação e fontes alimentares dos barbeiros pode ser evidenciado nas seguintes falas:

Morador 19: *Diz quês morde criação, né?*

Morador 1: *É, no mato diz quês chupa tatu.*

Morador 5: *Ês vai no gambá também, no tal do tatu, no gambá.*

E em relação à morfologia dos insetos:

Morador 7: *Ele é assim mei preto, todo pintado de vermeio, em vorta.*

Morador 15: *Ele é pretinho assim, com umas pintinha dendele e tem um bico. É, ele tem um bico, bem bicudo/.*

Morador 23: *Ele era pequenininho, preto, as listrinha vermelhinha./ ...embaixo a mesma coisa, ele tem um negocinho na pontinha deles/.*

De forma semelhante, Villela et al.⁸, num estudo conduzido em Bambuí, também demonstraram que adultos e crianças do município apresentavam conhecimentos relacionados aos vetores da DC.

Ainda a respeito dos vetores, alguns participantes demonstraram reconhecer algumas evidências, pistas/rastros deixados pelos barbeiros dentro das casas, conforme pode ser observado a seguir:

Morador 3: *Quando ele, ele num chupou nada é uma feze amarela, e quando ele chupou sangue é preta!*

Morador 16: *Na parede também vê sujo dele/ É, é...ês passa aquelas fezes tudo pra parede/ pó procurar que tem!*

Os triatomíneos são insetos de hábito noturno, apresentando pouca ou nenhuma atividade diurna³⁰. Nesse momento do dia, eles são normalmente encontrados no interior de abrigos, tais como frestas de paredes³⁰, fato que dificulta o seu encontro pelos ACEs, durante as visitas domiciliares, e até mesmo pelos moradores. Logo, o reconhecimento de pistas da presença desses insetos dentro das casas pelos moradores, tais como marca de fezes e exúvias, é de extrema importância, pois revela que sabem identificar os sinais de colonização de triatomíneos. Assim, o conhecimento, somado à vigilância do domicílio, contribui para a diminuição dos índices de infestação.

Conforme mencionado no parágrafo anterior, os principais locais de encontro dos barbeiros no intradomicílio são as frestas na parede, buracos que servem de abrigo, atrás de móveis, debaixo de colchões etc.; já no peridomicílio, os triatomíneos podem ser encontrados em entulhos, canis, galinheiros, paióis, entre outros³¹. Em relação ao conhecimento desses esconderijos dos triatomíneos, mais uma vez, durante os grupos focais, apreendemos relatos de moradores demonstrando conhecimento acerca dos hábitos e locais de encontro dos barbeiros, conforme pode ser observado a seguir:

Morador 22: *Casa de soalho que tem essas casas na roça antiga, que tem porão, mas lá é o alojamento deles... [...] Lá é que eles gosta de ficar, escuro, no meio das pá, escondido.*

Morador 10: *Tudo pra morar, junto às casas de pau a pique, aquelas casas pareada a mão, aquela rachadura/.*

O encontro dos focos de triatomíneos nos domicílios é, particularmente, de responsabilidade dos moradores³². Assim como demonstrado no trabalho de Dias et al.,¹¹ realizado na região de Diamantina, o presente estudo levanta indícios de que, pelo menos, parte dos moradores dos municípios da MSI possa estar familiarizada com a domiciliação dos triatomíneos, o que otimiza as ações de controle da DC. Além disso, também chama a atenção o relato de moradores sobre os locais usados como abrigos pelos triatomíneos no peridomicílio, uma vez que, com a drástica redução da infestação domiciliar atual, os triatomíneos passaram a ser mais encontrados nesses locais das UDs³³. Além disso, a detecção de focos residuais e infestação de triatomíneos em espaços peridomiciliares é potencializada pela colaboração dos moradores⁴; logo, é de grande importância apreendermos ideias e atitudes que demonstrem evidências de conhecimento dos hábitos e comportamento dos vetores pelos moradores.

Os PITs são referências extremamente importantes na vigilância passiva da DC, pois são para esses postos que a população deve encaminhar os insetos suspeitos de serem vetores da DC. Os PITs, normalmente, são instalados em pontos estratégicos dos municípios, tais como postos de saúde, escolas e outros locais de referência e de fácil acesso para a população³⁴. Em nosso estudo, observamos que alguns moradores conhecem o que são os PITs e sabem onde eles estão localizados nos municípios, bem como o que fazer quando um barbeiro é encontrado em suas casas. A seguir, podem ser observados alguns relatos:

Morador 20: *Uai, o primeiro que eu encontrei foi na semana do carnaval, era feriado, né? Coloquei ele num vidrin e esqueci dele, ele ficou lá quase um mês ou mais de um mês, o bichinho num morreu não, aí depois eu mandei, achei mais um aí mandei pra cá, né?*

Morador 6: *Eu... A gente entrega na portaria ali do posto. Que eles encaminham aqui pra vigilância aqui em cima, né? Onde o Luciano fica, mas a gente normalmente deixa lá embaixo na portaria, aí eles entrega.*

Um estudo realizado no interior de São Paulo com moradores de domicílios a partir de pesquisa triatomínica positiva revelou que a maior parte dos indivíduos desses domicílios não sabe quais providências devem ser tomadas ao se depararem com um triatomíneo no seu domicílio¹². No entanto, destacamos que esse trabalho foi realizado com moradores de UDs formadas recentemente, ou seja, esses moradores não participaram de ação educativa a respeito do tema. Em nosso estudo, a região escolhida foi alvo de importantes ações educativas no passado, o que, possivelmente, justificaria o conhecimento a respeito dos PITs expresso na fala de alguns moradores. Nesse mesmo sentido, Ávila-Montes et al.¹⁰ compararam o conhecimento de populações de duas áreas: uma em que a população foi assistida no passado por atividades de controle da doença; e a outra na qual a população não foi assistida por essas atividades. Nesse trabalho, os autores mostraram que a população assistida por essas ações de controle da doença apresentou maior conhecimento sobre a doença. Da mesma forma, recente estudo realizado na região sul do Rio Grande do Sul sinaliza uma possível relação entre o elevado índice de captura de triatomíneos no passado ao fato de que, atualmente, a população mostra-se sensibilizada à identificação dos barbeiros³⁵.

Serviços de saúde

Por todos os motivos já discutidos no presente estudo, é primordial o entendimento da população a respeito dos fluxos de serviços relacionados à DC. Em relação a esse tema, algumas concepções e ideias a respeito do encaminhamento do vetor e local de exame parasitológico emergiram nas falas dos participantes, conforme o relato que se segue:

Morador 9: *O Joe... Nessa... Nesta época que eu vi, foi o Jordânio pegava esses barbeiro, trazia e levava pra Divinópolis pra fazer o exame, aí depois dos do resultado, ele levava o resultado [...]...aí chegou em Divinópolis ês fez exame falou, não num deu nada.*

Esses achados nos fazem pensar que, embora aparentemente não existam ações de educação e saúde relacionadas à DC nos municípios, o conhecimento, provavelmente, ainda se faz presente em alguns adultos que participaram, no passado, de ações educativas sobre a doença ou que receberam essas informações por meio de familiares e conhecidos. No entanto, estudos futuros utilizando outros métodos são necessários para o esclarecimento dessa hipótese.

Em relação aos serviços de diagnóstico da DC, apreendemos em falas dos participantes que o exame de sangue é realizado somente em pacientes em cujas casas foram encontrados barbeiros positivos para *T. cruzi*:

Morador 10: *não fiz [exame] porque deu negativo no/ [...] no barbeiro. (grifo nosso).*

Morador 11: *Eu fiz o exame e mostrei ele [médico] o exame, ele falou, ó pro enquanto no momento num deu nada não, mas ele leva tempos pra poder dá dá na pessoa/ [...] num é imediato assim não falei, então tá bom/ [...] ele falou agora cê vai fazendo o exame, aí eu fiz acho que três exame e larguei pra lá. (grifo nosso).*

De fato, à época do estudo, não era preconizada a realização de exames diagnósticos dos moradores das casas nas quais eram encontrados triatomíneos negativos para o *T. cruzi*. Atualmente, o Ministério da Saúde (MS) recomenda o rastreamento de pacientes, independentemente da idade, mas considerando os fatores de risco da população³⁶.

No que diz respeito ao serviço de borrifação das casas com inseticidas, alguns participantes relataram que nos municípios da MRI essa atividade era feita somente quando os ACEs encontravam barbeiros nos domicílios, conforme os relatos a seguir:

Morador 2: *E se achar o barbeiro ês marca um dia e vorta pra jogar o remédio pa matar/...*

Morador 8: *Não! Só quando realmente acontece alguma coisa, o barbeiro, eles vêm aí pega o bichinho manda pra lá, depois que é dete/ que é o bichinho mesmo eles voltam pra detetizar, aí só na casa da pessoa que achou, num vai num anda não.*

Segundo nota técnica do MS, a borrifação das casas somente é feita quando os ACEs encontram barbeiros colonizando as UD^s³⁷. Ainda segundo essa nota, a indicação de borrifação deve considerar a espécie de triatomíneo encontrada pelos profissionais, bem como seu comportamento e nível de domiciliação.

Alguns participantes também descreveram a rotina de trabalho dos ACEs durante as visitas domiciliares de pesquisa ativa de triatomíneos nas UD^s. Segundo esses participantes, os agentes faziam a busca pelo vetor da DC por toda a UD (peri e intradomicílio), em cerca de 30 minutos a 1 hora (dependendo do tamanho do domicílio), com uma periodicidade de visita a cada dois anos. Caso o morador encontrasse algum barbeiro nesse período e notificasse esse encontro ao PIT, o agente antecipava a visita domiciliar. Na sequência, temos algumas falas a esse respeito:

Morador 5: *... vai nas casinha, no galinheiro.. no galinheiro é onde ês vai mais/.*

Morador 13: *Ah... ês demora bem tempo, e é de hora pra lá, né?*

Morador 21: *De dois em dois anos, acho que num passa de dois anos não.*

Por meio dos relatos anteriores, percebemos a atenção que muitos moradores dispensam às ações desenvolvidas pelos ACEs em seus domicílios. É importante destacarmos que a busca ativa de triatomíneos realizada pelos agentes está de acordo com o preconizado pelo MS³⁷. Segundo a normativa, a busca ativa de triatomíneos deve ser realizada em toda a casa, em seus anexos e em todos os outros sítios do domicílio. Ainda segundo o MS, essas atividades devem ocorrer duas vezes ao ano, o que, aparentemente, não vem acontecendo nos municípios, provavelmente por falta de profissionais e de transporte adequado para eles³⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões conduzidas neste estudo giraram em torno da DC, dos vetores e dos serviços de saúde, perpassando a transmissão e o diagnóstico da doença, as características morfológicas do vetor e seus hábitos, o encaminhamento do vetor aos PITs, a borrifação das UD's e a ausência de ações de educação e saúde relacionadas à doença.

Mesmo que o presente estudo seja considerado de caráter exploratório, não representando o conhecimento e a percepção de toda a população sobre os temas, consideramos as ideias, impressões, concepções e atitudes apreendidas de extrema importância, uma vez que foram ouvidos os moradores das áreas rurais dos municípios da MSI, em cujas casas já foram encontrados triatomíneos. Apreendemos indícios que apontam para um provável processo de empoderamento e participação popular no controle vetorial da DC e para a responsabilização dos moradores pelos cuidados com seus domicílios. Contudo, novos estudos que utilizem diferentes técnicas precisam ser conduzidos, esclarecendo melhor essas hipóteses.

A despeito de as ações educativas serem parte da metodologia do programa de controle da DC – porém realizadas raramente –, sugerimos que as instituições de saúde e todos os níveis do governo busquem estratégias para que essas ações sejam resgatadas nos municípios. Alguns autores já dissertaram sobre a importância de a educação em saúde ser incluída como um componente dos programas de vigilância entomológica da DC, enfatizando o papel dos triatomíneos como transmissores, a melhoria dos domicílios e a participação comunitária^{4,9,10}.

Por fim, não podemos ignorar que, mesmo que os moradores de áreas rurais endêmicas para a DC, bem como a população em geral, tenham um papel central no controle vetorial dos triatomíneos, essa atuação deve ser ponderada, uma vez que o Estado deve continuar sendo o maior protagonista e responsável pela manutenção dos programas e estratégias de saúde junto à sociedade.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às agências e instituições financiadoras e apoiadoras deste trabalho: PPSUS/FAPEMIG, IRR/Fiocruz, SES/MG, Secretarias Municipais de Saúde de Piracema, Itaguara, Itaúna e Itatiaiuçu. Também deixamos a nossa gratidão aos moradores dos municípios da Microrregião de Saúde de Itaúna, que prontamente se disponibilizaram a participar dos grupos focais. Agradecemos aos profissionais de saúde dos municípios, que muito nos auxiliaram e apoiaram o nosso estudo. Por fim, agradeço a Heloísa da Conceição Alves pela revisão gramatical do texto.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. La enfermedad de Chagas (trypanosomiasis americana) [Internet]. Geneva: WHO; 2020. [citado 2021 Abr 13]. Disponível em: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis))
2. Dias JCP, Ramos AN Jr, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2016 jun;25(N. esp.):7-86. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-4974201600050000>. PMID:27869914.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. Nota Técnica 36/2012 - Orientações sobre vigilância entomológica e a utilização de inseticida de ação residual no controle de triatomíneos - vetores da doença de Chagas, 2012 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 Abr 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas/arquivos/nota-tecnica-362012-orientacoes-sobre-vigilancia-entomologica-e-a-utilizacao-de-inseticida-de-acao-residual-no-controle-de-triatomineos-vetores-da-doenca-de-chagas.pdf/view>
4. Abad-Franch F, Vega MC, Rolon MS, Santos WS, Rojas de Arias A. Community participation in chagas disease vector surveillance: systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2011;5(6):e1207. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pntd.0001207>. PMID:21713022.
5. Vinhaes MC, Dias JCP. Doença de Chagas no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(Supl 2):7-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000800002>.

6. Miranda DLP, Reis MG, Ribeiro GJS Jr, Lanza FC, Reis RB, Silva MMS No, et al. Soroprevalência da doença de chagas em doadores de sangue de serviço de referência no Estado da Bahia. In: 54° Congresso da Sociedade da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2018; Olinda, Pernambuco. Olinda, Pernambuco: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2018. 1 p. Pôster.
7. Sanmartino M, Crocco L. Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina. Rev Panam Salud Publica. 2000;7(3):173-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-4989200000300006>. PMID:10808751.
8. Villela MM, Pimenta DN, Lamounier PA, Dias JCP. Avaliação de conhecimentos e práticas que adultos e crianças têm acerca da doença de Chagas e seus vetores em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 2009;25(8):1701-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800006>. PMID:19649411.
9. Maeda MH, Gurgel-Gonçalves R. Conhecimentos e práticas de moradores do distrito federal, Brasil, em relação à doença de chagas e seus vetores. Rev Patol Trop. 2012;41(1):15-26. <http://dx.doi.org/10.5216/rpt.v41i1.17749>.
10. Ávila-Montes G, Martínez Hernández M, Ponce C, Ponce E, Soto Hernández R. La enfermedad de Chagas en la zona central de Honduras: conocimientos, creencias y prácticas. Rev Panam Salud Publica. 1998;3:158-63.
11. Dias JVL, Queiroz DMM, Diotaiuti L, Pires HHR. Conhecimentos sobre triatomíneos e sobre a doença de Chagas em localidades com diferentes níveis de infestação vetorial. Cien Saude Colet. 2016;21(7):2293-304. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.07792015>. PMID:27383362.
12. Silva RA, Sampaio SM, Poloni M, Koyanagui PH, Carvalho ME, Rodrigues VL. Pesquisa sistemática positiva e relação com conhecimento da população de assentamento e reassentamento de ocupação recente em área de *Triatoma sordida* (Hemiptera, Reduviidae) no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2004;20(2):555-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200024>. PMID:15073636.
13. Silveira AC, Pimenta F Jr. A inserção institucional do controle da doença de Chagas. Rev Soc Bras Med Trop. 2011;44(supl 2):19-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822011000800004>.
14. Camargo ME, da Silva GR, Castilho EA, Silveira AC. Inquérito sorológico da prevalência de infecção chagásica no Brasil, 1975/1980. Rev Inst Med Trop São Paulo. 1984;26(4):192-204. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46651984000400003>. PMID:6441232.
15. Villela MM. Vigilância entomológica da doença de Chagas na região centro oeste de Minas Gerais, Brasil [tese]. Belo Horizonte: Área de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Programa em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou; 2008.
16. Rodrigues FCS, Souza ICA, Araújo AP, Souza JMB, Diotaiuti LG, Ferreira RA. Agentes comunitários de saúde: percepção sobre os serviços de saúde relacionados à doença de Chagas. Cad Saude Colet. 2020;28(1):130-9. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000280458>.
17. Krueger RA. Focus group: a practical guide for applied research. 2. ed. Thousand Oaks: Sage; 1994.
18. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2009;19(3):777-96. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
20. Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. 2021 [citado em 2021 Abr 10]. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br
21. Azeredo, BVM. Justificativa Técnica para definição da estratificação por município segundo o grau de risco de reinfestação de triatomíneos. Belo Horizonte: [s.n.]; 2006. Documento enviado à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas Aguda e distribuição espacial dos triatomíneos de importância epidemiológica, Brasil 2012 a 2016. Boletim Epidemiológico. 2019;50(2):1-10.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Parâmetros ACE municípios [citado em 2020 Abr 7]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/722-svs-noticias/42279-parametros-acemunicipios>
24. Falavigna-Guilherme AL, 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600007>. PMID:12488880.
25. Dias JCP. Elimination of Chagas disease transmission: perspectives. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2009;104(Supl 1):41-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762009000900007>. PMID:19753456.

26. Abad-Franch F, Santos WS, Schofield CJ. Research needs for Chagas disease prevention. *Acta Trop.* 2010;115(1-2):44-54. PMID:20227378.
27. Organização Mundial da Saúde. Controle das Leishmanioses. Genebra: OMS; 1990. (Relatório Técnico da OMS; 793).
28. Schall VT, Jurberg I, Almeida EM, Casz C, Cavalcante FG, Bagno S. Educação em saúde para alunos de primeiro grau: avaliação de material para ensino e profilaxia da esquistossomose. *Rev Saude Publica.* 1987;21(5):387-404. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000500005>. PMID:3133750.
29. Feijão AR, Galvão MTG. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. *Rev RENE.* 2007;8(2):41-9. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2007000200006>.
30. Wigglesworth VB, Gillet JD. A função das antenas em *Rhodnius prolixus* (Hemiptera) e o mecanismo de orientação ao hospedeiro. *J Exp Biol.* 1934;11(2):120-39.
31. Barreto MP. Epidemiologia. In Brener Z, Andrade Z. *Trypanosoma cruzi e doença de Chagas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1979. p. 89-151.
32. Wanderley DMV. Vigilância entomológica da doença de Chagas no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 1991;25(1):28-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101991000100006>. PMID:1784957.
33. Dias JCP. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias. *Cad Saude Publica.* 1998;14(Supl 2):19-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600003>. PMID:9700223.
34. Moreno, EC, Baracho, L. Vigilância epidemiológica no Programa de Controle da Doença de Chagas em Minas Gerais, Brasil (1984-1998). *Cad Saúde Pública.* 2000(Supl 2):113-6. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000800015>.
35. Rosenthal LD, Vieira JN, Villela MM, Bianchi TF, Jeske S. Conhecimentos sobre a doença de Chagas e seus vetores em habitantes de área endêmica do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Colet.* 2020;28(3):345-52. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202028030426>.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 57, de 30 de outubro de 2018. Protocolo Clínicas e diretrizes terapêuticas da doença de Chagas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 31 de outubro de 2018; Seção 1, p. 41 [citado em 2018 Jan 24]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/PCDT_Doenca_de_Chagas.pdf
37. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Normas Técnicas da Campanha de Controle da Doença de Chagas. Brasília: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM); 1980. p. 167.
38. Villela MM, Souza JMB, Melo VP, Dias JCP. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas em programa descentralizado: avaliação de conhecimentos e práticas de agentes municipais em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23(10):2428-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000018>. PMID:17891303.