



**FACULDADE DO MEDIO PARNAIBA-FAMEP
CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM BIOLOGIA**

JOSÉ MARIA PIAULINO JUNIOR

**PERCEÇÃO DOS DOCENTES SOBRE DOENÇA DE CHAGAS NA UNIDADE
ESCOLAR ACRÍSIO VERÁS, NO MUNICÍPIO DE ALTO LONGÁ- PI**

TERESINA

2018

JOSÉ MARIA PIAULINO JUNIOR

**PERCEPÇÃO DOS DOCENTES SOBRE DOENÇA DE CHAGAS NA UNIDADE
ESCOLAR ACRÍSIO VERÁS, NO MUNICÍPIO DE ALTO LONGÁ- PI.**

Monografia apresentada à coordenação do curso de Licenciatura Plena em Biologia da Faculdade do Médio Parnaíba FAMEP, como requisito parcial para a obtenção de título de conclusão de curso, em Licenciatura Plena em Biologia, sob a Orientação do Professor(a). Josynaria Araújo.

TERESINA- PI

2018

JOSÉ MARIA PIAULINO JUNIOR

**PERCEPÇÃO DOS DOCENTES SOBRE DOENÇA DE CHAGAS NA UNIDADE
ESCOLAR ACRÍSIO VERÁS, NO MUNICÍPIO DE ALTO LONGÁ - PI.**

Teresina, _____ de _____ 2017.

FACULDADE DO MEDIO PARNAIBA - FAMEP

Prof. _____

FACUDADE DO MEDIO PARNAIBA - FAMEP

Prof. _____

FACULDADE DO MEDIOPARNAIBA - FAMEP

DEDICATORIA

Dedico este trabalho primeiramente, a minha mãe Francisca, pois me deu essa oportunidade de concretizar e encerrar mais uma caminhada da minha vida. Aos meus amigos que me apoiaram e que sempre estiveram ao meu lado durante esta longa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, que me deu energia e benefícios para concluir esse trabalho. Agradeço aos meus pais que me incentivaram todos os anos que estive na faculdade. Agradeço a todos as pessoas que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida. E minha coordenadora Josynaria Araújo.

RESUMO

Este trabalho enfatiza sobre a percepção dos docentes quanto à doença de chagas como doença trabalhada na sala de aula. O objetivo geral desta pesquisa foi analisar a percepção dos docentes sobre doença de Chagas em uma escola no município de Alto Longa- PI. A pesquisa foi classificada como qualitativa e de campo. Foram utilizadas entrevistas com aplicação de questionário, com sete professores do ensino fundamental das séries finais e ensino médio. Os pontos abordados no questionário foram: Perfil dos professores, conhecimentos sobre a epidemiologia da doença de Chagas, tratamento da doença e estratégia de ensino. Sendo que os resultados estipulados resultaram na aplicação de questionários aos docentes trabalhado percepção destes. Após a leitura, foram analisadas no conjunto de entrevistas. O assunto sobre a cura da doença foi apresentado em uma totalidade de 75% que diz que a mesma não é abordado. E apenas um dos sujeitos, Já 10 % afirma que o acompanhamento retarda a evolução da doença. Os docentes entrevistados tiveram uma média de 60% por cento de resposta diferentes, mas com mesmo sentindo. Na cidade não casos da doença de chagas e por isso o motivo da pesquisa ser realizada na localidade. Isto é, 70% afirma que não há casos e 30% afirma não saber se há ou não. Isso representa uma certa positividade para o estudo. Portanto desse modo, é válido salutar que a doença é muito complexa e que deve servir de base para maiores esclarecimentos dentro e fora da sala de aula por meio de palestras, projetos e rodas de conversa de modo prazeroso e informativo.

Palavras-Chaves: Doença de Chagas. Escola. Percepção dos docentes.

ABSTRACT

This work emphasizes the teachers perception of the disease as a disease worked in the classroom. The general objective of this research was to analyze the teachers perception of Chagas disease in a school in the municipality of Alto longa- PI. The research was classified as qualitative and field. We used interviews with a questionnaire, with seven elementary school teachers in the final and high school. The points addressed in the questionnaire were: Profile of teachers, knowledge about the epidemiology of Chagas disease, treatment of questionnaires. The subject on the cure of the disease was presented in a totality of 75% that says that the same is not addressed. And only one of the subjects, Already 10% affirm that says that the accompaniment delays the evolution of the disease. The teachers interviewed had an average of 60% of different answers, but with even feeling. In the city there are no cases of Chagas disease and so the reason for the research is carried out in the locality. That is, 70% say there are no cases and 30% say they do not know if there is or not. This represents a certain positivity for the study. In this way, it is valid to salute that the disease is very complex and that it should serve as a basis for further clarification in and out of the classroom through lectures, projects and conversation wheels in a pleasurable and informative way.

Keywords: Chagas Disease. School. Perceptions of teachers.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivos geral.....	11
2.2 Objetivos específico.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	10
3.1 Doenças de Chagas: Caracterização e Epidemiologia.....	10
3.2 Educação em saúde.....	16
3.3 O papel da escola no combate às parasitoses.....	18
3.4 Percepções dos docentes sobre parasitoses.....	21
4 METODOLOGIA.....	25
4.1 Tipos de Pesquisa.....	25
4.2 Áreas de Estudo.....	25
4.3 Sujeitos da Pesquisa.....	25
4.4 Procedimentos de coletas de Dados.....	25
4.5 Análise de Dados.....	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
7 REFERÊNCIAS	39
8 APÊNDICES	40

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, Impactos da doença de chagas, Harada (2003), ao adotar a estratégia IREPS, “a saúde escolar passa, necessariamente, por uma revisão de seu conceito e de sua prática higienista e assistencialista” e, desta forma, “tem a possibilidade de avançar e ampliar a sua concepção e práticas com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo”. Em suma, a promoção saúde na escola é de grande valia para todos: escola, família, comunidade e alunos.

Essa inserção criativa, proposta acima, aponta para a necessidade de que o professor se instrumentalize no sentido de responder adequadamente às mudanças sociais vigentes, entendendo que “urge que o professor acolha o desafio de compreender os novos tempos a fim de abarcar os anseios das novas gerações e perscrutar os rumos do futuro” (RIBAS E CARVALHO, 1999, p. 38).

Segundo Silveira (2011) afirma que “as práticas educacionais, quando bem aplicadas, levam as pessoas a adquirirem os conhecimentos para prevenção de parasitoses, alcançando objetivos propostos e evidenciando o valor da orientação pedagógica para a conscientização da população”. Pretende-se que o cidadão seja ele mesmo um verdadeiro promotor de saúde, uma vez que ele tem à sua disposição os conhecimentos e os meios que lhe permitam utilizar no seu dia-a-dia.

O professor é trabalhador do conhecimento, por esta razão, não pode aceitar a ideia de que sua formação é completa e esgotada. Segundo Marques (2000, p.2007-2008), a educação assume caráter de permanente recomeço e renovação.

Mesmo que o educador tenha uma excelente formação acadêmica, nunca poderá deixar de aprender, mantendo-se sempre atualizado de maneira que possa acompanhar o desenvolvimento tecnológico e os avanços científicos. Uma educação dinâmica e significativa exige do profissional da educação habilidades e competências que vão muito além da formação inicial. Cabe a formação continuada sua adequação as novas necessidades e aos novos conhecimentos, assumindo a incumbência da aquisição de novas competências que contemplem as novas informações que se apresentam ao professor.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) estima em aproximadamente 6 a 7 milhões o número de pessoas infectadas em todo o mundo, a maioria na América Latina. Estimativas recentes para 21 países latino-americanos.

Migrações humanas não controladas, degradação ambiental, alterações climáticas, maior concentração da população em áreas urbanas e precariedade de condições socioeconômicas

Comentado [TF1]: Refazer a frase

(habitação, educação, saneamento, renda entre outras) inserem-se como determinantes e condicionantes sociais para a transmissão de T. **Cruzi** ao homem. **Negligenciadas** em diferentes graus e perspectivas, as populações infectadas apresentam maior vulnerabilidade, que se expressa pela sobreposição e maior exposição a outras doenças, condições e agravos, menor cobertura com intervenções preventivas, maior probabilidade de adoecimento, menor acesso à rede de serviços de saúde, pior qualidade da atenção recebida em serviços de atenção primária, menor probabilidade receber tratamentos essenciais, menor acesso a serviços de nível secundário e terciário, maior probabilidade de desenvolvimento de formas graves da doença e maior risco de evolução para **óbito**.

Justificado que o tema foi escolhido como uma tentativa de identificar as dificuldades na compreensão na definição de doença de **chagas** buscando esclarecimentos sobre os problemas etiológicos, avaliando conhecimentos dos docentes de escolas públicas que nesta área do conhecimento.

O presente trabalho direcionada como principal objetivo, investigar a percepção dos docentes sobre doença de chagas. Desse modo, há grande relevância no contexto saúde – educação, onde ambas se complementam quando se trata de **conscientizar** educandos independentemente da idade dos mesmos.

Comentado [TF2]: Colocar em itálico e sempre o segundo nome todo minúsculo.

Comentado [TF3]: Refazer frase

Comentado [TF4]: Colocar nome do autor no final de cada parágrafo

Comentado [TF5]: A palavra *Chagas, colocar com a primeira letra maiúscula

Comentado [TF6]: Como você conscientizou o professor, que estratégia você utilizou?

2 OBJETIVO

2.1 OBEJETIVO GERAL

- ✓ Investigar a percepção dos docentes sobre doenças de chagas

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Verificar os docentes sobre o tema doença de chagas
- ✓ Aplicar questionários aos docentes diante o tema doenças de chagas
- ✓ Abordar conhecimento dos professores sobre a saúde na escola com ênfase doença de chagas

3 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Doença de chagas: Caracterização e Epidemiologia

Uma das doenças mais infecciosas com a fase aguda e crônica, classificada como enfermidade negligenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). **É resultante da pobreza humana, ao mesmo tempo que a reproduz, e apresenta elevada carga de morbimortalidade em países endêmicos, incluindo o Brasil, com expressão focal em diferentes contextos epidemiológicos (DIAS, 2002).**

Comentado [TF7]: O parágrafo está igual a fonte pesquisada

De acordo com a distribuição espacial da doença é limitada primariamente ao continente americano em virtude da distribuição de mais de 140 espécies do inseto vetor (*Triatominae*, *Hemiptera*, *Reduviidae*), daí ser também denominada "tripanossomíase americana". Progressivamente, no entanto, a doença tem alcançado países não endêmicos, mediante o deslocamento de pessoas infectadas e por meio de outros mecanismos de transmissão, como resultado do intenso processo de migração internacional (DIAS, 2002).

Assim, a despeito dos avanços no controle do vetor e na garantia de qualidade das transfusões de sangue em vários desses países, especialmente a partir de iniciativas intergovernamentais deflagradas na década de 1990, é ainda inequívoca a relevância da doença de Chagas como problema de saúde pública na América Latina, sob diferentes padrões regionais de expressão epidemiológica. Os desafios ampliam-se quando se têm estimativas em 2015 de mais de 80% das pessoas atingidas pela doença de Chagas no mundo sem acesso a diagnóstico e tratamento sistemáticos, o que sustenta o elevado impacto de morbimortalidade e o custo social da enfermidade. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

A falta de cuidado e tornando mais fortes as migrações humanas não controladas, degradação ambiental, alterações climáticas, maior concentração da população em áreas urbanas e precariedade de condições socioeconômicas (habitação, educação, saneamento, renda, entre outras) inserem-se como determinantes e condicionantes sociais para a transmissão de *T. cruzi* ao homem. Negligenciadas em diferentes graus e perspectivas, as populações infectadas apresentam maior vulnerabilidade, que se expressa pela sobreposição e maior exposição a outras doenças, condições e agravos, menor cobertura com intervenções preventivas, maior probabilidade de adoecimento, menor acesso à rede de serviços de saúde, pior qualidade da atenção recebida em serviços de atenção primária, menor probabilidade de receber tratamentos essenciais, menor acesso a serviços de nível secundário e terciário, maior

probabilidade de desenvolvimento de formas graves da doença e maior risco de evolução para óbito. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015)

Assim, a respeito das perspectivas, torna-se essencial o maior conhecimento relativo a cenários epidemiológicos da doença de Chagas e sua dinâmica de transmissão, envolvendo pessoas infectadas e sob risco de infecção, diferentes populações do parasito, espécies do vetor e reservatórios de *T. cruzi*. Este conhecimento integrado representa fator central para a busca de ações consistentes e sustentáveis de gestão, vigilância, controle e atenção à saúde e social, coerentes, eficazes, efetivas e eficientes. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015)

Apesar desta clara necessidade por maiores evidências, após mais de 105 anos desde a descoberta da doença por Carlos Ribeiro Justiniano Chagas (1909), ainda persistem importantes lacunas nos campos técnico, científico e político que devem ser superadas para o efetivo enfrentamento desta condição extensamente negligenciada. (MONCAYO, 2009).

O Brasil, com suas dimensões continentais, está passando por grandes e rápidas transformações demográficas, sociais e ambientais, mas com persistência de graves desigualdades socioeconômicas e regionais. Aqui, doenças associadas a contextos de vulnerabilidade social e negligência ainda afligem parte considerável da população. (MONCAYO A, 2009)

Aos poucos, entretanto, tem-se observado melhoria consistente na situação geral da saúde e na expectativa de vida da população brasileira, o que pode ser atribuído a transformações nos determinantes sociais da saúde, ao avanço no controle de doenças infecciosas e à implementação de um sistema nacional de saúde mais abrangente, com relevante participação social. (MONCAYO A, 2009)

A despeito dos avanços ocorridos no campo social brasileiro, reconhece-se a persistência de grandes desigualdades sociais que resultam em situações de vulnerabilidade individual, programática e social potencial que envolvem a doença de Chagas. Novos problemas de saúde emergem, todavia, como resultado do intenso processo de urbanização e das mudanças no campo social e ambiental, enquanto outros tendem a persistir e coexistir, demandando novas respostas da rede de atenção à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015)

As causas das demandas, portanto, ações específicas, ajustadas a novas realidades, voltadas para a abordagem integrada dos diferentes componentes envolvidos na história natural da doença: seres humanos, vetores, reservatórios e *T. cruzi*. A grande extensão e diversidade territorial, com especificidades nas dinâmicas ecológica, demográfica, social e

econômica das regiões, implica múltiplos cenários clínicos, epidemiológicos e operacionais. (SCHMUNIS GA, 2010)

No Brasil, o número reduzido de estudos sistemáticos, de base populacional, dificulta a avaliação por estimativas da magnitude da doença de Chagas ao longo da história. Em um período que vai até aproximadamente os anos 1950, a doença de Chagas era reconhecida como endemia eminentemente rural, em áreas de elevada vulnerabilidade social, predominando a transmissão vetorial. Com o processo de industrialização do país, a doença foi sendo modelada a um novo contexto epidemiológico urbano, potencializado pela migração interna no país de áreas rurais para áreas urbanas e pelo crescimento das cidades. (SCHMUNIS, 2010)

Entre 1975 e 1980, um inquérito sorológico nacional na população rural do Brasil (exceto em São Paulo), estimou a prevalência global no país em 4,2%, correspondendo a 6,5 milhões de pessoas infectadas por *T. cruzi*. Em 1996 foi estimada para o Brasil a prevalência de infecção por *T. cruzi* em 3,1% para 1978 e em 1,3% para 1995, chegando-se a um número estimado de 1,96 milhão de pessoas infectadas. Posteriormente, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) estimou o número de pessoas expostas ao risco em áreas endêmicas no Brasil em 21,8 milhões, sendo de 1,9 milhão (1,019% da população) o número de pessoas infectadas. Ressaltando a limitação dos achados na literatura, os autores encareceram a necessidade de novos estudos, com vistas a estimativas cada vez mais próximas do contexto real. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015)

Este cenário epidemiológico traz o desafio para o país nas próximas décadas de sustentar as ações de controle e estabelecer um plano consistente no Sistema Único de Saúde (SUS) para diagnóstico, tratamento e atenção integral a milhões de cidadãos, aliados a ações de vigilância epidemiológica mais ajustadas a esta realidade. Partindo-se do pressuposto de que até 30% das pessoas cronicamente infectadas poderão vir a apresentar alterações cardíacas e que até 10% poderão apresentar alterações digestivas, neurológicas ou mistas, amplia-se a necessidade para estruturação de uma rede de atenção à saúde oportuna, resolutiva e integral à doença de Chagas no país. (SCHMUNIS GA, 2010)

Como em outras doenças infecciosas, *T. cruzi* pode se comportar como micro-organismo oportunista em indivíduos com imunossupressão. Apesar de o primeiro caso de coinfeção *T. cruzi* e HIV ter sido relatado ainda na década de 1980, a frequência com que esta associação ocorre, assim como aquela específica da reativação, qual o perfil clínico e laboratorial da pessoa com a coinfeção, os tratamentos específicos para a infecção por *T.*

Comentado [TF8]: Doença de Chagas

cruzi e HIV mais adequados, o dimensionamento da sobrevivência e de óbitos nestes indivíduos persistem como lacunas em nível global. (SCHMUNIS, 2010)

No Brasil, estimou-se a prevalência da coinfeção em 1,3%. Considerando-se haver aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV (sem aids) no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência na população geral de 0,4%, haveria um total estimado de 9.542 casos de coinfeção *T. cruzi*/HIV. Por outro lado, desde o início da epidemia de aids no Brasil até junho de 2014, foram registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) um total de 757.042 casos de aids, a partir dos quais, seriam estimados mais 9.842 casos de coinfeção. Estima-se, portanto, um total de 19.384 casos com coinfeção *T. cruzi*/HIV-aids no Brasil com base nos dados até junho de 2014, salientando-se que muitos destes casos provavelmente morreram ou estão sem diagnóstico, sem reconhecimento, portanto, do quadro de coinfeção. (DIAS JC, 2002)

A carga da mortalidade relacionada à doença de Chagas no Brasil persiste em níveis elevados, a despeito das ações de controle empreendidas. Estudo conduzido com o objetivo de quantificar o padrão de mortalidade por doença de Chagas no período de 1981 a 1998 identificou que, dos 68.936 óbitos em brasileiros com naturalidade conhecida, 32.369 (32%) ocorreram em pessoas naturais de outras Unidades da Federação que não a de residência do falecido, variando de 0,3% no Rio Grande do Sul a 100% em Roraima e Amapá. A maioria (67%) desses óbitos em migrantes ocorreu em pessoas naturais de Minas Gerais (51%) e Bahia (16%). Os coeficientes de mortalidade no período em residentes mostraram declínio sustentado nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, mas não nas regiões Nordeste e Norte, onde as medianas de idade quando da morte foram comparativamente mais baixas. (CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, 2013)

Verificou-se que o padrão de envelhecimento da população atingida pela doença de Chagas e de ampliação das idades em faixas etárias mais elevadas tem sido verificado não apenas pelos estudos anteriores de mortalidade, mas também por outros estudos de base populacional baseados em coortes de casos em seguimento por longos períodos de tempo. (CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, 2013)

Dados do Ministério da Saúde relativos a óbitos por doença de Chagas aguda indicam que, no período de 2005 a 2013, o coeficiente de letalidade médio anual do país ao longo dos 14 anos foi de 2,7% (37,9/14). A elevada letalidade (20,0%) no ano de 2005 coincidiu com o surto de Chagas aguda por transmissão oral em Santa Catarina, momento em que pouco se conhecia sobre a etiologia e manejo da doença por essa forma de transmissão. Em 2006, a letalidade continuou elevada (5,9%), com posterior redução, que se manteve relativamente

constante nos anos subsequentes (média de 1,7% de 2007 a 2013), variando de 0,5% em 2009 a 4,7% em 2011. Ressalta-se que a falta de oportunidade de suspeição da doença e a demora no diagnóstico podem agravar o quadro clínico e a evolução da enfermidade, podendo interferir no prognóstico dos casos, a exemplo de óbitos que ocorreram por falta de uma intervenção mais oportuna, em especial para as formas cardiovasculares. (CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, 2013)

A vigilância epidemiológica representa um conjunto de ações estratégicas que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos. No caso da doença de Chagas, engloba ações necessariamente integradas que envolvem a abordagem de casos humanos, de vetores e reservatórios, com interface estreita com a rede de atenção à saúde, com destaque à atenção básica ou de atenção primária à saúde. (JCP DIAS, 2013)

A seguir estão sistematizados os principais elementos no Brasil para o desenvolvimento do processo de vigilância de casos em humanos e de vigilância entomológica, ressaltando-se que várias questões próprias deste processo já foram apresentadas e discutidas previamente. (JCP DIAS, 2013)

No Brasil, o SUS está fundamentado em valores centrais e princípios fundamentais dentro da sociedade, como universalidade, equidade, integralidade, participação e controle social, que devem ser o alicerce para políticas e programas de interesse público. O país representa uma das principais áreas endêmicas da doença de Chagas no mundo, em contextos diversos de grande complexidade para prevenção e controle. Pela elevada carga de morbimortalidade associada à doença de Chagas e sua relativa "invisibilidade" na sociedade, cabe ao governo garantir sua priorização para a saúde pública e mobilizar recursos e capacidades necessários junto a outros atores governamentais ou não governamentais para seu enfrentamento, reforçando o papel singular que a atenção básica tem para o sistema nacional de saúde. (JCP DIAS, 2013)

As estimativas nacionais de milhões de pessoas infectadas por *T. cruzi* indicam a grande responsabilidade do país nos campos técnico-científico e político, não apenas para a prevenção de novos casos, mas, sobretudo, na implementação de melhores decisões e benefícios para os portadores da doença, tanto na fase aguda quanto crônica. O Brasil e os demais países da América Latina têm um papel fundamental na condução desse processo e na execução dos compromissos de ação pactuados internacionalmente, sob as chancelas da

OPAS e da OMS. O movimento social emergente deve ser valorizado e estimulado, a fim de se buscar a sustentabilidade das ações para enfrentamento. (SCHMUNIS GA, 2010)

O diagnóstico em casos suspeitos de doença de Chagas por transmissão vertical (excluídas outras formas de transmissão), por se tratar de infecção aguda, deve ser confirmado por meio da utilização de métodos parasitológicos diretos (exame a fresco, micro-hematócrito, creme leucocitário e/ou método de Strout) no sangue do cordão ou do recém-nascido nos primeiros 30 dias de idade (preferencialmente na primeira semana de vida), com avaliação de duas ou três amostras na ausência de sinais e sintomas para ampliação da sensibilidade. (CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, 2013)

Para crianças sintomáticas ou recém-nascidos de mãe com infecção aguda por *T. cruzi* ou com reativação na vigência de coinfeção por HIV/*T. cruzi*, estes exames parasitológicos devem ser realizados repetidamente e, caso sejam negativos, métodos parasitológicos de enriquecimento e/ou moleculares (em laboratórios de pesquisa) têm sido utilizados, embora não estejam acessíveis e padronizados para uso na rotina dos serviços de saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015)

Antes restrita à transmissão vetorial da doença de Chagas, hoje rara no Brasil, a doença de Chagas aguda e, conseqüentemente, a cardite chagásica aguda, ampliou sua importância epidemiológica tanto no Brasil quanto em outros países, endêmicos e não endêmicos, devido à reativação da doença em indivíduos imunocomprometidos, favorecida pela disseminação e cronificação da infecção por HIV/aids, bem como pelo maior acesso a técnicas de transplante. Acrescenta-se a este cenário o desafio representado pela endemia na Amazônia, atribuída à transmissão oral. Como consequência da mudança de perfil epidemiológico de transmissão da doença, recrudesceram os casos de cardiopatia chagásica aguda que, na atualidade, apresentam aspectos clínicos e epidemiológicos peculiares. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015)

Ressalta-se a importância da composição de uma rede de atenção à saúde resolutiva para as pessoas com doença de Chagas, em especial o papel da atenção básica no primeiro contato e na prevenção secundária da doença. A partir do reconhecimento do contexto dos casos clínicos, esta rede de atenção primária deve se integrar à rede de matriciamentos/referência para situações de maior complexidade. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015)

Quanto ao tratamento não há medidas específicas para este grupo de casos, devendo-se seguir as recomendações baseadas em evidências desenvolvidas para tratamento da insuficiência cardíaca de modo geral. A insuficiência cardíaca aguda descompensada,

resultante da falência ventricular e de suas repercussões hemodinâmicas, associa-se à ativação neuro-humoral e a sintomas de congestão e/ou baixo débito cardíaco. O reconhecimento precoce dessa condição e a aplicação de medidas terapêuticas adequadas para a IC, associada ao tratamento específico da infecção por *T. cruzi*, podem reduzir o elevado coeficiente de letalidade observado nos casos de miocardite por reativação em contextos de imunocomprometimento. (PRATA A, 2001)

Desse modo, quanto mais tempo a pessoa descobrir a doença, melhor será para a mesma.

2.2 Educação em saúde

No espaço escolar, o saber teórico e prático sobre saúde e doença foi sendo construído de acordo com o cenário ideológico da época e as questões sobre saúde abordadas com base no referencial teórico de cada momento.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde – OPS (1995), a promoção da saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental. Assim:

As ações de promoção de saúde visam desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas; bem como fomentar uma análise sobre os valores, as condutas, as condições sociais e os estilos de vida, dos próprios sujeitos envolvidos (PELICIONE; TORRES,1999, p.12).

Porém, nem sempre essa visão esteve presente nas práticas pedagógicas desenvolvidas nas escolas. Durante algum tempo, o tema da educação em saúde na escola, centrou suas ações nas individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes sem, muitas vezes, considerar as inúmeras influências provenientes da realidade em que as crianças estavam inseridas. Desse modo:

Era comum acontecerem ações isoladas voltadas ao trabalho para a saúde, partindo de uma visão assistencialista de educação, sem buscar discutir a conscientização sobre o tema e suas inter-relações para o equilíbrio dinâmico da vida (PELICIONE; TORRES,1999, p.15).

Neste contexto, em 1945, a Comissão de Especialistas em Educação e em Saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS, colocou a necessidade de serem realizadas, dentro do

espaço escolar, diversas atividades que favorecessem a promoção da saúde, e não somente o trabalho de transmissão de conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde.

No entanto, para Lima (2000), na saúde escolar, o exercício da polícia médica “se deu pela inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino”; o sanitarismo, “pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino” e a puericultura, “pela difusão de regras de viver para professores e alunos...”. No transcorrer do século XX, a saúde escolar no Brasil experimenta avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional – de lógica biomédica –, para a concepção da estratégia Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), um discurso de múltiplos olhares que surge no final da década de oitenta, “como parte das mudanças conceituais e metodológicas que incorporam o conceito de promoção de saúde na saúde pública, estendendo-o ao entorno escolar”.

No entanto, Harada (2003), ao adotar a estratégia IREPS, “a saúde escolar passa, necessariamente, por uma revisão de seu conceito e de sua prática higienista e assistencialista” e, desta forma, “tem a possibilidade de avançar e ampliar a sua concepção e práticas com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo”. Em suma, a promoção saúde na escola é de grande valia para todos: escola, família, comunidade e alunos.

Uma vez que afetam especialmente o desenvolvimento físico, psicossomático e social de escolares, sendo um importante assunto para a Saúde Pública. Educação e saúde são políticas sociais fundamentais para o desenvolvimento de um país. No Brasil, essas políticas tem uma origem institucional comum, que demarcou a organização de práticas normativas as quais, ao invés de atuar a favor de um desenvolvimento pautado na participação social, colocaram em curso uma relação atravessada pelo higienismo e pela medicalização do fracasso escolar. Com o tempo, os termos “saúde escolar” e “saúde do escolar” foram generalizados e passaram a nomear políticas e programas de saúde que se concretizavam na escola. (LIMA, 2000).

A busca por novos referenciais para dar conta do modelo ampliado de saúde, que incorporava a evidente relação entre saúde e condições de vida, resultou na construção da promoção da saúde como política que passou a ser disseminada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986. O documento resultante dessa conferência, a Carta de Ottawa, propõe cinco campos operativos ou de ações:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;

- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidade pessoais;
- Reorientação dos serviços de saúde, visando à integridade das ações à participação social e ao empoderamento de sujeitos e coletividades.

A escola é considerada, então, um cenário para a promoção da saúde, por ser um importante equipamento social do território e agregar em uma parcela significativa de crianças, adolescentes e jovens da comunidade. A escola é um espaço pedagógico por excelência, no qual as ações de educação para a saúde são favorecidas com vistas à formação para a cidadania. Por isso, as estratégias de promoção da saúde na escola objetivam a construção de um ambiente escolar favorável à saúde e a escolhas mais saudáveis (DEMO, 2000).

A escola é um espaço de relações, bem como um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político. Ela contribui para a elaboração de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, interferindo diretamente na produção social da saúde, razão pela qual tem sido amplamente utilizada como espaço facilitador às abordagens de questões relacionadas à saúde. O reconhecimento é expresso, inclusive, pelo interesse do Estado em incluir a saúde como temática transversal disposta pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's).

A educação em saúde realizada nas escolas pode ser vista como reducionistas, sendo realizada a partir de práticas impositivas, prescritivas de comportamentos ideais, que tornam os sujeitos objetos passivos das intervenções, que comumente são preconceituosas, coercitivas e punitivas. Porém ela pode ser uma prática que, considerando a participação ativa da comunidade, a informação, a educação sanitária e o aperfeiçoamento de atitudes indispensáveis para a vida, contribui para o exercício da cidadania. (OMS, 2000).

As ações de educação para a saúde podem estar voltadas para a prevenção de doenças e/ou para a promoção da saúde.

2.3 O papel da escola no combate às parasitoses

As escolas que promovem a saúde e a qualidade de vida de toda a comunidade a elas vinculadas são aquelas que encaram a saúde em sua perspectiva mais ampla e integral. Elas procuram desenvolver as suas potencialidades em promoção da saúde e da qualidade de vida

através da correção de suas vulnerabilidades e aspectos negativos observados no ambiente físico, psicossocial e em sua ação educativa.

Tratar da promoção da saúde na escola requer a estruturação de programas abrangentes, evitando a duplicação de recursos materiais e humanos, o ambiente escolar é propício para a realização de programas de saúde e educação considerando que é o local onde muitas pessoas aprendem trabalham, cuidam e respeitam uns aos outros.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's), definem como objetivos específicos da Educação para a saúde nas escolas:

O desenvolvimento dos conceitos em saúde de forma progressiva, interdisciplinar e participativa, subsidiando a construção de valores e a compreensão das práticas de saúde e comportamentos favoráveis ao crescimento e desenvolvimento e não meramente informando os aspectos morfofuncionais relativos às doenças. (PCN'S, 2012, p.10).

O professor facilita o acesso às informações; cria condições para a discussão a respeito dos comportamentos da vida; identifica os conceitos, os comportamentos e as atitudes relacionadas com a saúde e a qualidade de vida; evita a diversidade cultural e étnica; considera em sua prática cotidiana a condição observada em nosso mundo de rápidas, profundas e contínuas transformações, evitando o estabelecimento de modelos rígidos de comportamento.

O trabalho com projeto é uma metodologia de ensino que envolve os alunos em investigações de problemas atrativos, que geram resultados originais. Os projetos que apresentam mais oportunidades de ensino em sala de aula podem variar muito em termos de tema e abrangência e podem ser apresentados em quase todas as séries.

Segundo a educadora:

Alguns professores e pesquisadores erram ao considerar que existe um método ideal para a aprendizagem da leitura e da escrita, já que isso é um processo que envolve diversas competências e encontra fundamento em diferentes referenciais teóricos. (SOARES, 2006, p. 44).

Outro projeto bastante importante na educação é sobre a conscientização das parasitoses, onde o mesmo é caracterizado por muitas conversas e dinâmicas entre crianças e adolescentes em diversos ambientes e, principalmente no ambiente escolar. (FANTE, 2005).

Os parasitoses intestinais ainda se constituem como um dos mais sérios problemas de Saúde Pública no Brasil. De acordo com a promoção da saúde escolar deve, pela sua potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida, constituir um espaço privilegiado de atuação das equipes de Saúde da Família (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Ou seja, “A prevenção de problemas na saúde é de responsabilidade da família, mas pode ser lembrada e moldada pela escola” (OMS, 2000). Em suma, pode tornar-se locus para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Estima-se que nos países em desenvolvimento aproximadamente um terço da população viva em condições ambientais que facilitam a disseminação de infecções parasitárias. Para Silveira (2011), a criança continua sendo a mais atingida por esses patógenos, principalmente por ainda não apresentar noções de higiene formadas, aumentando consideravelmente os riscos de infecção. Para o mesmo autor, a creche é um local propício a propagação de parasitoses, visto que neste ambiente há maior contato interpessoal e condições de higiene precárias pelo treinamento inadequado de funcionários.

As crianças são um grupo de alto risco para infecções por parasitos intestinais, pois podem entrar em contato com estes desde poucos meses de vida, para Silveira (2011) afirma que “as práticas educacionais, quando bem aplicadas, levam as pessoas a adquirirem os conhecimentos para prevenção de parasitoses, alcançando objetivos propostos e evidenciando o valor da orientação pedagógica para a conscientização da população”. Pretende-se que o cidadão seja ele mesmo um verdadeiro promotor de saúde, uma vez que ele tem à sua disposição os conhecimentos e os meios que lhe permitam utilizar no seu dia-a-dia.

O controle e prevenção das doenças parasitárias são possíveis por meio de medidas simples que levem às pessoas a melhorarem sua qualidade de vida. As atividades educativas constituem uma ferramenta válida, mas precisam ser integradas a um processo contínuo de educação e aprimoradas com a ajuda dos governantes locais. Os aspectos culturais e sociais inerentes da população no que se refere aos hábitos de higiene necessitam ser modificados e a família precisa ser englobada neste processo, para que exerçam uma influência positiva sobre a saúde da população e está realmente mudando seus hábitos básicos de higiene e se conscientizem desta mudança em seus cotidianos.

Comentado [TF9]: Cuidado com as margens nos parágrafos

2.4 Percepções dos docentes sobre parasitoses

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental menor a maior, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2008b).

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com os jogos didáticos podem atuar como facilitadores para a aprendizagem dos alunos e outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se locus para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

De acordo com os professores de parasitoses tendo como principais objetivos deste Programa são: I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA 13 SAÚDE NA ESCOLA VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo.

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Nesse processo, as bases são as “forças” de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania. Assim, dos profissionais de saúde e de

educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de empoderamento dos estudantes, professores e funcionários das escolas, o princípio básico da promoção da saúde (PORTUGAL, 2006; DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Nas últimas décadas, a percepção dos países sobre o conceito e a prática de saúde escolar e de promoção da saúde tem mudado. Na década de 80, a crítica do setor de Educação em relação ao setor de Saúde de que este não utilizava a escola como uma aliada e parceira tornou-se mais contundente. Ao mesmo tempo, os resultados de vários estudos indicaram que a educação para a saúde, baseada no modelo médico tradicional e focalizada no controle e na prevenção de doenças, é pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizem as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos (BRASIL, 2006a).

Assim, a promoção da saúde escolar, baseada num amplo leque de pesquisas e práticas, tem evoluído durante as últimas décadas, acompanhando as iniciativas de promoção da saúde mundo afora. Durante os anos 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Trata-se de uma abordagem multifatorial que envolve o desenvolvimento de competência em saúde dentro das salas de aula, a transformação CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA 11 SAÚDE NA ESCOLA do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculo e parceria com a comunidade de abrangência (STEWART-BROWN, 2006), o que inclui os serviços de saúde comunitários, como as Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da Família.

Em suma, a promoção da saúde escolar deve, pela sua potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida, constituir um espaço privilegiado de atuação das equipes de Saúde da Família (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

No seu artigo 3º, o PSE aponta, especificamente, as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar.

No tocante à realidade do Brasil, especialmente no que diz respeito à educação em saúde na escola, observamos que é necessário ao profissional de saúde atentar à questão de planejar- implementar e posteriormente avaliar todas as ações junto com os educadores, professores e, se possível com os pais dos alunos para que se possa sempre trazer aos alunos ideias inovadoras capazes de preencher as expectativas dos alunos com temas atuais e de grande valia à saúde dos **mesmos**.

Comentado [TF10]: Colocar referência

4 METODOLOGIA

4.1 TIPOS DE PESQUISA

Esta pesquisa é básica, descritiva e de campo, , uma vez que a referente escola pública e estadual havia em seu universo um total de 39 professores, na qual aceitaram inicialmente apenas 20 professores. Destes só sete aceitaram fazer a pesquisa.

Comentado [TF11]: Dos quais

4.2 Área de Estudo

O estudo foi realizado na Unidade Escolar CEEP Acrísio Veras, localizada no município de Alto Longá, Piauí. A escola atende um total de 526 alunos, com 39 professores. E a escola possui 12 salas de aulas, 54 funcionários, sala de diretoria, sala de professores, laboratório de informática, alimentação escolar para os alunos, cozinha, banheiro dentro do prédio, sala de secretária, refeitório, pátio coberto.

4.3 Sujeitos Pesquisados

Para a pesquisa foram selecionados todos os professores da escola (20) que trabalhavam no ensino fundamental maior e médio, entretanto somente 07 aceitaram participar da pesquisa.

4.4 Procedimentos de coletas de dados

Foram realizadas entrevistas com aplicação de questionário com questões fechadas. Os pontos abordados no questionário foram: perfil dos professores, conhecimentos sobre a epidemiologia da doença de Chagas, tratamento e estratégia de ensino.

Comentado [TF12]: Padronizar distância do início dos parágrafos

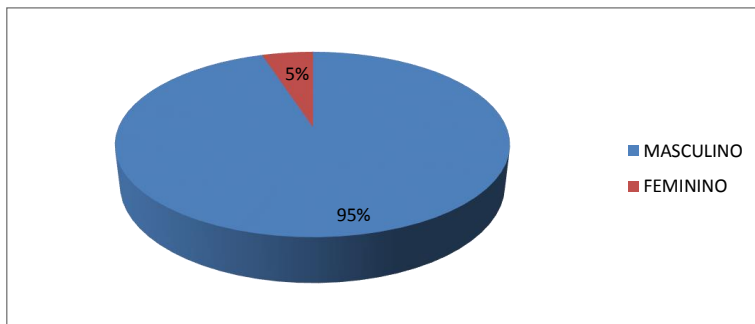
4.5 Análises dos dados

Foi utilizada análise estatística descritiva e foram confeccionados gráficos e tabelas como forma de explicitar os dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

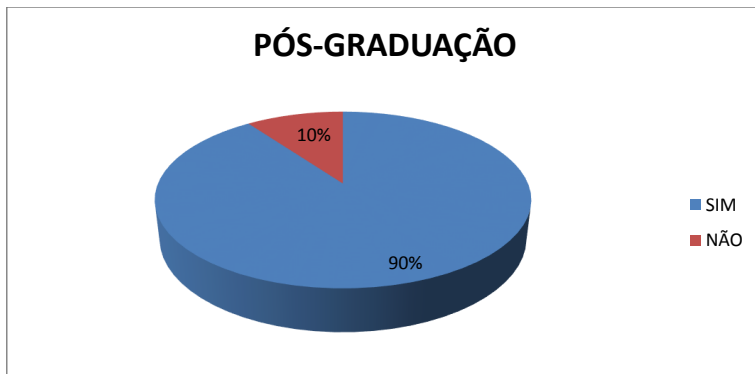
Foram entrevistados sete professores, sendo cinco de sexo masculino e dois femininos. Os professores entrevistados eram de 05 licenciados em ciências biológicas, 01 educação física e 01 de física. Destes, 06 (seis) possuem pós-graduação. A faixa etária do grupo variou entre 30 a 52 anos.

Figura 01-
GENERO



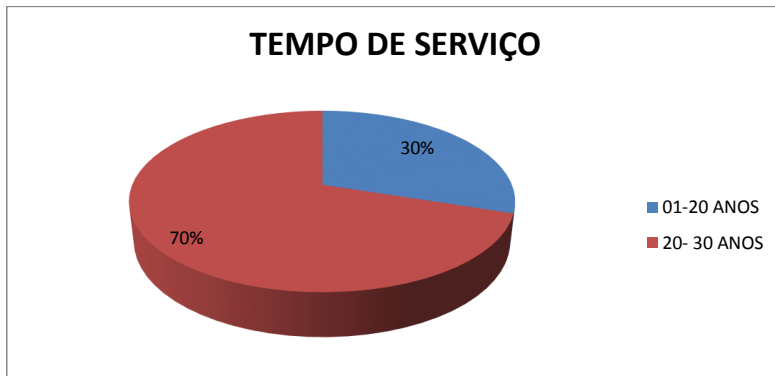
Fonte: pesquisa direta, 2017

Figura 02- FORMAÇÃO DOS SUJEITOS



Fonte: pesquisa direta, 2017.

Figura 03- TEMPO DE SERVIÇO DOS SUJEITOS



Fonte: autor da pesquisa, 2017.

Com relação aos sujeitos, quando indagados sobre o agente causador de Doença de Chagas do agente causador, 45% responderam que eram um barbeiro, 45% inseto transmissor, e 10% é causado por um protozoário.

Comentado [TF13]: Qual pergunta?

Sujeito um, por meio da picada do mosquito infectado, sujeito dois por meio da picada do barbeiro, o terceiro sujeito pelas fezes do inseto, sujeito 04 Através da picada do inseto, sujeito 05, o vetor dessa doença após chupar o sangue da vítima termina infectado.



Fonte: sujeito da pesquisa, 2017.

Sujeito 01 - por meio da picada do **mosquito** infectado, Sujeito 2 - por meio da picada do barbeiro, Sujeito 3 - Pelas fezes do inseto, Sujeito 4 – através da picada do inseto, Sujeito 5 - o vetor dessa doença após chupar o sangue da vítima termina infectando a mesma e aí ela adoece, Sujeito 06 – Transfusão de sangue, contato com as fezes do barbeiro, picada do barbeiro.

Comentado [TF14]: Mosquito

Fonte: sujeito da pesquisa, 2017.

De acordo com a pergunta; qual agente causador da doença, a maioria responderam que foram a picada do barbeiro. Mas sendo através da picada do mosquito, o inseto defeca, infectando a vítima.

Com relação pergunta é para saber se os sujeitos conhecem alguma medida de prevenção/controle da transmissão da Doença de Chagas:

Sujeito 01 - Não sei, pois não imagino a melhor forma.

Sujeito 02 - A substituição das casas de barro pelas de cimento.

Sujeito 03 – A melhor transmissão é fazer campanhas de prevenção do inseto.

Sujeito 05 –Proteção de portas e janelas e combate ao barbeiro.

Sujeito 04 – combate ao barbeiro transmissor.

Sujeito 05 - proteção de portas e janelas e combate ao mosquito.

Sujeito 06 - Eliminar fezes e combater o inseto contaminado.

Sujeito 07 – Coletar telas nas janelas das casas e combater o inseto.

Fonte: sujeito da pesquisa, 2017.

Dos sete sujeitos 40% afirmaram que a melhor forma de combate é inseto contaminado. os outros variaram, um deles não sabia a melhor forma. Sendo que os melhores meio é combate ao inseto transmissor, como por meio de campanha de prevenção, na substituição de casas de barro pelas de cimento.

Com relação ao tratamento da doença relaciona-se ao tratamento da doença e se esta forma é trabalhada na escola pelos alunos.

Sujeito 01 - Às vezes trabalhamos esses tipos de doenças em projetos.

Sujeito 02 - São trabalhados os tratamentos na escola.

Sujeito 03 - Através de medicamentos

Sujeito 04 – sim. Tem tratamento

Sujeito 05 - sim.

Sujeito 06 – Tem o SUS que distribui medicação para a população realizar seu tratamento correto.

Sujeito 07 – Sim. Medicamentos anti parasitário.

Fonte: sujeito da pesquisa, 2017.

Sujeito 01 – não

Sujeito 02 - não

Sujeito 03 – não

Sujeito 04 – o acompanhamento apenas retarda a evolução da doença

Sujeito 05 - não

Sujeito 06 – não

Sujeito 07 – Tem sim o começa da doença

Fonte: sujeito da pesquisa, 2017.

O assunto sobre a cura da doença foi apresentado em uma totalidade de 75% que diz que a mesma não é abordada. E apenas um dos sujeitos, Já 10 % afirma que o acompanhamento retarda a evolução da doença.

A outra pergunta foi sobre como é abordado o conteúdo sobre doença de chagas nas suas aulas

Sujeito 01 - Com dialogo através de seminários e construção de cartazes

Sujeito 02 – Através de aulas teóricas

Sujeito 03 – No 9º ano se trabalhando física e química

Sujeito 04 - não trabalho esse assunto, minha área é outra

Sujeito 05 – Palestras e seminários

Sujeitos 06 – Palestras e seminários

Sujeito 07 – Palestras e seminários

Fonte: sujeito da pesquisa, 2017.

Palestras e seminários são as melhores formas de se trabalhar sobre a doença de chagas por parte dos docentes para com os alunos, como mostra os analises dos relatos dos sujeitos acima. O que de fato é bem pedagógico e dinâmico.

A outra pergunta foi sobre se o conteúdo do livro é suficiente para explanar o assunto da doença de chagas para os alunos

Sujeito 01 – sim

Sujeito 02 - não, Por que é muito resumido

Sujeito 03 – não

Sujeito 04 - não

Sujeito 05 - Sim. Por que as abordagens dos livros correspondem às expectativas da aprendizagem

Sujeito 06 – não

Sujeito 07 – Sim. O mesmo é bem explicativo

Fonte: sujeito da pesquisa, 2017.

Conforme o questionário, os professores disseram que o conteúdo do livro não é suficiente, que chega a 70% por que o livro não possui todas as informações devidas para os professores. Sendo que 30% disseram que usa somente o livro possui informações fundamentais.

A outra pergunta é se existem dificuldades em lecionar este assunto?

Sujeito 01 - sim

Sujeito 02 - sim, pois a maioria das escolas não possuem laboratório, o que dificulta as práticas.

Sujeito 03 - não

Sujeito 04 - não

Sujeito 05 - sim

Sujeito 06 - não

Sujeito 07 - de modo algum

Fonte: sujeito da pesquisa, 2017.

A grande maioria respondeu que não, com 75% e 25% respondeu com sim. Desse modo, os sujeitos enfatizam que o grande problema é a falta de estrutura como a existência de um laboratório funcional, o que ajudaria muito na aprendizagem dos discentes.

Existem aulas práticas para o detalhamento desse assunto?

Sujeito 01 - os seminários

Sujeito 02 - As rodas de conversas

Sujeito 03 - não

Sujeito 04 - não

Sujeito 05 - não

Sujeito 06 - Apresentação de trabalhos

Sujeito 07 - Apresentação de trabalhos

Fonte: sujeito da pesquisa, 2017.

Os livros didáticos são realizados através de seminários e rodas de conversas, e a apresentação de trabalho que corresponde a das respostas 70%. E 30% afirma que não há esse detalhamento e que precisariam ser mais dinâmicas.

De acordo com a pergunta foi se existem muitos casos na cidade de Doença de chagas?

Sujeito 1 – não

Sujeito 2 – não é do meio conhecimento

Sujeito 3 - não

Sujeito 4 - não tenho conhecimento a respeito

Sujeito 5 - não

Sujeito 6 - não

Sujeito 7 - não

Fonte: sujeito da pesquisa, 2017.

Na cidade não há casos da doença de chagas e por isso o motivo da pesquisa ser realizada na localidade. Isto é, 70% afirma que não há casos e 30% afirma não saber se há ou não. Isso representa uma certa positividade para o estudo.

Resultados e Discussões

O presente trabalho direcionada como principal objetivo, investigar a percepção dos docentes sobre doença de Chagas. Sendo que 5 licenciados em biologia, 1 de educação física, 1 de física, descrevendo e analisando os dados colhidos no sentido de atingir os objetivos estipulados. Após a coleta de dados, a análise dos resultados, através de dados estatísticos, proporcionando a distribuição de cada uma das variáveis por quadros e frequências.

O estudo estatístico efetuado com base nos dados recolhidos, através de 7 questionários. De acordo com os resultados serão apresentados conforme o questionário realizado na CEEP Acrísio Veras. Os professores entrevistados nos questionários grande parte responderam de forma diferente, mas tendo-se mesmo valor. Após a leitura, foram analisadas no conjunto de entrevistas. Segundo os dados analisados o percentual de acertos foi limitado, tendo-se cerca de 60% das únicas.

O assunto sobre a cura da doença foi apresentado em uma totalidade de 75% que diz que a mesma não é abordado. E apenas um dos sujeitos, Já 10 % afirma que o acompanhamento retarda a evolução da doença.

A grande maioria respondeu que não, com 75% e 25% respondeu com sim. Desse modo, os sujeitos enfatizam que o grande problema é a falta de estrutura como a existência de um laboratório funcional, o que ajudaria muito na aprendizagem dos discentes.

Os livros **didático** são realizadas através de seminários e rodas de conversas, e apresentação de trabalho que corresponde a das respostas 70%. E 30% afirma que não há esse detalhamento e que precisariam ser mais dinâmicas.

Conforme o questionário, os professores disseram que o conteúdo do livro não é suficiente, que chega a 70% por **que** o livro não possui todas as informações **devidas** para os

Comentado [TF15]: Não entendi nada. Leia o parágrafo e veja se tem sentido. Refaça

Comentado [TF16]: porque

Comentado [TF17]: necessárias

professores. Sendo que 30% disseram que usa somente o livro possui informações fundamentais.

Na cidade não casos da doença de chagas e por isso o motivo da pesquisa ser realizada na localidade. Isto é, 70% afirma que não há casos e 30% afirma não saber se há ou não. Isso representa uma certa positividade para o estudo. Dos 7, um apenas investigou na secretaria de saúde, no hospital e não encontrou nada a respeito da doença de chagas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui que os investigados os professores através de questões, sendo que o conhecimento sobre doença de chagas foi limitado. Existem muitas concepções alternativas e conceituais que circulam o tema, os professores de ciências e biologia física. A formação acadêmica não específica para os professores de ciências e/ou biologia, provavelmente, é uma das causas para a presença tão evidente de concepções alternativas nos professores.

Comentado [TF18]: Conclui-se que

Comentado [TF19]: Não entendi a frase

Através dos dados obtidos nesta pesquisa, finalizou-se que professores responderam o questionário foram evidenciadas que mostram uma **relação** direta de epidemiologia, com ênfase a doença de Chagas.

Comentado [TF20]: Não entendi o parágrafo. Refaça

Foi de grande valia a realização deste trabalho. De **acordo** com a pesquisa realizada com os professores no município de Alto Longá-PI, na unidade escolar CEEP Acrísio Veras.

Comentado [TF21]: Retirar o parágrafo.

É de grande importância, palestras nas escolas, também a realização de inquéritos, atividades de educação em saúde e **As** ações de controle consistem em: melhoraria nas habitações, através de reboco e tamponamento de rachaduras e frestas; usar telas em portas e janelas; impedir a permanência de animais, como cão, o gato e animais silvestres no interior da casa; evitar montes de lenhas, telhas ou outros entulhos no interior e arredor das casas, construir galinheiros, paióis, chiqueiros, depósitos afastados das casas e mantê-los limpos; difusão dos conhecimentos básicos sobre a doença, vetor e sobre as medidas.

Comentado [TF22]: Refazer todo parágrafo

REFERÊNCIAS

Comentado [TF23]: Refazer referências. Colocar a margem direita com recuo para esquerda

DIAS JC, Silveira AC, Schofield CJ. O impacto do controle da doença de Chagas na América Latina: uma revisão. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2002.

COURA JR, Dias JC. Epidemiologia, controle e vigilância da doença de Chagas: 100 anos após sua descoberta. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2009.

Organização Mundial da Saúde. Doença de Chagas na América Latina: uma atualização epidemiológica baseada em estimativas de 2010. Wkly Epidemiol Rec. 2015.

MONCAYO A, Silveira AC. Tendências epidemiológicas atuais para a doença de Chagas na América Latina e desafios futuros em epidemiologia, vigilância e política de saúde. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2009.

SCHMUNIS GA, Yadon ZE. Doença de Chagas: um problema de saúde latino-americano tornando-se um problema de saúde mundial. Acta Trop. 2010.

Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Centro de Saúde Global. Divisão de Doenças Parasitárias e Malária. Doença de Chagas nas Américas: 2013. Atlanta: Centros para o Controle e Prevenção de Doenças; 2013.

HOTEZ PJ, Dumonteil E, Betancourt Cravioto M, Bottazzi ME, Tapia-Conyer R, Meymandi S, et al. Uma tragédia desdobrada da doença de Chagas na América do Norte. PLoS Negl Trop Dis. 2013.

JCP DIAS. Doença de Chagas Humana e migração no contexto da globalização: alguns aspectos particulares. J Trop Med. 2013.

COURA JR, Viñas PA, Junqueira AC. Ecoepidemiologia, curta história e controle da doença de Chagas nos países endêmicos e o novo desafio para países não endêmicos. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2014.

CENTRO EUROPEU DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS. AVALIAÇÃO DA CARGA DE DOENÇAS INFECCIOSAS PRINCIPAIS QUE AFETAM POPULAÇÕES MIGRANTES NA UE / EEE: relatório técnico. Estocolmo: ECDC; 2014.

REQUENA-MÉNDEZ A, Aldasoro E, Lazzari E, Sicuri E, Brown M, Moore DA, et al. Prevalência da doença de Chagas em imigrantes latino-americanos que vivem na Europa: uma revisão sistemática e meta-análise. PLoS Negl Trop Dis. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Doença de Chagas (tripanosomíase americana). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015.

RAMOS JÚNIOR AN, Carvalho DM. Doença de Chagas: passado, presente e futuro. *Cad Saude Colet*. 2009

STRASEN J, Williams T, Ertl G, Zoller T, Stich A, Ritter O. Epidemiologia da doença de Chagas na Europa: muitos cálculos, pouco conhecimento. *Clin Res Cardiol*. 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Estimación cuantitativa da doença de Chagas nas Américas. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

JCP DIAS. Iniciativa do Cone Sul para a eliminação de populações domésticas de *Triatoma infestans* e a interrupção da transfusão da doença de Chagas: aspectos históricos, situação atual e perspectivas. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2007.

PRATA A. Aspectos clínicos e epidemiológicos da doença de Chagas. *Lancet Infect Dis*. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.

SILVEIRA AC, Dias JCP. O controle da transmissão vetorial. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011.

COURA JR. Os principais cenários da transmissão da doença de Chagas. Os vetores, sangue e transmissões orais: uma revisão abrangente. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2015.

VICTORA CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Aplicando uma lente de equidade para a saúde e a mortalidade infantil: mais do mesmo não é suficiente. *Lanceta*. 2003.

ZINGALES B, Andrade SG, Briones MR, Campbell DA, Chiari E, Fernandes O, et al. Um novo consenso para a nomenclatura intraspecífica de *Trypanosoma cruzi*: a segunda reunião de revisão recomenda TcI para TcVI. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2009.

ZINGALES B, Miles MA, Moraes CB, Luquetti A, Guhl F, Schijman AG, et al. A descoberta de drogas para a doença de Chagas deve considerar a diversidade da cepa *Trypanosoma cruzi*. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2014.

MESSINGER LA, Miles MA, Bern C. Entre um inseto e um lugar difícil: a diversidade genética de *Trypanosoma cruzi* e os desfechos clínicos da doença de Chagas. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2015.

VICTORA CG, Barreto ML, Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Condições de saúde e inovações de políticas de saúde no Brasil: o caminho a seguir. Lanceta. 2011.

BARRETO ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e falhas no controle de doenças infecciosas no Brasil: contexto social, ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. Lanceta. 2011.

MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

BRASIL. **Ministério da Educação e do Desporto**. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília, 1997b.

BOCCALETTO, E.M.A., VILLARTA, R. (Organizadores). **Diagnóstico da Alimentação Saudável e Atividades Físicas em Escolas Municipais**. IPES Editorial, 2007

DEMO, Pedro. **Pesquisa e Construção do Conhecimento**; metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 2000.

Harada J. Introdução. In: **Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola promotora de saúde**. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.

PELICIONI, C. **A escola promotora de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde**. Washington: OMS, 1954.

Lima GZ. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez; 2000

SANTOS, R. Ferreira dos em: <http://baixadacarioca.wordpress.com/2012/03/19/pesquisa-participante-o-que-e-como-se-faz/> **Biblioteca Virtual em saúde do Ministério da saúde**, disponível em: www.saude.gov.br/bvs.

INEP, Censo Escolar 2006. Disponível em: www.inep.gov.br/BASICA/CENSO/ESCOLAR/RESULTADOS.

TAVARES, M.F.L. et al. **Abordagem Avaliativa de uma experiência de promoção da saúde: a gestão do SUS no âmbito estadual.** Livro da DAPS/ENSP, 2010.

APÊNDICE A
ENTREVISTA

Idade:

Gênero: ()F ()M

Formação:

Pós-graduação: () sim () não

Tempo de serviço: _____

- 1- Qual é o agente causador dessa doença?
- 2- Como um indivíduo pode se contaminar?
- 3- Você conhece alguma medida de prevenção/controla da transmissão da Doença de chagas pelo barbeiro?
- 4- A doença de chagas tem tratamento?
- 5- A doença de chagas tem cura?
- 6- Como é abordado o conteúdo sobre doença de chagas nas suas aulas?
- 7- O conteúdo do livro é suficiente para explicar o assunto?
- 8- Existem dificuldades em lecionar este assunto?
- 9- Existem aulas práticas para o detalhamento desse assunto?
- 10- Existem muitos casos na cidade de Doença de chagas?

