



Autor(es): DESIRÉE SANT ANA HAIKAL, LUCAS HENRIQUE SOARES RIBEIRO, ARIELA MOTA FERREIRA, ESTER CERDEIRA SABINO, CLARECI SILVA CARDOSO, CLÁUDIA DI LORENZO OLIVEIRA, ANTONIO LUIZ PINHO RIBEIRO

Assistência à Doença de Chagas por médicos da Atenção Primária em Saúde: Estudo em regiões endêmicas

Introdução

A Doença de Chagas (DC) é uma importante doença tropical negligenciada, existindo cerca de 15 /16 milhões com de pessoas infectadas pelo *Trypanosoma cruzi* (T. cruzi) na América Latina [1]. Fatores econômicos, sociais e culturais desempenham um papel significativo na presença e perpetuação desta doença e a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reconhece como uma das doenças encontradas principalmente em regiões de maior vulnerabilidade social [2].

Nos últimos anos, embora países endêmicos para a DC tenham alcançado resultados positivos no controle da transmissão da doença, o provimento de atendimento médico oportuno e de qualidade continua sendo um grande desafio [3]. A DC tem estado fora dos currículos das universidades e não costuma ser objeto de interesse de médicos em formação. Para quebrar esse ciclo de descuido que envolve a DC, é imprescindível a atuação do sistema público de saúde, por meio de uma Atenção Primária de Saúde (APS) de qualidade e com intervenções oportunas [4].

Diante da importância que os médicos da APS assumem no diagnóstico e tratamento dos portadores de DC, este estudo objetivou conhecer como tem se dado a prática médica e o manejo do paciente com DC no âmbito desses serviços em áreas remotas e endêmicas.

Material e métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal. A amostra foi definida de forma não probabilística. O estudo contou com a participação de 104 médicos atuantes na APS distribuídos em 39 municípios pertencentes a duas mesorregiões do Estado de Minas Gerais, endêmicas para o DC: Norte de Minas e Vale do Jequitinhonha (Figura 1).

A coleta de dados ocorreu em dois momentos distintos. Inicialmente, durante uma capacitação ofertada aos médicos das APS das duas regiões contempladas durante um simpósio de atualização em DC. E em um segundo momento, médicos participantes dos curso de Pós-graduação em Saúde da Família dos Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB - e do Programa “Mais Médicos”, do Governo Federal. Em ambos os casos, a coleta de dados ocorreu antes do início das atividades. Os critérios de inclusão foram: estar presente no momento da coleta de dados, ser médico atuante na APS em municípios pertencente a uma das duas regiões de interesse e concordar em participar do estudo.

A estratégia adotada foi a entrega de questionário autoaplicável. O questionário autoaplicável possuía 19 questões (abertas e fechadas) agrupadas em dois grandes blocos: 1) “Perfil Sócio demográfico e Formação acadêmica” e; 2) “Práticas Relativas a DC”. Na análise dos dados, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0[®]. Foi conduzida estatística descritiva, com apresentação de frequências simples (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido

Resultados e discussão

Dos 104 médicos incluídos neste estudo, a idade média foi de 33 ($\pm 9,88$) anos, variando de 24 a 73. O tempo médio de atuação na APS foi de 4 ($\pm 7,26$) anos. Houve distribuição homogênea entre os sexos. A maioria (62,1%) finalizou a graduação nos últimos 4 anos e 15% a fizeram em Cuba. Quase metade dos participantes relataram que a graduação não ofereceu formação suficiente para o tratamento da DC (51; 49%). Quanto à prática clínica, quase 90% dos médicos possuíam experiência com o atendimento de pacientes com DC crônica. Quanto a experiência prévia de atendimento a pacientes na fase aguda da DC, 44 (43,1%) médicos relataram nunca terem tido essa experiência. Somente 9 (8,8%) profissionais relataram sentir-se totalmente seguros para conduzir o tratamento de pacientes com DC. Quanto à prescrição do BZN, dos 100 médicos que responderam à essa pergunta, apenas 6 (6,0%) o prescrevem ou prescreveriam. O motivo mais prevalente apontado para a não prescrição do BZN foi não conhecer o medicamento (34; 34%) (Tabela 1).

O predomínio de recém formados contribui com a alta rotatividade profissional na APS, dificultando a qualidade do serviço ofertado [5], comprometendo a continuidade de ações de médio e longo prazos e dificultando o estabelecimento do vínculo entre profissionais e população [6].

A alta proporção de médicos que declaram insuficiência de informações sobre DC proveniente da graduação (49%) pode ser decorrente da persistência de uma formação acadêmica fragmentada e basicamente hospitalar, já relatada pela literatura [7].

10^o

FEPEG FÓRUM

ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO

RESPONSABILIDADE SOCIAL: INDISSOCIABILIDADE
ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



ISSN 1806-549 X

A partir de 2005, a DC se tornou de notificação compulsória e, desde então, verifica-se número reduzido de novos casos no país [8]. Assim, não era esperada alta proporção de médicos com experiência com DC em fase aguda (56,9). Esse achado, mereceria ser melhor esclarecido em investigações futuras, pois estar refletindo surgimento de novos casos em tais áreas ou outra possibilidade, seria o relato profissional inadequado sobre a fase da doença em que o portador se encontra.

O desconhecimento foi apontado pela maioria dos entrevistados para a não prescrição. Estudo prévio, conduzido entre médicos do Paraná, verificou que 69% desconheciam a existência do tratamento da DC com o BZN [9], confirmando que a medicação não é receitada porque, de fato, muitos profissionais não estão suficientemente informados e esclarecidos.

Conclusão/Conclusões/Considerações finais

Este estudo evidenciou aspectos que dificultam o provimento de atendimento médico adequado aos pacientes portadores de DC. Há falta de treinamento específico desde a graduação para tratamento da DC, desconhecimento em relação ao único antitripanossômico disponível e insegurança na condução desse tratamento entre médicos da APS das regiões endêmicas contempladas.

Agradecimentos

Agradecemos a FAPEMIG pela concessão de bolsa aos pesquisadores

Referências bibliográficas

- [1] Coura J.R., Dias J.C.P. Epidemiology, control and surveillance of Chagas disease: 100 years after its discovery. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2009;104 Suppl (i):31-40.
- [2] Dias J.C.P. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. Cad Saude Publica. 2007;23(suppl.1):S13-S22.
- [3] Academia Brasileira De Ciências. Doenças negligenciadas / Wanderley de Souza, coordenador. – Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. 56 p. il. – (Ciência e tecnologia para o desenvolvimento nacional. Estudos estratégicos).
- [4] Médicos sem Fronteiras Brasil (MSFB). Mobilização Popular E Doença de Chagas. [Internet]. Rio de Janeiro; 2015. Disponível em: <http://www.msf.org.br/sites/default/files/cartilha-chagas-msf.pdf>.
- [5] Campos CVA; MALIK AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rev. Adm. Pública, v. 42, n. 2, p. 347-368; 2008
- [6] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- [7] Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia Médica no Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001 Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, Brasília (DF), 2001.
- [8] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Em Saúde Do Ministério Da Saúde; Consenso Brasileiro em doença de Chagas; Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Vol. 38 (Suplemento III), 2005.
- [9] Colosio RC, Falavigna-Guilherme AL, Gomes ML, Marques DSO, Lala ERP, Araújo SM. Conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas entre profissionais de saúde – Paraná, Brasil. Cienc Cuid Saude. 6(2):355-363; 2007.

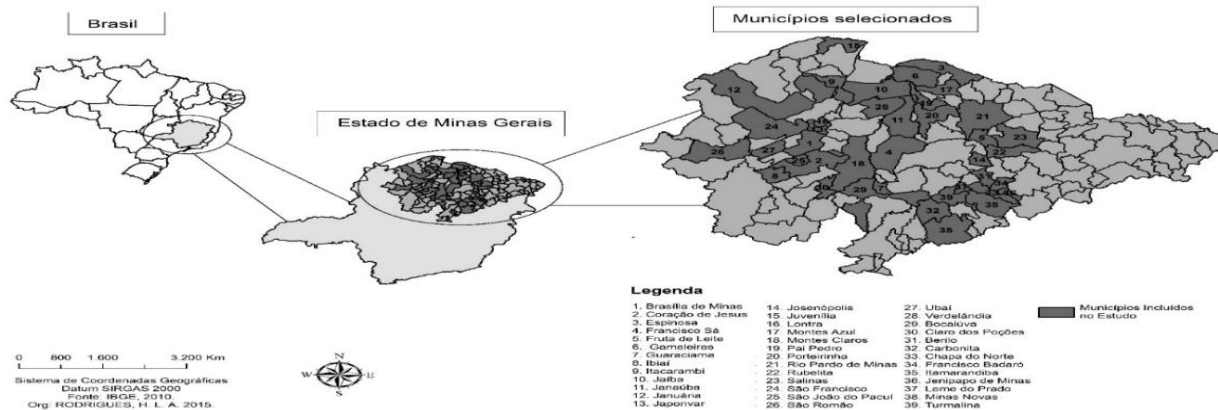


Figura 1. Identificação dos 39 municípios incluídos no estudo, pertencentes às mesorregiões Norte de Minas e Vale do Jequitinhonha do estado de Gerais, e sua localização no território brasileiro

Tabela 1. Perfil sócio demográfico, de formação acadêmica e de prática clínica relativa à Doença de Chagas, entre médicos da Atenção Primária à Saúde (n=104) de áreas endêmicas para Doença de Chagas do estado de Minas Gerais, Brasil, 2015

Variáveis	n (%)		
Sociodemográficas		Nenhum	12 (11,7%)
Idade*		Entre 1 e 10	29 (28,2%)
24-30 anos	61(59,2%)	Entre 11 e 49	35 (33,9%)
31-40 anos	23(22,3%)	Acima de 50	15 (14,5%)
Mais de 40 anos	19(18,5%)	Número de pacientes com DC aguda atendidos*	
Sexo		Nenhum	44 (43,1%)
Feminino	51(49%)	Entre 1 e 10	37 (36,3%)
Masculino	53(51%)	Acima de 10	21 (20,6%)
Tempo de atuação na APS		Prescreve BZN*	
4 anos ou menos	83(79,8%)	Sim	6 (6%)
Acima de 4 anos	21 (20,2%)	Não	94 (94%)
Formação acadêmica		Motivos para a não prescrição do BZN*	
Ano de graduação*		Não conhece	34 (34%)
1970 - 1990	9(8,8%)	Dificuldade em obter o medicamento no serviço público	21 (21%)
1991-2000	11(10,7%)	Considera o medicamento ineficaz	11 (11%)
2001 - 2010	19(18,4%)	Efeitos colaterais que o medicamento acarreta	7 (7%)
2011 - 2015	64(62,1%)	Dificuldade de adesão por parte dos pacientes	6 (6%)
Local de graduação		Outros Motivos	15 (15%)
Universidades de Montes Claros	61(58,6%)	Prescreve o BZN	6 (6%)
Universidades de outros municípios brasileiros	27(26%)	Contato prévio com paciente em uso de BZN	
Universidades de Cuba	16(15,4%)	Sim	58 (55,8%)
Residência e/ou especialização concluída		Não	46 (44,2%)
Não	59 (56,7%)	Constatou reação adversas em pacientes em uso de BZN	
Sim, Saúde Coletiva/da família	23 (22,1%)	Não teve contato prévio com pacientes em uso de BZN	46 (44,2%)
Sim, outros	22 (21,1%)	Não	39 (37,5%)
Informação sobre DC recebida na graduação		Sim	19 (18,3%)
Suficiente	53(51%)	Segurança na condução do tratamento de portador de DC.*	
Insuficiente	37(35,6%)	Não	19 (18,6%)
Não recebeu	14(13,5%)	Parcialmente	74 (72,5%)
Treinamento específico para DC após a graduação		Totalmente	9 (8,8%)
Sim	14(13,3%)		
Não	90(86,5%)		
Práticas Relativas a DC			
Número de pacientes com DC crônica atendidos*			