

**ROBERTA ALESSANDRA SANCHES CESARINO**

**PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA PORTADORES DE DOENÇA DE  
CHAGAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
VOTUPORANGA (SP): perfil clínico, epidemiológico  
e aspectos biopsicossociais**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção de título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Andrade Morraye.

**FRANCA  
2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ROBERTA ALESSANDRA SANCHES CESARINO

PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA PORTADORES DE DOENÇA DE  
CHAGAS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE  
VOTUPORANGA (SP): perfil clínico, epidemiológico  
e aspectos biopsicossociais

Presidente: \_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Mônica Andrade Morraye  
Universidade de Franca

Titular 1: \_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Leise Rodrigues Carrijo Machado  
UNIFEV – Centro Universitário de Votuporanga

Titular 2: \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Lucif Nascif Abrão Júnior  
Universidade de Franca

Franca, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

***DEDICO*** este trabalho primeiramente a Deus, à minha filha amada, Marcella Rivera Sanches Cesarino, por ser a razão da minha vida. Ao meu esposo Marcello Cesarino, por compartilhar este momento estando ao meu lado.

*Aos meus pais amados, Décio Aires Sanches e Devanir da Silva Sanches, por iluminarem meus caminhos.*

*Às minhas irmãs queridas: Daniela, Fabiana, Juliana, Ana Gabriela e cunhados.*

*Aos meus sobrinhos: Gabriela, Lucas Eduardo, Gustavo, Luisa e Giovana.*

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa. Dra. Mônica Andrade Morraye pela disponibilidade, competência e maneira tranqüila e serena em que conduziu a realização deste trabalho.

À Dra. Leise Rodrigues Carrijo Machado, pelas ricas contribuições, pelo grande incentivo, pelas dicas e companheirismo.

À coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da UNIFEV, Dra. Denise Mencaroni, pelo incentivo e flexibilidade.

Às professoras do curso de graduação em Enfermagem da UNIFEV: Sônia Carneiro, Silvana Barbosa Pena, Jaqueline Martines, Maristela Lopes, Vera Fugita, Rosana Duran, Mirian Mainarte e Luís Parreira.

À UNIFEV, pela oportunidade e estímulo à capacitação.

Ao Prof. Dr. Iucif Abrão Nascif Jr., pelas ricas contribuições.

À minha amiga e companheira de mestrado Maria Aparecida do Carmo Dias, pela amizade, pelo incentivo e força de vontade.

À Roseli Visoto por substituir-me por tantas vezes como mãe, pelo carinho e amizade.

Às enfermeiras dos PSFs: Lígia Belúcio, Ana Paula Beraldo, Karen Fernanda Silva e Fabiana Beneduzzi, pela atenção, competência e disponibilidade.

Às alunas do Estágio de Saúde Coletiva em PSF de 2006.

Aos meus amigos de mestrado, pela amizade e companheirismo, em especial à Fernanda Sanfelício, Cláudia Leal, Sergino e Randal.

À Nize (Maria Eunice), por servir sempre como inspiração.

*“De tudo, ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos sempre começando...  
A certeza de que é preciso continuar...  
A certeza de que seremos interrompidos antes de  
terminar...  
Portanto devemos:  
Fazer da interrupção um caminho novo...  
Da queda, um passo de dança...  
Do medo, uma escada...  
Do sonho, uma ponte...  
Da procura, um encontro...”*

Fernando Pessoa

## RESUMO

CESARINO, Roberta Alessandra Sanches. **Promoção de saúde para portadores de Doença de Chagas no Programa de Saúde da Família de Votuporanga (SP):** perfil clínico, epidemiológico e aspectos biopsicossociais. 2007. 108 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

No Brasil existem, atualmente, cinco a seis milhões de pessoas portadoras da doença de Chagas, sendo a maioria na fase crônica da doença. Neste estudo descritivo exploratório realizou-se o levantamento do perfil clínico-epidemiológico, por meio de entrevistas aos portadores de doença de Chagas cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Votuporanga-SP, no mês de setembro de 2006, com a finalidade de subsidiar adequações dos serviços de saúde. Participaram do estudo 68 indivíduos chagásicos, sendo o sexo feminino predominante com 68%; a faixa etária variou entre 29 a 88 anos, no entanto, 85,3% se concentraram na faixa de 46 a 75 anos. Com relação à etnia, a cor branca foi a predominante referida (58,8%). Quanto ao nível de instrução, 50% foram classificados como analfabetos e 26,4% analfabetos funcionais. Do perfil profissional investigado, 40% relataram serem aposentados, sendo que os homens apresentaram aposentadoria mais precoce em relação às mulheres. Com relação à classe social, 14,7% foram classificados como indigentes e 22% como pobres. Quanto à naturalidade, 73,5% nasceram no Estado de São Paulo. De acordo com o local de residência, 69,1% provavelmente contraíram a doença de Chagas no Estado de São Paulo e 92,6% relatam que residiam na zona rural. O tipo de moradia mais citado foi a casa de pau-a-pique (45,6%), seguida de casa de barro (30,9%). Com relação à história familiar, 54,4% relatou ter parentes com doença de Chagas e 32,3% relataram ter um ou mais irmãos infectados. A forma clínica da doença mais referida foi a cardíaca com 39,7%, seguida da indeterminada com 14,7%, a cárdio-digestiva com 11,8% e a digestiva com 8,8%, sendo que 25% não souberam informar. Para a forma cardíaca, os principais sintomas referidos foram: fadiga, palpitação e dispnéia. Na forma digestiva, foram: distensão abdominal, dor abdominal, constipação intestinal e disfagia. Na forma cárdio-digestiva foram: fadiga, palpitação, distensão abdominal, dispnéia, dor abdominal, constipação e disfagia. A presença de co-morbidades associadas à doença de Chagas foi citada por 85,3% dos usuários, sendo a principal, a hipertensão arterial com 66,2%. Os usuários na forma cárdio-digestiva foram os que se submeteram ao maior número de cirurgias. Dentre os fatores de risco cardiovascular, 27,9% referiram ser tabagistas, 73,5% sedentários e 19,1% relataram apresentar dislipidemia. Em 94,7% das mulheres que apresentaram a forma cardíaca, a circunferência abdominal foi considerada como fator de risco cardiovascular. Entre os entrevistados, 75% relataram nunca terem recebido informações a respeito da doença de Chagas, por parte dos profissionais de saúde e para 46,5% dos usuários, a doença de Chagas acarreta limitações. Conclui-se que, o grupo pesquisado apresenta baixa inserção social decorrente da impossibilidade de mobilização social devido à baixa escolaridade e à baixa renda *per capita* e que, a doença acarreta importantes agravos tanto físicos como emocionais. Evidencia-se a necessidade de atenção mais elaborada por parte dos diversos programas de saúde, considerando-se o número de co-morbidades associadas e os fatores de risco cardiovascular. Estes aspectos devem ser considerados para reorientação das práticas de enfermagem e elaboração de modelos de atenção integral aos chagásicos.

**Palavras-chave:** Epidemiologia; Doença de Chagas; Programa de Saúde da Família; Enfermagem.

## ABSTRACT

CESARINO, Roberta Alessandra Sanches. **Promoção de saúde para portadores de Doença de Chagas no Programa de Saúde da Família de Votuporanga (SP): perfil clínico, epidemiológico e aspectos biopsicossociais.** 2007. 108 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

There are, actually, from five to six million people carriers of the barber bug fever in Brazil and most of them in the chronicle stage of the illness. In this exploratory descriptive study a profile of the clinic-epidemiological survey was accomplished, through the interviewing of the barber bug fever carriers registered in the Family Health Program (Programa de Saúde da Família) in the city of Votuporanga-SP, in the month of September, 2006, with the aim of assisting adjustments of the health assistance. Sixty eight barber bug fever carriers participated of the study, the female sex was predominant accounting 68%; the average age varied from 29 to 88 years-old, nevertheless, 85,3% concentrated in the rate from 46 to 75 years-old. With regard to the ethnical, the white color was predominant accounting 58,8%. As to the instruction level, 50% were classified as illiterates and 26,4% functional illiterates. From the investigated professional profile, 40% mentioned being pensioners, and the men presented more precocious pension regarding to women. With regard to the naturalness, 73,5% were born in the state of São Paulo. According to the local of residence, 69,1% probably contracted the barber bug fever, in the state of São Paulo and 92,6% mentioned that they lived in the rural area. The type of habitation that was most named was the Stud and Mud house (45,6%), followed by the Dirt-wall house (30,9%). With regard to the familiar historical, 54,4% mentioned having relatives with the barber bug fever and 32,3% mentioned having one or two brothers infected. The clinical figure of the illness most referred was the cardiac one with 39,7%, followed by the indeterminate one with 14,7%, the digestive-cardiac with 11,8% and the digestive with 8,8%, and 25% didn't have this information on their illness. For the cardiac figure, the main symptoms mentioned were: fatigue, palpitation and dyspnea. In the digestive figure, they were: abdominal distention, abdominal pain, intestinal constipation and dysphagia. In the digestive - cardiac figure they were: fatigue, palpitation, abdominal distention, dyspnea, abdominal pain, constipation and dysphagia. The presence of co-morbidities associated to the barber bug fever was mentioned by 85,3% of the carriers, and the main one was the arterial hypertension with 66,2%. The carriers of the digestive-cardiac figure of the illness were the ones that had the highest number of undergoing surgeries. Among the cardiovascular risk factors, 27,9% mentioned being tobacco smokers, 73,5% sedentary and 19,1% mentioned presenting dyslipidemia. In 94,7% of the women that presented the cardiac figure, the abdominal circumference was considered as a cardiovascular risk factor. Among the interviewed, 75% mentioned never receiving information about the barber bug fever, from the health professionals and for 46,5% of the carriers, the barber bug fever causes limitations. It is concluded that, the researched group presents low social insertion, decurrently from the impossibility of social mobilization due the low scholarship and the *per capita* gain and that, the illness causes important physical damage, as much as emotional damages. It is evidenced that the necessity of improved attention from the different health programs, considering the number of associated co-morbidities and the cardiovascular risk factors. These aspects must be considered so that a re-orientation of the nursing practices and the elaboration of full attention models to the barber bug fever carrier.

**Key words:** Epidemiology; Barber bug fever; Family Health Program; Nursing.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Faixa etária, por sexo, dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP no mês de setembro de 2006	51
Tabela 2 — Cor referida por portadores de doença de Chagas cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	52
Tabela 3 — Idade, por sexo, em que os chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006, se aposentaram	56
Tabela 4 — Naturalidade (por Estado) dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	58
Tabela 5 — Local de residência (por Estado) dos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006, quando provavelmente contraíram a doença de Chagas	59
Tabela 6 — História familiar para doença de Chagas dos usuários chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	62
Tabela 7 — Presença de co-morbididades cardiovasculares associadas à doença de Chagas em usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	65

Tabela 8 — Presença de IC e arritmia nos chagásicos na forma cardíaca e/ou cárdio-digestiva cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	67
Tabela 9 — Procedimentos cirúrgicos conforme a forma clínica da doença de Chagas dos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	72
Tabela 10 — Conhecimento sobre doença de Chagas dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	73
Tabela 11 — Limitações impostas pela doença de Chagas em usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	73

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Distribuição da doença de Chagas no Continente Americano	28
Figura 2 — Distribuição de <i>Rhodnius neglectus</i> e <i>Triatoma tibiamaculata</i> no Estado de São Paulo, 1999	30
Figura 3 — Distribuição de <i>Triatoma sordida</i> e <i>Panstrongylus megistus</i> no Estado de São Paulo, 1999	30
Figura 4 — Mapa do Estado de São Paulo destacando a localização do município de Votuporanga	46
Figura 5 — Distribuição por sexo dos chagásicos cadastrados no PSF de Votuporanga-SP, setembro de 2006	50
Figura 6 — Distribuição dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, segundo faixa etária, setembro de 2006	52
Figura 7 — Estado civil dos chagásicos cadastrados no PSF do município de Votuporanga-SP, setembro 2006	53
Figura 8 — Nível de instrução dos chagásicos cadastrados PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	54
Figura 9 — Ocupação dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	55

Figura 10 — Renda <i>per capita</i> dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	57
Figura 11 — Local de residência no Estado de São Paulo, dos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006, quando provavelmente contraíram a doença de Chagas	60
Figura 12 — Local de moradia referido pelos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006 quando provavelmente contraíram a doença	61
Figura 13 — Tipo de casa dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga - SP, setembro de 2006 quando provavelmente contraíram a doença de Chagas	62
Figura 14 — História familiar positiva para doença de Chagas em chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro, 2006	63
Figura 15 — Tempo de diagnóstico de doença de Chagas dos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	64
Figura 16 — Forma clínica da doença de Chagas de usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	65
Figura 17 — Co-morbidades cardiovasculares associadas com doença de Chagas em usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	66

Figura 18 — Fatores de risco cardiovascular em chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	68
Figura 19 — Circunferência abdominal de chagásicos na forma clínica cardíaca cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	69
Figura 20 — Número de sintomas referidos por chagásicos na forma cardíaca cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	69
Figura 21 — Número de sintomas referidos por chagásicos na forma digestiva cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	70
Figura 22 — Número de sintomas referidos por chagásicos na forma cardíaco-digestiva cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EM – Entrevistado

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IC – Insuficiência Cardíaca

IDF – Federação Internacional de Diabetes

IgM-anti *T. cruzi* – Imunoglobulina- anti *Trypanosoma cruzi*

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SUCEN – Superintendência de Controle de Endemias

*T. cruzi* – *Trypanosoma cruzi*

*T. infestans* – *Triatoma infestans*

*T. sordida* – *Triatoma sordida*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
1.1 TRANSMISSÃO DA DOENÇA DE CHAGAS.....	21
1.1.1 Transmissão vetorial.....	22
1.1.2 Transmissão transfusional .....	23
1.1.3 Transmissão vertical.....	24
1.1.4 Transmissão oral.....	25
1.2 ETIOPATOGENIA DA DOENÇA DE CHAGAS.....	26
1.3 DISTRIBUIÇÃO DA DOENÇA DE CHAGAS.....	27
1.3.1 Distribuição geográfica dos vetores no Estado de São Paulo .....	29
1.4 FORMA CLÍNICA DA DOENÇA DE CHAGAS .....	30
1.4.1 Forma indeterminada.....	31
1.4.2 Forma cardíaca .....	33
1.4.3 Forma digestiva .....	35
1.5 CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS .....	37
1.6 TRATAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS .....	38
1.7 PERCEPÇÃO DOS CHAGÁSICOS SOBRE AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS PELA DOENÇA .....	40
1.8 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA.....	40
1.9 ADOECIMENTO CRÔNICO.....	42
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	44
2.1 GERAL.....	44
2.2 ESPECÍFICOS .....	44
<b>3 MÉTODO</b> .....	45
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	45
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	45
3.3 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DO ESTUDO .....	46
3.4 SUJEITOS DA PESQUISA .....	47

3.5	COLETA DE DADOS .....	48
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>49</b>
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA INSERÇÃO SOCIAL DO PORTADOR DE DOENÇA DE CHAGAS .....	50
4.1.1	Sexo .....	50
4.1.2	Faixa etária .....	50
4.1.3	Cor .....	52
4.1.4	Estado civil .....	53
4.1.5	Escolaridade .....	53
4.1.6	Ocupação .....	54
4.1.7	Relação entre atividade trabalhista e sexo .....	55
4.1.8	Renda <i>per capita</i> .....	56
4.1.9	Naturalidade .....	57
4.1.10	Local provável de infecção .....	59
4.1.11	Local de moradia .....	60
4.1.12	Tipo de moradia .....	61
4.1.13	História familiar para doença de Chagas .....	62
4.1.14	Tempo de diagnóstico de doença de Chagas .....	63
4.2	CARACTERIZAÇÃO DE ASPECTOS CLÍNICOS DO PORTADOR DE DOENÇA DE CHAGAS .....	64
4.2.1	Forma clínica da doença de Chagas .....	64
4.2.2	Co-morbidades associadas à doença de Chagas .....	65
4.2.3	Tipos de co-morbidades associadas à doença de Chagas .....	66
4.2.4	Presença de IC e arritmia .....	67
4.2.5	Fatores de risco cardiovascular .....	67
4.2.6	Sintomas referidos por chagásicos conforme a forma clínica da doença .....	69
4.2.7	Tratamentos cirúrgicos .....	71
4.3	ASPECTOS RELEVANTES CONDICIONANTES DO COTIDIANO .....	73
4.3.1	Conhecimento sobre a doença de Chagas .....	73
4.3.2	Limitações impostas pela doença de Chagas .....	73
4.3.2.1	Limitações físicas impostas pela doença de Chagas .....	74
4.3.2.2	Aspectos emocionais impostos pela doença de Chagas .....	75
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>77</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA INSERÇÃO SOCIAL DO PORTADOR DE DOENÇA DE CHAGAS .....	77



5.2	CARACTERIZAÇÃO DE ASPECTOS CLÍNICOS DO PORTADOR DE DOENÇA DE CHAGAS.....	82
5.3	ASPECTOS RELEVANTES CONDICIONANTES DO COTIDIANO.....	87
	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>89</b>
	<b>SUGESTÕES .....</b>	<b>90</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE .....</b>	<b>99</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>105</b>

## INTRODUÇÃO

A doença de Chagas ou tripanossomíase americana é uma zoonose que afeta de 16 a 18 milhões de pessoas na América Latina, sendo no Brasil, 6 a 8 milhões de infectados. É considerada como a quarta causa de maior dano entre as doenças transmissíveis na América. A forma de transmissão da doença é principalmente a vetorial, em 80 a 90% dos casos. O agente etiológico da doença de Chagas, o *Trypanosoma cruzi*, é um protozoário flagelado e seu ciclo evolutivo de vida inclui a passagem obrigatória por hospedeiros de várias ordens de mamíferos, inclusive o homem. Os vetores são insetos hemípteros, hematófagos, conhecidos por barbeiros ou chupança, dos gêneros *Panstrongylus*, *Rhodnius* e *Triatoma*, pertencentes à família Reduviidae, sub-família Triatominae. As manifestações clínicas da doença de Chagas podem aparecer após um período de latência superior a uma década (COURA, 2003; MADY; IANNI, 2005; MASSIE; AMIDON, 2004; MELO; PARENTE; VICTOR, 2005).

No início do século XX, a doença de Chagas era predominante na população rural. No entanto, em decorrência do êxodo rural, a partir da década de 30, com a migração de indivíduos para as grandes cidades em busca de melhores oportunidades de emprego, houve a migração de chagásicos, provocando a urbanização da doença. Assim, a doença de Chagas surgiu nos serviços de saúde urbanos, estimando-se hoje que, cerca de 60 a 70% dos pacientes reside em grandes centros, sobretudo na periferia, em condições socioeconômicas precárias, similares àquelas vivenciadas no meio rural (OLIVEIRA JÚNIOR et al., 2005).

A habitação humana é considerada como o fator mais importante na epidemiologia da doença de Chagas. Casas construídas de pau-a-pique, barreadas, de madeira e sapé, constituem o biótopo ideal para certas espécies de triatomíneos, encontrados nas fendas de casas que abrigam famílias de baixo poder aquisitivo, comuns na zona rural do Brasil. No entanto, em circunstâncias especiais, o *T. infestans* pode procriar em casas de alvenaria (COUTINHO, 1972; MADY; IANNI, 2005).

Nas últimas décadas, a doença de Chagas sofreu uma transição do ponto de vista epidemiológico, em consequência de medidas que vem sendo tomadas há vários anos. Desde a década de 80, o Brasil tem realizado uma campanha nacional de combate à doença de Chagas que, inicialmente, previa a erradicação do principal vetor, o *Triatoma infestans*. A

mortalidade no biênio 1980-1981 foi de 6.367 casos, e no biênio 1999-2000 foi de 5.066, ou seja, uma redução de 25,7% no período de vinte anos. Paralelamente, nas últimas décadas ocorreram melhorias de condições de vida e a urbanização das populações rurais, fatos esses que forçosamente determinaram mudanças no perfil da população de chagásicos (LAURENTI, 2005; KAMIJI; OLIVEIRA, 2005).

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

O Programa de Saúde da Família (PSF) é entendido como uma estratégia do Ministério da Saúde, que tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, substituindo o modelo biomédico tradicional de assistência voltado à cura de doenças por uma ferramenta para garantir a ampliação dos serviços de promoção à saúde (FAUSTINO et al., 2003; MARQUES; SILVA, 2003).

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

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

O modelo de assistência de enfermagem, enquanto estratégia para o alcance da qualidade assistencial, possibilita o levantamento das necessidades do paciente, o planejamento e a implementação do cuidado, favorecendo a criação de mecanismos de avaliação da assistência prestada, possibilitando ainda a documentação e a visualização das ações de enfermagem e de seus resultados (FUGULIN; ANDREONI; RAVAGLIO, 2001).

Desta forma, a assistência de enfermagem sistematizada ao paciente crônico deve responder as necessidades do paciente, tanto na prestação de cuidados, como na orientação para o auto-cuidado. O acompanhamento contínuo e integral destes pacientes é fundamental para a melhoria da sua qualidade de vida.

A doença de Chagas constitui importante causa de mortalidade no país em decorrência do agravamento da doença. Quando não morrem, a maioria dos portadores evolui para a fase crônica da doença, que pode se manifestar nas formas clínicas: indeterminada, cardíaca, digestiva ou cárdio-digestiva. Este quadro leva a um aumento do número de aposentadorias precoces por invalidez, gerando importante impacto socioeconômico, principalmente em regiões do país onde o número de casos é mais elevado. Dada à ausência de um tratamento efetivo da doença de Chagas, a prevenção da infecção reveste-se de notável importância no controle da doença. Medidas profiláticas que visem, primariamente, o combate ao vetor e o controle rigoroso de transfusões de sangue são as mais relevantes. Para os pacientes acometidos pela doença, é necessária atenção secundária e terciária, principalmente para os que desenvolvem a forma cardíaca e evoluem para quadros de insuficiência cardíaca e arritmias.

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

Até o momento, estudos científicos no campo da enfermagem que utilizem o modelo de assistência de enfermagem para portadores de Chagas são escassos.

Portanto, o levantamento da prevalência de portadores de doença de Chagas e de suas limitações em decorrência do agravo da doença é o primeiro passo para que ocorra a adequação do planejamento que norteie as ações do serviço de saúde.

Neste estudo, pretendeu-se caracterizar o perfil clínico-epidemiológico do portador de doença de Chagas cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Votuporanga - SP; caracterizar a inserção social deste portador; caracterizar aspectos clínicos quanto à: forma clínica da doença de Chagas, sintomas referidos, fatores de risco cardiovascular, co-morbidades associadas, tratamentos e ainda, identificar aspectos relevantes

do adoecimento condicionantes do cotidiano, com a proposição de subsidiar a adequação das ações dos serviços de saúde.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 TRANSMISSÃO DA DOENÇA DE CHAGAS

A doença de Chagas constitui, ainda hoje, um importante problema de saúde pública na América Latina, onde estudos epidemiológicos realizados em diversos países apresentam altas taxas de prevalência e ressaltam a persistência de fatores de risco para a infecção por *T. cruzi* (UCHÔA; ROSEMBERG; PORTO, 2002).

O *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) é o agente etiológico da doença de Chagas, descoberto em 1909, no norte de Minas Gerais, por Carlos Chagas, médico sanitário e cientista brasileiro. Além da descoberta do agente etiológico, Chagas também descreveu a biologia do *T. cruzi* no hospedeiro vertebrado e invertebrado, seus reservatórios e diversos aspectos da patogenia e sintomatologia da doença. Teria sido esta, a primeira vez na história da medicina, que um mesmo pesquisador identificava o vetor, o agente etiológico e a doença causada por esse parasito (LANA; TARUFI, 1991; KROPPF; AZEVEDO; FERREIRA, 2000).

A transmissão natural ou primária da doença de Chagas é a vetorial. Ocorre durante o hematofagismo, quando o triatomíneo ao picar os vertebrados, elimina excretas contendo formas infectantes de tripomastigotas metacíclicos presentes em suas fezes, os quais penetram pelo orifício da picada ou por solução de continuidade deixada pelo ato de coçar. A transmissão por transfusão sanguínea constitui outro mecanismo de importância epidemiológica na transmissão da doença de Chagas, além da transmissão congênita (BRASIL, 2005).

Mecanismos alternativos de veiculação de *T. cruzi* podem ocorrer, mas não apresentam importância no contexto da endemia, como por exemplo: por leite materno, por transplante de órgãos, acidentalmente em laboratório e por via oral. Uma via de transmissão, considerada rara, é a via sexual e quaisquer outras que promovam o contato de sangue de um indivíduo infectado com mucosa ou pele de outro susceptível, desde que, neste último caso, haja lesões na pele (WANDERLEY, 1994; RASSI et al., 2004; SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

A presença de antecedentes epidemiológicos positivos para a doença de

Chagas, como procedência de áreas endêmicas, história de transfusão de sangue, sobretudo antes da década de 1980, e ainda filhos de mães chagásicas, é de grande importância para a suspeita inicial do diagnóstico da doença (RASSI, 2003).

### 1.1.1 Transmissão vetorial

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

O processo de adaptação dos triatomíneos ao domicílio humano dependeu de fatores como o desmatamento e rareamento dos animais silvestres, suas fontes naturais de alimentação, assim, os triatomíneos passaram a se alimentar de animais domésticos e do próprio homem, adaptando-se ao peridomicílio e domicílio (COURA, 2003). Por outro lado, alguns vertebrados silvestres marsupiais e roedores também se aproximaram das moradias e se adaptaram aos ecótopos artificiais, em decorrência das mudanças no meio ambiente (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

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

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

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

### 1.1.2 Transmissão transfusional

Na década de 40 ocorreu a intensificação do processo migratório campo-cidade, quando observou-se a “urbanização da doença de Chagas”. O aumento de chagásicos nas áreas metropolitanas favoreceu o aumento da transmissão transfusional (MARANHÃO; CORREIA; SILVA, 1999).

A partir da década de 80, a adoção de medidas preventivas de transmissão da síndrome da imunodeficiência humana adquirida e da hepatite pelo vírus B, permitiu controlar também a transmissão da doença de Chagas por meio das transfusões de sangue e derivados (CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS, 2005).

O Ministério da Saúde regulamenta a triagem sorológica de candidatos à doação de sangue, sendo exigidos, de cada doador, pelo menos dois testes sorológicos, baseados em diferentes princípios (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

Como a maioria dos indivíduos infectados pelo *T. cruzi* alberga o parasito nos tecidos e sangue durante toda a vida, eles devem ser excluídos de doações de sangue e órgãos (BRASIL, 2005).

No Estado de São Paulo, as ações de controle do sangue para transfusões no Estado de São Paulo foram implementadas pela Secretaria de Saúde a partir de 1988, com índices de cobertura de seleção de doadores próximos de 100% já em 1990 (WANDERLEY, 1994). Portanto, a transmissão transfusional da doença de Chagas constitui fenômeno raro dado as condições que se pratica a hemoterapia no Estado de São Paulo, atingem valores próximos de zero; entretanto varia de 2 a 4% na América Latina em geral (WANDERLEY, 1994; SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

Em um estudo realizado por Sobreira et al. (2001), num hemocentro regional no Ceará, utilizando os testes Ensaio Imunoenzimático (ELISA) e Hemaglutinação Passiva Reversa (HPR), de 3.232 doadores analisados entre 1996 a 1997, 61 (1,9%) foram soropositivos para doença de Chagas. O maior número de soropositividade foi encontrado na faixa etária de 41 a 50 anos, entretanto, o maior número de doadores que procura o banco de sangue está na faixa etária entre 18 a 30 anos. Assim, a utilização de dois ou mais testes em bancos de sangue poderá prevenir a transmissão da doença de Chagas associada à transfusão.

Segundo o Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2005), no estágio atual de controle vetorial e transfusional, a transmissão vertical pelo *T. cruzi* passa a ser o principal mecanismo de transmissão no Brasil.



### 1.1.3 Transmissão vertical da doença de Chagas

A transmissão congênita ou vertical é entendida como mecanismo residual de perpetuação da infecção da doença de Chagas (WANDERLEY, 1994). Ocorre quando a mãe é portadora e transmite o *T. cruzi* para o feto através da placenta. A mortalidade após o nascimento é alta e o diagnóstico diferencial se faz pela presença de *T. cruzi* na placenta ou pesquisa de IgM-anti *T. cruzi* no soro do recém-nascido (LANA; TARUFI, 1991).

A transmissão vertical deve ser considerada em crianças nascidas de mães com sorologia positiva para *T. cruzi*. Apesar de não existir um marcador clínico específico para a doença congênita, são descritos: prematuridade, baixo peso, hepatoesplenomegalia e febre. Muito dos conceptos de mães chagásicas apresentam morte prematura (BRASIL, 2005). A triagem da transmissão vertical da doença de Chagas pode ser feita por meio do exame de sangue no pré-natal da gestante. O resultado positivo sinaliza a infecção materna e deve ser encaminhado ao Serviço de Referência da Triagem Neonatal. A gestante infectada deve ser acompanhada durante toda a gestação, estando contra-indicado nesta fase o tratamento etiológico em decorrência da toxicidade das drogas disponíveis (CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS, 2005).

Para o Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2005, p.12),

a melhor estratégia para identificação de transmissão vertical da doença de Chagas, em saúde pública, será pela inserção do Programa Nacional de Triagem Neonatal (teste do pezinho), uma vez que já existe uma estrutura laboratorial, com ambulatório multidisciplinar especializado, rede assistencial complementar e sistema de informação automatizado em todos os Estados (Portaria GM/ MS nº 822/2001).

A doença de Chagas congênita é considerada aguda e, portanto, de notificação obrigatória, devendo-se iniciar o tratamento etiológico imediatamente.

Segundo Dias e Schofield (1998), espera-se a redução da transmissão congênita, uma vez que no prazo de 10 ou 20 anos, não mais se observarão mulheres chagásicas em idade fértil.

Quanto ao aleitamento materno, não deve ser proibido, exceto quando a mãe estiver na fase aguda da infecção de Chagas ou apresentar sangramento mamilar (RASSI et al., 2004).

#### 1.1.4 Transmissão oral da doença de Chagas

Outra forma de transmissão descrita na literatura é a oral, através da ingestão de alimentos contaminados por *T. cruzi*, como por exemplo, carnes de caça cruas ou mal cozidas ou quando durante o preparo de algum alimento possa ter ocorrido contaminação com material do próprio vetor infectado, causando surtos de intoxicação alimentar (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006; PÉREZ-GUTIÉRREZ; AGRELO; FIGUEROA, 2006).

A transmissão oral da doença de Chagas a seres humanos e outros mamíferos, foi demonstrada experimental, clínica e epidemiologicamente e hoje deve ser considerada como uma importante via de transmissão geradora de morbidade e mortalidade através das formas aguda da afecção (PÉREZ-GUTIÉRREZ; AGRELO; FIGUEROA, 2006).

O primeiro surto de infecção por *T. cruzi* por via oral foi relatado em 1968, em uma escola agrícola no Rio Grande do Sul, quando 17 alunos apresentaram o quadro agudo da doença de Chagas e seis morreram (STEINDEL; DIAS; ROMANHA, 2005).

Nas últimas décadas, surtos de doença de Chagas aguda, relacionados à ingestão de açaí têm sido registrados com relativa frequência em diferentes municípios da região Amazônica (STEINDEL; DIAS; ROMANHA, 2005).

Recentemente, foram relatados no Paraná casos da doença de Chagas na forma aguda, conseqüentes à transmissão por via oral após a ingestão de caldo de cana contaminado com fezes de barbeiros (BRASIL, 2005).

Em março de 2005, em Santa Catarina, também ocorreu um surto de infecção por *T. cruzi* por via oral em 25 pessoas, com três mortes após a ingestão de caldo de cana. Este registro de surto, numa área turística do sul do Brasil, não endêmica, concitou a atenção internacional em decorrência de ter afetado a um grupo de turistas internacionais e de ter sido registrada alta morbidade e mortalidade (PÉREZ-GUTIÉRREZ; AGRELO; FIGUEROA, 2006; STEINDEL; DIAS; ROMANHA, 2005).

Através da Consulta Técnica da transmissão da doença de Chagas por via oral, conclui-se que esta forma de transmissão de *T. cruzi* deve estar inserida em Programas Nacionais de Prevenção e Controle da Doença de Chagas, em Programas Nacionais de Prevenção e Controle de Doenças Transmitidas por Alimentos e dos Setores Nacionais de Inocuidade de Alimentos de forma coordenada, desenvolvendo componentes de prevenção, manejo e controle específicos, que operem dentro de estratégias de vigilância epidemiológica e atenção primária, de forma descentralizada e intersetorial (PÉREZ-GUTIÉRREZ;

AGRELO; FIGUEROA, 2006).

## 1.2 ETIOPATOGENIA DA DOENÇA DE CHAGAS

Os triatomíneos são insetos hemípteros e hematófagos, vivem em média de um a dois anos, apresentam hábitos noturnos, grande capacidade reprodutora e enorme capacidade ao jejum prolongado. São susceptíveis à infecção pelo *T. cruzi* em qualquer um dos seus estágios evolutivos, a partir da sucção do sangue do mamífero infectado (MARANHÃO; CORREIA; SILVA, 1999; COURA, 2003).

Existem mais de 120 espécies de vetores conhecidos, sendo 48 identificadas no Brasil. Por ordem de importância na transmissão vetorial da doença de Chagas para o homem, estão: *Triatoma infestans*, *T. brasiliensis*, *Panstrongylus megistus*, *T. pseudomaculata* e *T. sordida* (BRASIL, 2005).

Apresentam tamanho relativamente grande, geralmente pretos ou acinzentados e possuem manchas vermelhas, amarelas ou alaranjadas ao redor do abdome. Na fase adulta apresentam dois pares de asas, das quais a parte superior compõe-se de uma parte mais endurecida e outra mais fina; por isso são chamados de hemípteros, ou seja, sua asa é metade dura e metade flexível. Os triatomíneos alimentam-se somente de sangue e por isso são hematófagos (DIAS, 2007).

Os animais domésticos e silvestres naturalmente encontrados infectados pelo *T. cruzi* são: galo, cão, porco doméstico, rato doméstico, macaco de cheiro, sagüi, tatu, gambá, cotia, morcego, dentre outros e deve-se dispensar especial atenção para aqueles que coabitam ou estão muito próximos do homem (BRASIL, 2005).

Nos vertebrados, o *T. cruzi* circula no sangue e se multiplica nos tecidos. Nos triatomíneos, o protozoário instala-se e multiplica-se no tubo digestivo e no sistema urinário, sendo suas formas infectantes eliminadas nas fezes e urina sobre o tecido cutâneo e mucosa do homem (MARANHÃO; CORREIA; SILVA, 1999; COURA, 2003).

Ao alimentarem-se, os triatomíneos injetam saliva sob a pele do indivíduo que lhes fornece alimento, o que produz a sensação de dor e prurido. O ato de coçar torna-se então um meio eficiente de levar fezes e urina contaminada do inseto, eliminadas durante o repasto, para o local da picada (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

O protozoário *T. cruzi* é capaz de viver e multiplicar-se nos tecidos de

mamíferos de pequeno e médio porte e no próprio homem nas formas amastigotas (forma intracelular no hospedeiro), forma epimastigotas (nos líquidos intersticiais) e no sangue circulante por meio de suas formas tripomastigotas, favorecendo assim a perpetuação dos ciclos silvestres e domésticos (MARANHÃO; CORREIA; SILVA, 1999; SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

A forma amastigota corresponde à forma reprodutiva. A célula, uma vez repleta de parasitas, rompe-se e libera formas capazes de penetrar em outras células e novamente se reproduzir. O contato do parasito com o hospedeiro geram fenômenos inflamatórios tanto locais, pela multiplicação do *T. cruzi*, ruptura da célula parasitada, liberação de fatores inflamatórios e respostas imunológicas do hospedeiro, como difusos que acontecem no miocárdio nas fases aguda e crônica da doença (MADY; IANNI, 2005).

### 1.3 DISTRIBUIÇÃO DA DOENÇA DE CHAGAS

A distribuição espacial da doença de Chagas está limitada ao hemisfério ocidental e ao continente Americano, do sul dos Estados Unidos até a Argentina, razão de esta doença ser conhecida também por tripanossomíase americana (BRASIL, 2005).

A doença de Chagas ocorre principalmente nas áreas mais pobres, em áreas rurais, onde persistem condições de desnutrição, analfabetismo, falta de higiene entre outros. Devem-se promover melhorias na habitação, rebocando-se as paredes, tornando-as livres de fendas, afastando a possibilidade de procriação do inseto (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).



**Figura 1** – Distribuição da doença de Chagas no continente Americano  
**Fonte:** BRASIL, 2007a.

Segundo o Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2005), no final dos anos 70, 18 estados eram incluídos como áreas endêmicas, com mais de 2.200 municípios, com a presença de triatomíneos domiciliados e a região Amazônica estava excluída desta área de risco; isso porque na região da Amazônia não há vetores que colonizem o domicílio e por consequência não existe a transmissão domiciliar da infecção no homem. Os mecanismos de transmissão para a região Amazônica a serem considerados são: transmissão oral, vetorial extradomiciliar e transmissão domiciliar ou peridomiciliar sem colonização do vetor.

Estudos alertam para detecção de três novos casos de miocardiopatia chagásica crônica em pacientes autóctones do Rio Negro - Amazonas, confirmados por sorologia para infecção pelo *T. cruzi*, com quadro de insuficiência cardíaca congestiva e distúrbio de condução intraventricular nos três casos. Estes são os primeiros casos descritos de cardiopatia chagásica crônica autóctone do Amazonas com padrão ecocardiográfico sugestivo da doença de Chagas (XAVIER et al., 2006).

O Estado de São Paulo atingiu, na década de 50, o ápice de transmissão da doença de Chagas e houve uma distribuição generalizada de seu principal vetor, o *T. infestans*, na maior parte de seu território rural. A distribuição do *T. infestans* no Estado de São Paulo foi facilitada pelo processo de expansão da fronteira agrícola provocada pela cultura do café, aliada ao fenômeno das migrações internas, a precariedade das habitações e à falta de hábitos de higiene da população (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006). Entre os anos de 1977 a 1986, foi registrada uma média de 1.500 mortes anuais no Estado de São Paulo em decorrência da doença de Chagas (MADY; IANNI, 2005).

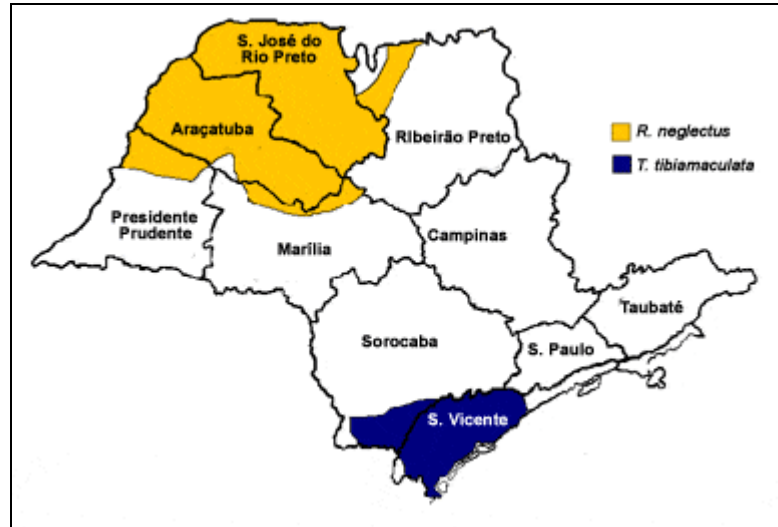
Nos anos de 80, era encontrado o *T. infestans* em mais de 720 municípios brasileiros, já em 2003 esse número se reduziu para 29. Os pequenos focos dessa espécie são encontrados principalmente nos Rio Grande do Sul e Bahia (BRASIL, 2007b).

Para Wanderley (1994), o controle e transmissão da doença de Chagas no Estado de São Paulo não constituem nos dias atuais um problema de saúde pública e o risco de ocorrência de casos agudos se restringe a eventos isolados e supõe que a atual incidência da doença no Estado seja próxima de zero.

No Estado de São Paulo, a Superintendência de Controle de Endemias – SUCEN, Autarquia vinculada a Secretaria do Estado de São Paulo, realiza o trabalho de controle químico na área rural, porém a aplicação de inseticidas não significa que o triatomíneo não aparecerá novamente, assim, a participação da população se torna fundamental, notificando aos setores competentes o encontro de insetos suspeitos (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

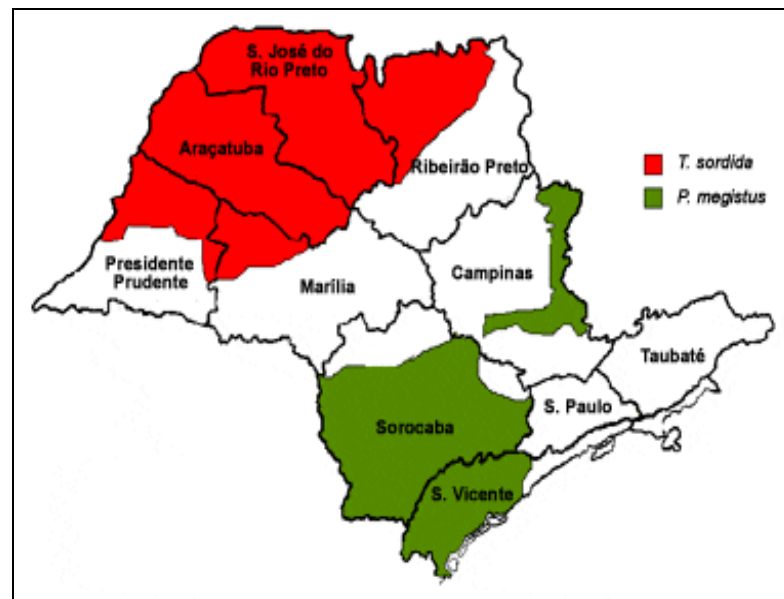
### 1.3.1 Distribuição geográfica dos vetores no Estado de São Paulo

As espécies presentes no Estado de São Paulo são consideradas secundárias e predominantemente peridomiciliares. Destacam-se, entre eles, o *Triatoma sordida* (Figuras 3) e o *Rhodnius neglectus* (Figura 2), dispersos na região do planalto, incluindo as regiões de Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Araçatuba, *Panstrongylus megistus* (Figuras 3) encontrado nas regiões do Vale do Ribeira, Sorocaba, Campinas e em municípios da região de Ribeirão Preto, que fazem divisa com o Estado de Minas Gerais e o *Triatoma tibiamaculata* (Figura 2) encontrado na região do Vale do Ribeira (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).



**Figura 2** - Distribuição de *Rhodnius neglectus* e *Triatoma tibiamaculata* no Estado de São Paulo, 1999.

**Fonte:** DOT/SUCEN, 1999 apud SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006.



**Figura 3** - Distribuição de *Triatoma sordida* e *Panstrongylus megistus* no Estado de São Paulo, 1999.

**Fonte:** DOT/SUCEN, 1999 apud SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006.

#### 1.4 FORMA CLÍNICA DA DOENÇA DE CHAGAS

Entre os determinantes da doença de Chagas, devemos considerar a dimensão do inóculo, isto é, o número de tripanosomas inoculados na infecção inicial e nas reinfecções,

as características das cepas infectantes e a resposta imunológica do hospedeiro (COURA, 2003).

A forma aguda da doença de Chagas é a fase inicial, de notificação compulsória e corresponde a fenômenos clínicos que se estabelecem nos primeiros dias ou meses da infecção inicial. Caracterizada por febre (pouco elevada), mal estar geral, cefaléia, astenia, edema, hipertrofia de linfonodos e hepato-esplenomegalia. Com frequência, a fase aguda passa despercebida, pois seus sintomas podem confundi-se com os de diversas infecções (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006; BRASIL, 2005).

Quando a porta de entrada do *T. cruzi* é a conjuntiva ocular, pode ocorrer edema periorbital unilateral, conhecido como sinal de Romana-Mazza, e quando a penetração ocorre em outros locais da superfície corporal, a lesão produzida recebe o nome de “chagoma de inoculação” (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

A descoberta da doença na fase inicial é extremamente importante, pois os recursos de tratamento disponíveis podem proporcionar cura total da infecção, especialmente se a medicação for dada adequada e precocemente (DIAS; DIAS, 2007).

Os casos crônicos da doença de Chagas não são de notificação compulsória, sendo que a grande maioria dos portadores encontra-se na forma crônica da doença de Chagas, que pode se manifestar nas seguintes formas clínicas: indeterminada, cardíaca, cárdio-digestiva e/ou digestiva.

Ao contrário do que ocorre na fase aguda, na fase crônica da doença há poucos parasitas circulantes, controlados por altos níveis de anticorpos anti - *T. cruzi* (STEINDEL; DIAS; ROMANHA, 2005).

A doença de Chagas crônica é pouco suscetível ao tratamento específico e seus índices de cura variam de 8% para casos crônicos antigos e 60% para os pacientes com pouca idade ou crônicos recentes (STEINDEL; DIAS; ROMANHA, 2005).

#### 1.4.1 Forma indeterminada

No Brasil, atualmente, existem cinco a seis milhões de pessoas infectadas pelo *T. cruzi*. A forma mais frequente da doença é a indeterminada, ou latência, com aproximadamente 60% da população de pessoas infectadas. Um paciente com doença de Chagas é considerado na forma indeterminada quando é assintomático em relação ao sistema



cardiovascular e digestivo, tem pelo menos duas reações sorológicas distintas positivas para a doença de Chagas, eletrocardiograma de repouso, estudo radiológico do coração, esôfago e cólon normais. O diagnóstico dessa forma de doença não é feito frequentemente em decorrência de o paciente ser assintomático, procurando atendimento médico apenas ao ter conhecimento de algum parente infectado ou ao doar sangue, quando ficam cientes da soropositividade das reações sorológicas (IANNI, 2000).

Em estudo realizado com um grupo de 160 pacientes chagásicos na forma indeterminada, seguidos por um período de 14 anos, observou-se que 21% apresentavam alterações eletrocardiográficas durante esse período, sendo que em apenas 9% essas alterações puderam com certeza ser atribuídas à doença de Chagas (IANNI, 2000).

Entretanto, segundo a autora, as alterações eletrocardiográficas não traduzem piora do prognóstico de portadores de doença de Chagas na forma indeterminada.

Segundo o Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2005), os portadores da doença de Chagas na forma indeterminada, deverão ser atendidos preferencialmente nos Serviços de Atenção Primária, recomendando-se a realização da consulta médica e eletrocardiografia de repouso uma vez por ano. A prática de atividades físicas não está contraindicada e não existe a restrição à atividade sexual. Para atividades que requerem grande demanda de esforço físico e/ou estresse psicológico, pode-se solicitar avaliação complementar adequada. Em virtude do caráter de benignidade da doença na forma indeterminada, não se justifica a prática comum de solicitação de exames sorológicos para a doença de Chagas para avaliação pré-admissional e nos exames periódicos realizados por instituições e/ou empresas públicas ou privadas.

É aceita a idéia de que a maior parte dos chagásicos permanece na forma indeterminada pelo resto de suas vidas e apenas uma proporção pequena desses indivíduos evolui para a fase denominada crônica, em que são identificados sintomas de comprometimento cardíaco, com aumento do volume do coração, ou com aumento do diâmetro de regiões do trato digestório (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

Segundo Steindel, Dias e Romanha (2005), somente de 2 a 3% dos chagásicos na forma indeterminada da doença evoluem para uma forma crônica determinada anualmente.

A avaliação do risco cirúrgico do portador da forma indeterminada é comparável ao da população em geral. Necessita especial atenção o chagásico na forma indeterminada submetido à imunossupressão em decorrência do potencial risco de reativação da doença (CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS, 2005).

#### 1.4.2 Forma cardíaca

A forma cardíaca é considerada a mais importante forma de limitação ao doente chagásico, geralmente complicada por insuficiência cardíaca congestiva e arritmia (NUNES, 2005; MADY et al., 2005). A cardiopatia chagásica crônica é a principal responsável pela elevada morbi-mortalidade da doença de Chagas, com grande impacto social e médico-trabalhista (CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS, 2005).

O quadro clínico pode ser extremamente variável, os sinais e sintomas presentes se expressam pelo aparecimento de três síndromes, que podem apresentar-se isoladas ou mais frequentemente pela combinação sindrômica de insuficiência cardíaca (IC), arritmia e tromboembolismo (NUNES, 2005; MADY; IANNI, 2005).

As manifestações da cardiopatia chagásica crônica resultam da inflamação das lesões celulares e da fibrose que o *T. cruzi* provoca diretamente ou indiretamente no miocárdio, no tecido especializado de condução e no sistema nervoso autônomo intracárdico. A diminuição progressiva da massa muscular miocárdica e a formação de extensas áreas de fibrose contribuem para o aparecimento da IC (RASSI, 2003; NUNES, 2005).

Seus principais sinais e sintomas são: palpitação, dispnéia, edema, dor precordial, dispnéia paroxística noturna, tosse, tontura, desmaio, acidentes embólicos, extrasístolias, desdobramento de segunda bulha, sopro sistólico e hipofonese de segunda bulha (BRASIL, 2005).

Apresenta pior prognóstico do que a miocardiopatia dilatada idiopática, em decorrência da mortalidade do chagásico ser maior em comparação aos pacientes portadores de miocardiopatia dilatada idiopática que apresentam condições clínicas, hemodinâmicas e de arritmias ventriculares complexas similares e esta razão de comportamento é obscura (NUNES, 2005).

Para Barretto (2000), a evolução dos pacientes com IC difere conforme a etiologia da doença, de forma que os pacientes com IC por doença de Chagas evoluem com mau prognóstico.

Segundo a I Diretriz Latino-Americana para Avaliação e Conduta na Insuficiência Cardíaca Descompensada (2005), a IC na fase crônica do chagásico evolui lentamente, surgindo em média após 20 anos ou mais da infecção aguda. A falência cardíaca biventricular, com predomínio dos sintomas relacionados ao maior comprometimento do ventrículo direito é a forma mais freqüente de apresentação.

O surgimento da IC na cardiopatia chagásica pode ser considerado um evento tardio, manifestando-se mais tardiamente que a arritmia (RASSI, 2003).

A ênfase do histórico de enfermagem para o paciente com IC está centrada na observação dos sinais e sintomas de retenção hídrica pulmonar e sistêmica (SMELTZER; BARE, 1999a).

O Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2005) preconiza que o tratamento da IC no chagásico cardiopata visa reduzir os sintomas, retardar a evolução da disfunção ventricular e prolongar a sobrevida e melhora da qualidade de vida. Como medidas gerais: dieta para correção da obesidade e manutenção do peso ideal; ingestão controlada de sal: 3 a 4g/dia de cloreto de sódio para aqueles com doença leve e moderada ou 2g/dia para os casos mais graves; restrição hídrica para casos mais graves; não ingestão de bebida alcoólica; eliminação de fatores agravantes; atividade física individualizada de acordo com o grau de insuficiência cardíaca e a idade do paciente; vacinação contra influenza (anual) e pneumonia (a cada três anos) nos pacientes com IC avançada.

O paciente deve ser ajudado a compreender que a IC pode ser controlada, tendo à enfermagem a responsabilidade de orientações para melhor envolvê-lo no esquema terapêutico para promover a cooperação e a adesão ao tratamento (SMELTZER; BARE, 1999a).

Em relação ao posicionamento do paciente com IC descompensada, como prescrição de enfermagem, deve-se elevar a cabeceira da cama sobre blocos de 20 a 30 cm, ou o paciente deve ser colocado confortavelmente em uma poltrona, dessa forma, o retorno venoso ao coração e pulmões é reduzido, a congestão pulmonar é aliviada e a compressão do fígado sobre o diafragma é atenuada (SMELTZER; BARE, 1999a).

As atividades da vida diária devem ser planejadas para minimizar a dispnéia e a fadiga. Qualquer atividade que produza estes sintomas, devem ser evitadas, ou implementadas as adaptações necessárias (SMELTZER; BARE, 1999a).

O raio X de tórax pode revelar cardiomegalia global discreta, moderada ou acentuada, aumento isolado do ventrículo esquerdo, aumento biventricular, congestão vascular pulmonar (BRASIL, 2005).

O ecocardiograma, por ser um método não invasivo de fácil execução, é o exame preferível para avaliar a função miocárdica, permitindo identificar marcadores importantes para estadiamento da cardiopatia (CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS, 2005).

As arritmias cardíacas são extremamente frequentes e de tipos variados, sendo

a extra-sístolia ventricular a arritmia mais encontrada. A arritmia e a disfunção ventricular, analisadas isoladas ou associadamente na evolução da doença de Chagas, são importantes marcadores de sobrevida. Esta associação entre arritmia e disfunção ventricular é tão intensa, que se podem considerar a arritmia ventricular e sua malignidade, como marcadores de disfunção ventricular (NUNES, 2005).

A arritmia cardíaca no chagásico ocorre devido à presença de focos inflamatórios no sistema de condução. Estes produzem alterações eletrofisiológicas e favorecem o aparecimento de reentrada, o principal mecanismo de taquiarritmias ventriculares presentes na cardiopatia (RASSI, 2003).

Durante o exame físico de enfermagem, a avaliação deve ser conduzida quanto à presença de sinais de débito cardíaco diminuído em decorrência da arritmia, como pele fria e pálida, distensão das veias do pescoço e presença de estertores e sibilos pulmonares. O pulso deve ser examinado no foco apical (localizado no cruzamento do 5º espaço intercostal esquerdo, cruzando com a linha hemiclavicular) e periféricamente quanto à frequência e ritmo. Deve-se atentar quanto à diferença da frequência do pulso apical e periférico que podem indicar uma arritmia cardíaca (SMELTZER; BARE, 1999b; BARROS et al., 2002).

Vários autores têm procurado identificar fatores que predispõem o paciente chagásico ao maior risco de morte súbita, assim, variáveis como pré-síncope, síncope, disfunção ventricular e insuficiência cardíaca, arritmias cardíacas e parada cardíaca prévia, podem ser classificadas como preditores maiores e menores de morte súbita (RASSI JÚNIOR; RASSI; RASSI, 2003).

Os êmbolos cardíacos podem atingir tanto a circulação pulmonar, quanto à sistêmica, sendo o território cerebral aquele que clinicamente mais se evidencia. A estimativa do risco de acidente tromboembólico na doença de Chagas é limitada, por não existirem estudos satisfatórios a respeito (CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS, 2005).

#### 1.4.3 Forma digestiva

Caracterizam-se por alterações ao longo do trato digestório, pelo acometimento do esôfago e intestino grosso, sendo respectivamente, megaesôfago e megacólon as

expressões mais usadas e estudadas da forma digestiva da doença de Chagas (MENEGHELLI, 2004).

A forma digestiva é ocasionada por lesões de plexos nervosos (destruição neuronal simpática), com conseqüentes alterações da motilidade e morfologia do trato digestório (BRASIL, 2005).

No caso do acometimento do esôfago, o resultado é a dificuldade progressiva em realizar-se a deglutição, inicialmente para os alimentos mais duros e secos e posteriormente para qualquer tipo de alimento, mesmo os líquidos. Em áreas onde a doença ocorre com maior freqüência, estes sintomas são popularmente conhecidos como “mal de engasgo”, “embuchamento” ou “empazinamento” (DIAS; DIAS, 2007).

Segundo o Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2005), utilizam-se como método diagnóstico para megaesôfago: clínico, sendo a disfagia o sintoma predominante; exame de raio-X de esôfago; endoscopia digestiva alta e exame manométrico. O tratamento do megaesôfago pode ser clínico, cirúrgico, por dilatação ou métodos alternativos com uso de drogas relaxantes do esfíncter inferior do esôfago. Utilizam-se como método diagnóstico de megacólon: clínico, sendo a constipação o sintoma predominante; enema opaco (aumento do calibre da sigmóide em relação ao normal é o elemento de definição) e colonoscopia (importante para o diagnóstico de doenças associadas).

Os principais sinais e sintomas de megaesôfago são: disfagia, regurgitação, epigastralgia ou dor retroesternal, odinofagia (dor à deglutição), soluço, ptialismo (excesso de salivação), emagrecimento (podendo chegar à caquexia), hipertrofia de parótidas. O megacólon se caracteriza por constipação (instalação lenta ou insidiosa), meteorismo, distensão abdominal e fecaloma (BRASIL, 2005).

Em estudo realizado por Kamiji e Oliveira (2005), a população de portadores da forma digestiva da doença de Chagas atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é majoritariamente geriátrica e apresenta freqüência elevada de doenças cardiovasculares, sugerindo risco elevado para o tratamento cirúrgico de megaesôfago e megacólon.

Uma vez diagnosticado o megaesôfago, são recomendados estudos para verificar o acometimento cardíaco e do cólon pelo *T. cruzi*. É importante lembrar que existem pacientes com epidemiologia e clínica compatíveis com a forma digestiva, no entanto, apresentam sorologia negativa para doença de Chagas; assim, estes pacientes merecem investigação (CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS, 2005).

## 1.5 CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS

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

A partir de 1975 foram instituídas ações sistematizadas de controle químico de populações domiciliadas do vetor (CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS, 2005).

Na década de 80, foi empreendida uma campanha nacional de combate à doença de Chagas com o objetivo de erradicação do *T. infestans*, o principal vetor da doença de Chagas no Brasil e nos países do Cone Sul (Argentina, Chile, Uruguai e Paraguai). A partir de 1991, com a chamada “Iniciativa do Cone Sul”, obteve-se um significativo impacto no controle da doença. Presume-se que, no final dos anos 90, existiam no Brasil cerca de cinco milhões de indivíduos infectados pelo *T. cruzi*, com pelo menos 60% destes vivendo na zona urbana (COURA, 2003; KAMIJI; OLIVEIRA, 2005).

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

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

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

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

As medidas profiláticas de controle do vetor, que impeçam a sua proliferação

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

O objetivo específico do Programa de Controle da Doença de Chagas no Estado de São Paulo prevê: investigar as manifestações humanas decorrentes do contato da população com triatomíneos potencialmente vetores; identificar e combater os focos domiciliares de triatomíneos e contribuir para a redução de fontes de infecção humana na cadeia de transmissão, identificando e encaminhando os portadores de infecção chagásica no sistema de saúde (SILVA; CARVALHO; RODRIGUES, 2006).

O Conselho Executivo da OMS, considerando o relatório do Diretor Geral sobre os progressos para a eliminação da transmissão da doença de Chagas na América Latina, em sua 51ª Assembléia de Saúde Mundial, declarou seu compromisso com a meta de interrupção da doença por volta do ano de 2010 (ARAÚJO et al., 2000).

Em estudo realizado por Monroy, a utilização das abordagens de ecossáude é fundamental para lidar com as doenças que surgem como consequência da destruição do ambiente onde vive o triatomíneo. Desta forma, estas abordagens de ecossáude constituem uma ferramenta dinâmica que ajuda a explorar a relação entre a saúde e as condições ambientais e de vida (IDRC, 2007).

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

## 1.6 TRATAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS

Como em toda doença infecciosa, presume-se que o tratamento e erradicação do agente etiológico detenham ou atenuem a evolução da doença.

Todo indivíduo com infecção chagásica deve ter acesso a um serviço de saúde

capaz de fazer o diagnóstico clínico, laboratorial, epidemiológico e identificar a fase da doença para definição do tratamento adequado (BRASIL, 2005).

O tratamento antiparasitário está indicado na fase aguda da doença de Chagas e na fase crônica recente, especialmente em crianças, jovens e em pacientes chagásicos imunodeprimidos (NUNES, 2005).

Os fármacos benzonidazol e nifurtimox estão disponíveis para uso clínico e apresentam atividade sobre as formas sanguínea e tissular do *T. cruzi*. O benzonidazol é o medicamento de escolha, sendo atualmente a única droga de escolha em nosso meio (NUNES, 2005).

O tratamento do portador de doença de Chagas na forma cardíaca deve ter controle periódico, semestral ou anual, com realização de eletrocardiograma convencional e provas sorológicas para avaliação da eficácia terapêutica. É importante salientar que as provas sorológicas podem levar de 10 a 15 anos para se negativarem (NUNES, 2005).

Intervenções terapêuticas clássicas para o tratamento da insuficiência cardíaca, como restrição salina, diurético, digitálico e vasodilatadores têm sido empregados para alívio sintomático em cardiopatia chagásica, com resultados satisfatórios (NUNES, 2005).

Apesar de inúmeros ensaios clínicos envolvendo drogas antiarrítmicas, a mortalidade dos cardiopatas crônicos chagásicos continua elevada, dependendo também do grau de acometimento miocárdico. Parece que os fármacos antiarrítmicos melhoram a qualidade de vida desses pacientes ao atenuarem os sintomas clínicos decorrentes das alterações do ritmo cardíaco (NUNES, 2005).

Dentre os tratamentos cirúrgicos, destaca-se o uso de marca-passos, já consagrados em chagásicos na forma cardíaca, nos casos de distúrbios avançados de condução atrioventricular. Quanto ao transplante cardíaco, necessita de atenção o esquema posológico imunossupressor para que não haja reativação da doença de Chagas no pós-operatório. O uso de desfibriladores implantáveis ainda não tem lugar definido na conduta terapêutica (MADY; IANNI, 2005).

Infelizmente não se dispõe de uma vacina para combater à doença de Chagas, por isso mesmo, não devem ser diminuídos os trabalhos de combate ao vetor.

Em estudo realizado por Uchôa et al. (2002), para investigar o universo de representações (maneira de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) em trabalhadores chagásicos de um serviço público de Belo Horizonte, quando investigados quanto ao tratamento da doença de Chagas, identificou-se neste grupo que a idéia de tratamento eficaz é aquele que cura. Desse modo, o tratamento da doença de Chagas é visto por estes indivíduos



como pouco eficaz, já que não tem cura e apenas prolonga indefinidamente a vida do indivíduo, assim, a inexistência de tratamento eficaz foi considerada por estes portadores como o principal agravamento da doença.

### 1.7 PERCEPÇÃO DOS CHAGÁSICOS SOBRE AS LIMITAÇÕES IMPOSTAS PELA DOENÇA

Araújo et al. (2000) descreve a criação do Programa ACHEI, na Universidade Federal de Maringá – PR, cuja finalidade foi prestar assistência ao chagásico através de educação integral com um espaço destinado para que estes pacientes possam compartilhar com seus iguais a dúvida sobre a qualidade de vida após o diagnóstico, o medo, a ansiedade, o estigma e a convivência com a família/grupo social criando a oportunidade e ambiente para que cada paciente reflita sobre sua própria história e ações frente o processo-doença.

A partir da própria fala dos membros do grupo, enfocando auto-estima e cidadania, os depoimentos revelavam medo, insegurança, desesperança e tristeza. Ainda observou-se que com o diagnóstico positivo, os pacientes manifestavam também o peso do preconceito existente, a sensação de ser portador de uma doença que apresenta caráter marginalizante e estigmatizante, uma vez que de acordo com o conhecimento popular a doença de Chagas não tem cura e está relacionado à pobreza (ARAÚJO et al., 2000).

É importante ressaltar que existem as limitações efetivamente impostas pela doença de Chagas e aquelas impostas pelo olhar do outro. Ser chagásico significa também ser visto como alguém vulnerável, limitado profissionalmente e ameaçado pela possibilidade de morte súbita e imprevisível, podendo determinar atitudes de comportamentos de discriminação que interferem na inserção social e profissional do soro-positivo (ARAÚJO et al., 2000).

### 1.8 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA

O Programa de Saúde da Família (PSF) é um modelo substitutivo para efetivação universal do SUS e seus princípios de universalização, descentralização e

integralidade. Conta com a participação da comunidade e tem o compromisso emergente de superação das inequidades sociais estabelecidas e a garantia que uma dada família esteja inserida em uma região com acesso aos serviços de saúde, os quais estão integrados aos demais conveniados ao SUS nos diferentes níveis de atenção. Garante também a referência e contra-referência, quando houver a necessidade de assistência com maior complexidade tecnológica para a solução dos problemas identificados na Atenção Básica (SOUSA, 2001).

O objetivo principal do PSF na reorganização da assistência médico-hospitalocêntrica é viabilizar a priorização das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo durante todo seu ciclo vital, da família e comunidade, de modo integral e contínuo (CAMPOS, 2003).

Assim, seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde, estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF.

Almeida e Mishima (2001) comentam que a saúde da família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado. Deve ser um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diversos poderes, possibilitando autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios para as equipes que se vêm inserindo no PSF.

Segundo as autoras, se esta integração não ocorrer, corre-se o risco de repetir o modelo de atenção desumanizada, fragmentada, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão de trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos.

Para a construção do projeto de saúde da família é necessário que os profissionais se complementem e construam uma ação de interação entre trabalhadores e usuários (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Segundo Ayres (2004), a promoção da saúde tem sido descrita como um novo e promissor paradigma na saúde. Seus principais constituintes estão na ênfase da integralidade do cuidado e prevenção, no compromisso com a qualidade de vida e na adoção da participação comunitária como peça fundamental para o planejamento e a avaliação dos serviços.

A promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença, e irem em direção a perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. Traz os serviços a reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados conjuntamente com as comunidades (BRASIL, 2002, p. 14).

Alves (2005) destaca a valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, bem como na resolutividade dos

problemas de saúde identificados na comunidade.

Para Machado (2006), o PSF ao se apresentar como uma proposta de substituição do modelo de assistência vigente reconhece que o problema reside no processo de trabalho, mas não o interpreta através da organização do saber crítico sobre a realidade dada, desenvolvendo uma assistência médico-centrada, operando majoritariamente na produção de procedimentos e não na produção de cuidados.

Marques e Silva (2003) corroboram que o enfermeiro desenvolvia inicialmente no PSF uma atuação assistencial, cuidadora, voltada para fora da unidade, centrada no usuário e comunidade e, atualmente, o trabalho está mais voltado para dentro da unidade, sendo mais focalizado nos procedimentos, tendo sua atuação limitada pela dinâmica da unidade, sendo essencialmente gerencial.

Portanto, é de extrema importância um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos no PSF, para que estes possam responder a este desafio de estabelecer um plano de ação que se volte para um “olhar vigilante e uma ação cuidadora”, sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade sobre uma população, compreendida como parceira da equipe de saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Assim, as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem ser sustentadas no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde-doença, cuidado, na autonomia e na responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

## 1.9 ADOECIMENTO CRÔNICO

O sistema de saúde está organizado em torno de um modelo de tratamento de casos agudos que não mais atendem as necessidades de muitos pacientes, especialmente para aqueles que apresentam condições crônicas, produzindo assim, um descompasso entre os problemas de saúde e o sistema (RELATÓRIO MUNDIAL, 2003).

É necessário que os sistemas de saúde se resguardem contra a fragmentação dos serviços. O tratamento de condições crônicas requer integração para garantir que as informações sejam compartilhadas entre diferentes cenários, prestadores e através do tempo (RELATÓRIO MUNDIAL, 2003).

Deste modo, habilidades avançadas de comunicação, técnicas de mudança de comportamento, educação do paciente e habilidades de aconselhamento são necessárias para auxiliar os portadores de doenças crônicas (RELATÓRIO MUNDIAL, 2003).

As evidências para as abordagens inovadoras nos cuidados para as condições crônicas, ainda, se encontram em fase inicial e a maioria dos projetos de avaliação de programas provém de países desenvolvidos (RELATÓRIO MUNDIAL, 2003).

O gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário; assim, o papel central e a responsabilidade do paciente devem ser enfatizados no sistema de saúde, para que este indivíduo possa promover sua própria saúde (RELATÓRIO MUNDIAL, 2003).

Portanto, o profissional de saúde deve orientar-se para transmitir conceitos positivos que promovam o bem estar e a qualidade de vida e não apenas o tratamento de doenças.

A visita domiciliar realizada pelo enfermeiro do PSF possibilita o acompanhamento, em longo prazo, dos pacientes com doenças crônicas, a identificação das necessidades dos pacientes e o ensino do auto cuidado.

Desse modo, a enfermagem deve identificar os problemas vivenciados por portadores de doença de Chagas, suas necessidades por cuidados, oferecendo-lhes informações sobre o seu processo de adoecimento, possíveis complicações e o auto-cuidado.

O olhar do profissional de saúde deve ser totalizante, com apreensão do subjetivo bio-psico-social, dessa forma, a assistência procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender as necessidades mais abrangentes do sujeito (ALVES, 2005).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Traçar o perfil clínico-epidemiológico do portador de doença de Chagas cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Votuporanga SP.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a inserção social do portador de doença de Chagas cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Votuporanga SP.
- Caracterizar aspectos clínicos quanto a:
  - forma da doença de Chagas;
  - co-morbidades associadas;
  - fatores de risco cardiovascular;
  - sintomas referidos;
  - tratamentos.
- Identificar aspectos relevantes do adoecimento condicionantes do cotidiano.

### **3 MÉTODO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório.

#### **3.2 LOCAL DO ESTUDO**

O município de Votuporanga está situado a noroeste do Estado de São Paulo (Figura 4), fundado em oito de agosto de 1937, encontrando-se próximo à cidade de São José do Rio Preto (86 km) e distante cerca de 520 km da capital do Estado, São Paulo. Possui uma área de 422,90 km<sup>2</sup>. Segundo o IBGE, a estimativa da população de 2007 é de 84.992 habitantes. Pertence à Diretoria Regional de Saúde DIR-XXII. Representa referência no setor de saúde para a micro-região composta pelos municípios de Álvares Florence, Américo de Campos, Cardoso, Cosmorama, Floreal, General Salgado, Macaubal, Magda, Monções, Nhandeara, Ponte Gestal, Parise, Riolândia, Sebastianópolis do Sul e Valentim Gentil (VOTUPORANGA, 2006).



**Figura 4** – Mapa do Estado de São Paulo destacando a localização do município de Votuporanga.

**Fonte:** VOTUPORANGA, 2006.

### 3.3 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

O estudo foi realizado no PSF no município de Votuporanga - SP, englobando quatro segmentos:

- Segmento Dr. Rui Pedroso-Palmeiras I, composto por oito microáreas. Segundo o Sistema de Informação de Atenção Básicas (SIAB) – Consolidado de famílias cadastradas do ano de 2006, no mês de setembro no segmento, a área é composta por 1.210 famílias cadastradas, perfazendo um total de 4.148 pessoas, sendo 26 (0,62%) portadores de doença de Chagas.

- Segmento Dr. Martiniano Salgado-Pró Povo, composto por oito microáreas. Segundo o SIAB – Consolidado de famílias cadastradas do ano de 2006, no mês de setembro, a área é composta por 1.049 famílias cadastradas, perfazendo um total de 3.546 pessoas, sendo 19 (0,53%) portadores de doença de Chagas.

- Segmento Residencial Bortolote-Parque das Nações, composto por seis microáreas. Segundo o SIAB – Consolidado de famílias cadastradas do ano de 2006, no mês de setembro, a área é composta por 893 famílias cadastradas, perfazendo um total de 2.820 pessoas, sendo 16 (0,56%) portadores de doença de Chagas.

- Segmento Paineiras I, composto por seis microáreas. Segundo o SIAB –

Consolidado de famílias cadastradas do ano de 2006, no mês de setembro, a área é composta por 847 famílias cadastradas, perfazendo um total de 2.707 pessoas, sendo um total de 19 (0,7%) portadores de doença de Chagas.

### 3.4 SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo foi realizado com portadores de doença de Chagas cadastrados no PSF no município de Votuporanga - SP, que concordaram em participar da pesquisa.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- 1) estar cadastrado no PSF no município de Votuporanga-SP;
- 2) constar no prontuário da Unidade de Saúde o diagnóstico médico de doença de Chagas;
- 3) o usuário apresentar condições clínicas e concordar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

O Termo de Responsabilidade (Anexo B), autorizando a realização do estudo, foi solicitado à Secretária Municipal de Saúde de Votuporanga, Dra. Elizabete Arroyo Marchi em vinte e oito de agosto de 2006, sendo autorizado em seis de setembro de 2006.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UNIFRAN, sob protocolo n° 015/06, em trinta e um de março de 2006 (Anexo C) por estar de acordo com os princípios Éticos de Pesquisa em Humanos, adotado pela comissão de Ética em Pesquisa.

O grupo de estudo foi constituído por 68 portadores de doença de Chagas, usuários do PSF, segundo diagnóstico médico, que concordaram formalmente em participar da pesquisa. Não participaram do estudo 12 (doze) usuários. Uma usuária morreu no mês de setembro, dois estavam internados no Hospital de Base de São José do Rio Preto, dois desconhecem ser portadores de Doença de Chagas, a pedido da família, e os demais sete se recusaram a participar da pesquisa.



### 3. 5 COLETA DE DADOS

Foram realizadas pela entrevistadora, visitas domiciliares aos chagásicos, nos meses de setembro e outubro de 2006, utilizando-se instrumento semi-estruturado, contemplando itens referentes à idade, sexo, estado civil, nível de instrução, renda familiar, situação de trabalho, naturalidade, local de residência e condições de moradia na época em que provavelmente contraiu a doença de Chagas, história familiar positiva para a doença, tempo de diagnóstico da doença, forma clínica da doença, co-morbidades associadas, achados clínicos, fatores de risco cardiovascular, cirurgias e limitação imposta pela doença (Apêndice A).

## 4 RESULTADOS

O PSF no município de Votuporanga é composto por quatro segmentos: 1) Paineiras I, Dr. Martiniano Salgado, 2) Pró-Povo, Dr. Rui Pedroso, 3) Palmeiras I e 4) Residencial Bortolote, Parque das Nações; onde 3.999 famílias são cadastradas, perfazendo um total de 13.221 pessoas. Deste total, 80 usuários cadastrados são portadores de doença de Chagas, de acordo com o Consolidado de Famílias Cadastradas no mês setembro de 2006 (Secretaria da Saúde - Votuporanga). Portanto, a prevalência de portadores de doença de Chagas no PSF de Votuporanga foi de 0,6%.

Entre 1975 a 1980 ocorreu a primeira coleta de sangue em todo o território nacional e a prevalência da doença de Chagas foi de 4,2% para toda população e de 8,8% para alguns estados, como Rio Grande do Sul e Minas Gerais (BRASIL, 2007b).

De 1994 a 1997, foram feitos inquéritos em determinados estados para monitorar a evolução da doença. A coleta de sangue foi feita na população de 7 a 14 anos. Mais de 232 mil amostras foram coletadas para testar positividade para a Doença de Chagas. A doença apresentou uma prevalência de 0,14% (BRASIL, 2007b).

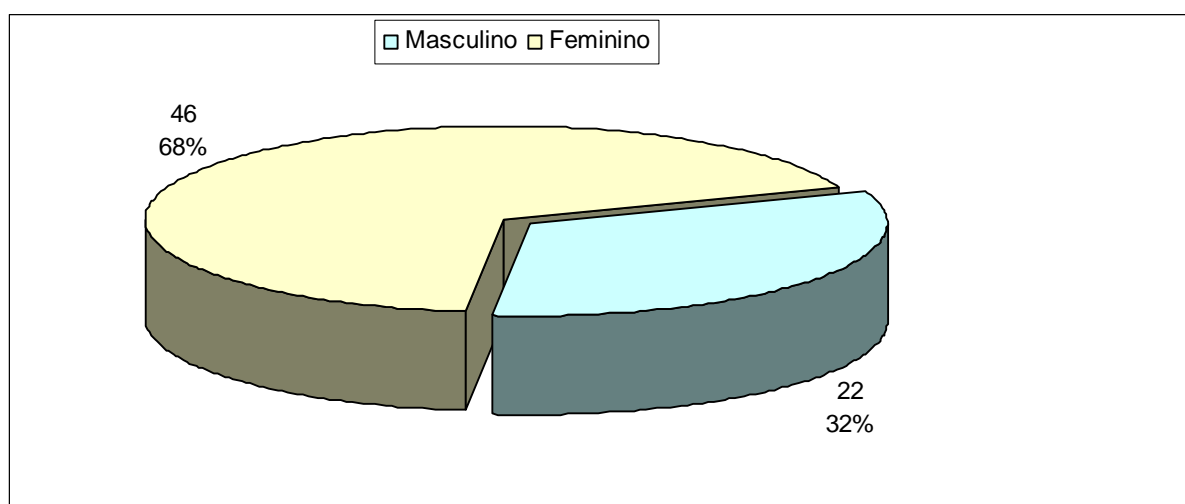
Segundo Wanderley et al. (2007), a realização do inquérito de soroprevalência de infecção chagásica, dirigido a crianças do grupo etário de 0 a 5 anos, encontra-se em fase avançada de desenvolvimento em todo o País. No Estado de São Paulo, o levantamento já foi concluído e, após o processamento de 4.725 amostras, originárias de diferentes áreas, abrangendo 238 municípios, não foi confirmado nenhum caso da doença de Chagas.

Participaram do estudo 68 usuários portadores da doença de Chagas cadastrados no PSF no município de Votuporanga - SP, todos na fase crônica da doença.

## 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSERÇÃO SOCIAL DO PORTADOR DE DOENÇA DE CHAGAS

### 4.1.1 Sexo

Entre os 68 chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga - SP no mês de setembro de 2006, o sexo feminino predominou com 46 (68%) usuárias, em relação a 22 (32%) do sexo masculino (Figura 5).



**Figura 5** – Distribuição por sexo dos chagásicos cadastrados no PSF de Votuporanga-SP, setembro de 2006.

### 4.1.2 Faixa etária

Na Tabela 1, estão apresentados os dados de faixa etária por sexo dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, no mês de setembro de 2006.

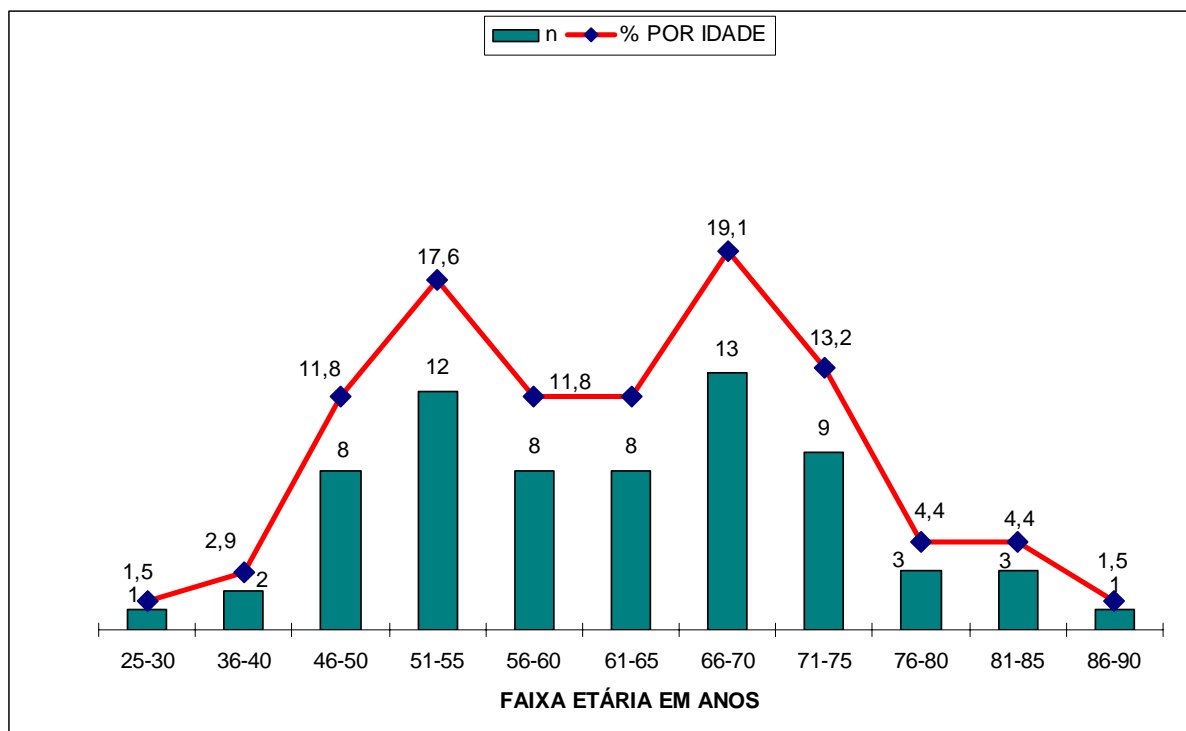
**Tabela 1** - Faixa etária por sexo dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, setembro de 2006 (M = masculino F = feminino)

Anos	F	%	M	%	Total	%
25 a 30	0	0,0	1	1,5	1	1,5
36 a 40	1	1,5	1	1,5	2	2,9
46 a 50	6	8,8	2	2,9	8	11,8
51 a 55	10	14,7	2	2,9	12	17,6
56 a 60	4	5,9	4	5,9	8	11,8
61 a 65	6	8,8	2	2,9	8	11,8
66 a 70	10	14,7	3	4,4	13	19,1
71 a 75	5	7,4	4	5,9	9	13,2
76 a 80	1	1,5	2	2,9	3	4,4
81 a 85	2	2,9	1	1,5	3	4,4
86 a 90	1	1,5	0	0,0	1	1,5
<b>Total</b>	46	67,6	22	32,4	68	100

A idade dos usuários variou de 29 a 88 anos, sendo que na faixa etária de 46 a 75 anos foram incluídos 58 (85,3%) deles. Na faixa etária de 31 a 35 anos e de 41 a 45 anos, nenhum indivíduo foi encontrado.

Na faixa etária entre 66 a 70 anos, foi encontrado o maior número de chagásicos, com 13 (19,1%), seguido pela faixa etária de 51 a 55 anos com 12 (17,6%). Na faixa etária de 71 a 75 anos foram encontrados nove (13,2%) usuários; na faixa etária de 46 a 50 anos, 56 a 60 anos e 61 a 65 anos, foram encontrados igualmente oito (11,8%) chagásicos em cada faixa etária.

Na faixa etária de 25 a 30 anos e 86 a 90 anos foram encontrados igualmente um (1,5%) indivíduo por faixa etária; entre 36 a 40 anos foram encontrados dois (2,9%); entre 76 e 80 anos e 81 a 85 anos foram encontrados três (4,4%) chagásicos por faixa etária.



**Figura 6** – Distribuição dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, segundo faixa etária, setembro de 2006. Votuporanga – SP.

#### 4.1.3 Cor

Na Tabela 2, estão apresentados os dados de cor referida dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, no mês de setembro de 2006.

**Tabela 2** - Cor referida por portadores de doença de Chagas cadastrados no PSF no município de Votuporanga - SP, setembro de 2006.

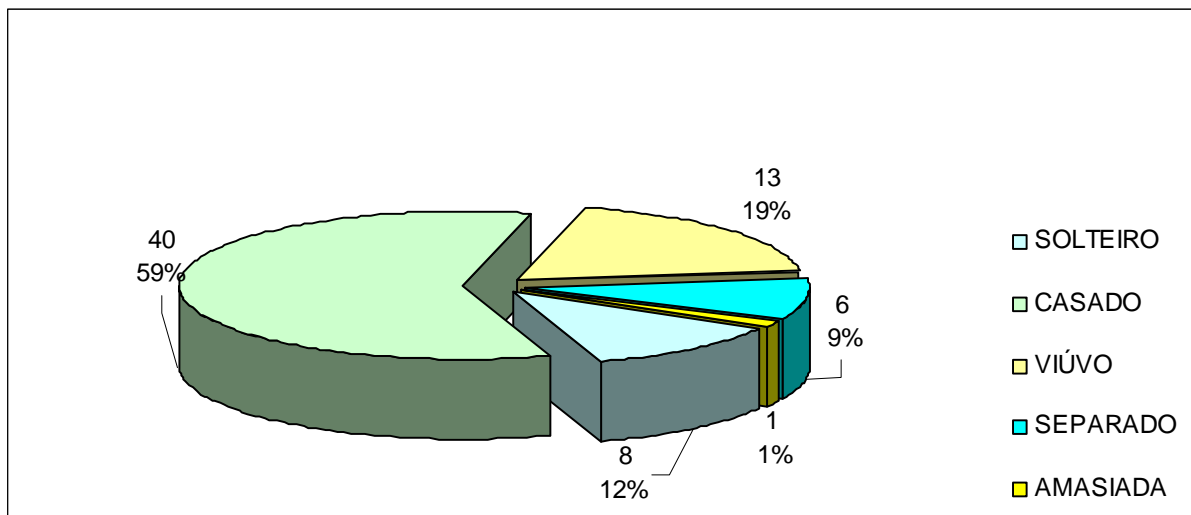
Cor	N	%
Branca	40	58,8
Pardo	20	29,4
Negra	7	10,3
Amarela	1	1,5
<b>Total</b>	68	100,0

Quanto ao dado relacionado ao indivíduo, referente à cor, foi pedido para o usuário se enquadrar em uma destas categorias. Houve uma prevalência da cor branca em 40 (58,8%) indivíduos, seguido da cor parda em 20 (29,4%) e sete (10,3%) usuários negros.

Apenas um (1,5%) referiu cor amarela por ter descendência oriental. O enquadramento nas categorias referidas foi coerente com a observação feita *in loco*.

#### 4.1.4 Estado civil

Na Figura 7, estão apresentados os dados sobre o estado civil do grupo em questão.

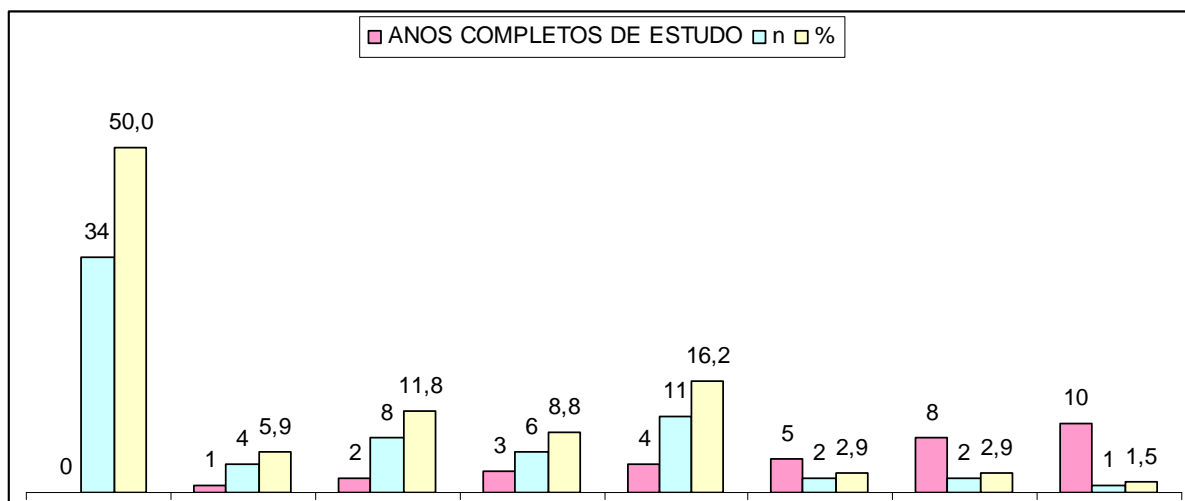


**Figura 7** - Estado civil dos chagásicos cadastrados no PSF do município de Votuporanga-SP, setembro de 2006.

O estado civil predominante foi de chagásicos casados, sendo 40 (59%). Identificou-se um casal portador de doença de Chagas neste estudo e ambos participaram da pesquisa. Treze (19%) indivíduos referiram viuvez e oito (12%) referiram ser solteiros. Seis (9%) são separados e apenas uma (1%) referiu ser amasiada.

#### 4.1.5 Escolaridade

Na Figura 8 estão representados os dados referentes à escolaridade dos chagásicos em estudo.



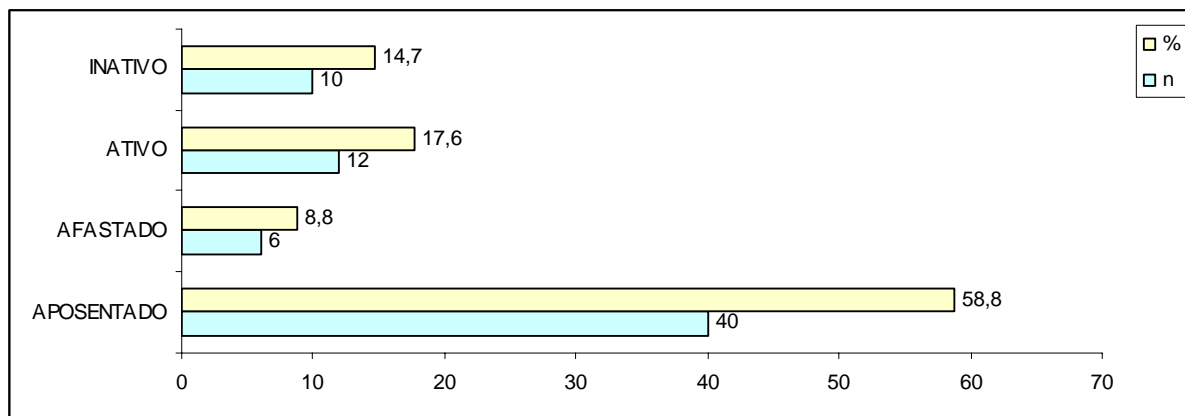
**Figura 8** - Nível de instrução dos chagásicos cadastrados PSF no município de Votuporanga - SP, setembro de 2006.

Em relação ao nível de instrução, 34 (50%) chagásicos referiram nunca terem estudado, sendo classificados como analfabetos; 18 (26,5%) enquadraram-se como analfabetos funcionais, já que apresentaram quatro anos incompletos de estudo. Onze (16,2%) indivíduos referiram ter quatro anos completos de estudo. Dois (2,9%) usuários referiram ter cursado o ensino fundamental incompleto, com cinco anos de estudo. Outros dois (2,9%) indivíduos referiram ter cursado o ensino fundamental completo (1º grau), com duração de oito anos de estudo. Apenas um (1,5%) relatou ter cursado o ensino médio (2º grau) incompleto, perfazendo um total de 10 anos de estudo.

A grande maioria dos indivíduos, 63 (92,7%), concentrou-se entre nenhum ano de estudo até quatro anos completos de estudo, portanto nota-se a baixa escolaridade deste grupo.

#### 4.1.6 Ocupação

Na Figura 9 estão apresentados os dados referentes à ocupação do grupo em estudo.



**Figura 9** - Ocupação dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga - SP, setembro de 2006.

Nesta situação, identificou-se a capacidade individual na produção de bens, o que determina a reprodução social do indivíduo.

Como inativo, foram considerados os indivíduos desempregados e donas de casa, sendo identificada uma desempregada e nove donas de casa.

Nota-se o predomínio de 40 (58,8%) chagásicos aposentados. Doze (17,6%) referiram estar ativos, seis (8,8%) afastados e 10 (14,7%) referem ser inativos.

Para os indivíduos que responderam estarem ativos (n=12), foi investigado sobre a satisfação no trabalho e sete (58,3%) indivíduos relataram estar satisfeitos e quatro (33,3%) se disseram pouco satisfeitos. Apenas uma (8,3%) usuária referiu estar insatisfeita. A profissão mais referida foi a de empregada doméstica, com 33,3%.

#### 4.1.7 Relação entre atividade trabalhista e sexo

É importante considerar que a aposentadoria referida pelo grupo em questão foi por invalidez em decorrência do processo de adoecimento pela doença de Chagas.

Pacientes do sexo masculino apresentaram aposentadoria mais precoce em relação às mulheres. Três (17,7%) homens referiram aposentadoria por invalidez antes dos 35 anos de idade e a maioria, 10 (58,8%) homens, relataram que se aposentaram na faixa etária entre 46 a 60 anos; idade estas em que estes indivíduos deveriam estar em uma etapa produtiva de suas vidas. A maioria das mulheres chagásicas, 15 (65,2%), se aposentou entre 51 a 70 anos de idade.



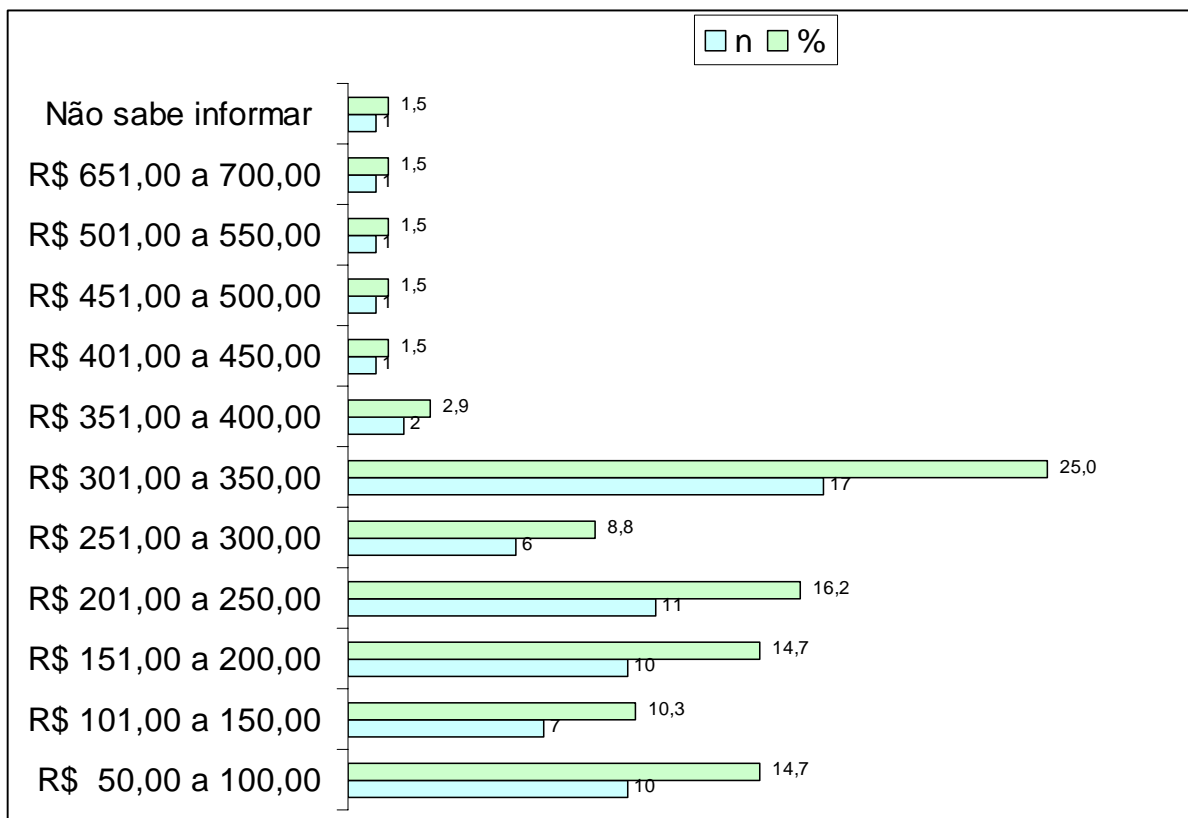
Na Tabela 3, estão apresentados os dados sobre atividade trabalhista e aposentadoria entre o sexo masculino e feminino.

**Tabela 3** – Idade, por sexo, em que os chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga - SP, se aposentaram, setembro de 2006

Idade	Mulher	%	Homem	%	Total	%
25 a 30	0	0,0	1	5,9	1	2,5
31 a 35	0	0,0	2	11,8	2	5,0
41 a 45	2	8,7	0	0,0	2	5,0
46 a 50	2	8,7	2	11,8	4	10,0
51 a 55	4	17,4	4	23,5	8	20,0
56 a 60	5	21,7	4	23,5	9	22,5
61 a 65	2	8,7	0	0,0	2	5,0
66 a 70	4	17,4	2	11,8	6	15,0
71 a 75	1	4,3	0	0,0	1	2,5
Não sabe	3	13,0	2	11,8	5	12,5
Total	23	100	17	100	40	100

#### 4.1.8 Renda *per capita*

Para a determinação da *per capita*, considerou-se o salário mínimo no valor de R\$ 350,00. Seguindo a classificação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2005), neste estudo, 10 (14,7%) dos participantes foram classificados como indigentes por apresentarem renda *per capita* igual ou inferior a R\$87,50. Como pobres 15 (22%) foram classificados por apresentarem renda *per capita* de até R\$175,00 (Figura 10).



**Figura 10** - Renda *per capita* dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga - SP, setembro de 2006.

O valor de renda *per capita* inferior identificada neste estudo foi de R\$50,00 e a maior foi de R\$ 70000, sendo que a renda *per capita* entre os valores de R\$ 50,00 a R\$ 350,00 incluiu 61 (89,7%) dos indivíduos.

A maior frequência de renda *per capita* identificada foi entre R\$ 301,00 a R\$ 350,00 com 17 (25%) relatos, seguida por valores entre R\$ 201,00 a R\$250,00 com 11 (16,2%) relatos, valores entre R\$ 151,00 a R\$ 200,00 com 10 (14,7%) relatos e entre R\$ 50,00 a R\$ 100,00 também com 10 (14,7%) relatos.

#### 4.1.9 Naturalidade

Quanto à naturalidade, 50 (73,5%) indivíduos chagásicos nasceram no Estado de São Paulo. Oito (11,8%) nasceram no Estado da Bahia, sete (10,3%) nasceram no Estado de Minas Gerais, um (1,5%) no Estado de Alagoas, um (1,5%) no Estado do Ceará e um (1,5%) no Estado de Sergipe.

**Tabela 4** – Naturalidade (por Estado) dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, setembro de 2006.

<b>Estado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
São Paulo	50	73,5
Bahia	8	11,8
Minas Gerais	7	10,3
Alagoas	1	1,5
Ceará	1	1,5
Sergipe	1	1,5
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

As cidades de naturalidade no Estado de São Paulo mais citadas foram: seis (12%) em Votuporanga, seis (12%) em Álvares Florence, duas (4%) em Auriflamma, duas (4%) em Américo de Campos, duas (4%) em Cosmorama, duas (4%) em Ituverava, duas (4%) em Jales, duas (4%) em Nhandeara, duas (4%) em Parisi e duas (2,94%) em Tanabi. As demais cidades de naturalidade no Estado de São Paulo foram citadas apenas uma vez (2% cada): Buritama, Cardoso, General Salgado, Guarapava, Itaiúba, Itajobi, Macaubal, Macedônia, Meridiano, Nipua, Paulo de Faria, Planalto, São José do Rio Preto, Palestina, Ponte Gestal, Presidente Prudente, Mirassolândia, Santo Antônio do Viradouro, São João de Iracema, Simonsem, Monções e Orindiuva.

Do total de oito (100%) cidades de naturalidade citadas no Estado da Bahia, encontram-se: duas (25%) em Caetitê, uma (12,5%) em Casa Nova, uma (12,5%) em Ibiaporã, uma (12,5%) em Joazeiro, uma (12,5%) em Mato Grosso, uma (12,5%) em Palestrina e uma (12,5%) em Rio Verde Grande.

Do total de sete (100%) cidades de naturalidade citadas no Estado de Minas Gerais, encontram-se: duas (28,6%) em Itapagipe, uma (14,3%) em Bocaiuva, uma (14,3%) em Espinosa, uma (14,3%) em Montes Claros, uma (14,3%) em São João da Ponte e uma (14,3%) em Campina Verde.

As demais cidades de naturalidade citadas por Estado foram: uma em Lagoa Funda no Estado do Ceará, uma em Arapiroca, no Estado de Alagoas e uma em Campo Brito, no Estado de Sergipe.

Evidencia-se que as cidades de naturalidade dos usuários com doença de Chagas são predominantemente no Estado de São Paulo, com 73,5% e na região noroeste do Estado e apenas uma na região norte do Estado.

#### 4.1.10 Local provável de infecção

A identificação do local provável de infecção, entendido aqui como o local de residência do portador à época em que contraíram a doença de Chagas, é outro fator importante na caracterização dos chagásicos.

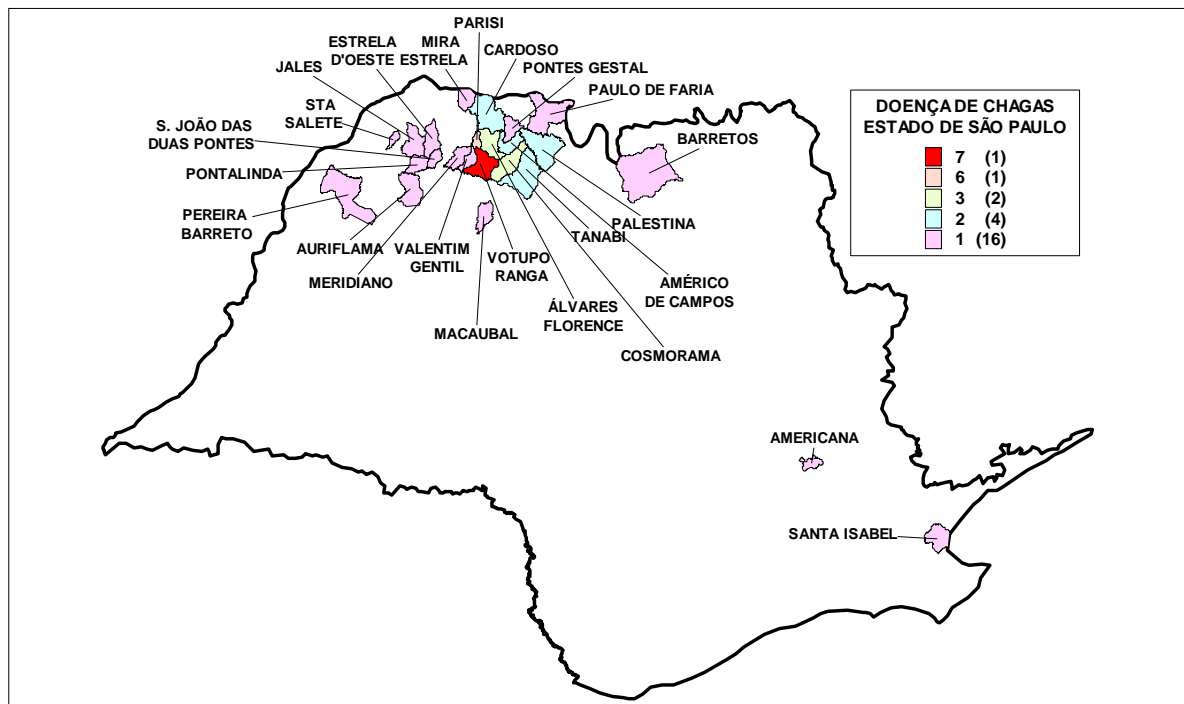
Cerca de 47 (69,1%) dos entrevistados referem que residiam no Estado de São Paulo à época em que contraíram a doença, outros 12 (17,6%) residiam no Estado de Minas, três (4,4 %) no Estado da Bahia, um (1,5%) no Mato Grosso do Sul. Os cinco (7,4%) restantes não souberam informar (Tabela 5).

**Tabela 5** - Local de residência (por Estado) dos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, setembro de 2006, quando provavelmente contraíram a doença de Chagas.

<b>Estado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
São Paulo	47	69,1
Minas Gerais	12	17,6
Bahia	3	4,4
Mato Grosso do Sul	1	1,5
Não soube informar	5	7,4
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fica evidente que a maioria, provavelmente contraiu a doença de Chagas no Estado de origem.

Para o Estado de São Paulo, as cidades citadas, em ordem decrescente, foram Votuporanga com 14,9%, Parisi com 12,8%, Álvares Florence e Cosmorama com 6,4%, Palestina, Américo de Campos, Cardoso e Tanabi com 4,3%. Ecatu, Mesópolis, Mira-Estrela, São João das Duas Pontes, Santa Isabel, Urindiuva, Ponte Gestal, Auriflama, Pontalina, Estrela do Oeste, Macaubau, Pereira Barreto, Valentim Gentil, Meridiano, Paulo de Faria, Jales, Americana, Santa Salete, Barretos e Itaiúba com 2,1%.



**Figura 11** – Local de residência no Estado de São Paulo, dos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006, quando provavelmente contraíram a doença de Chagas.

Para o Estado de Minas Gerais, as cidades citadas foram São Sebastião do Pontal (citada três vezes), Monte Alto Limeira do Oeste (citada duas vezes), Itapajipe, São João da Ponte, Lagoa da Prata, Campina Verde, Espinosa, São Francisco de Sales citadas apenas uma vez.

Para o Estado da Bahia, as cidades citadas foram Caetitê, Casa Nova e Ibiaporã.

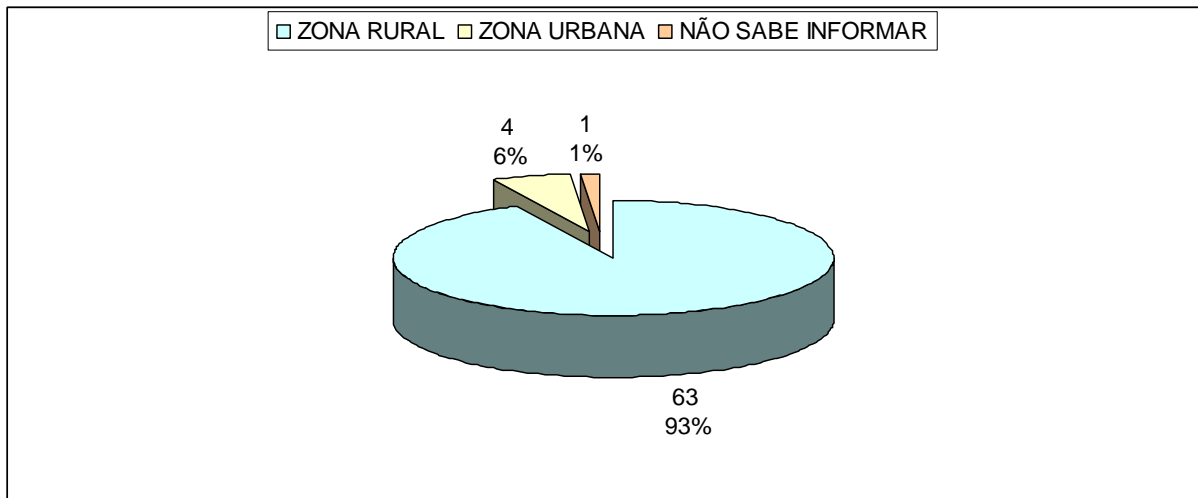
Para o Estado de Mato Grosso do Sul, apenas um caso de Aparecida do Tabuado.

Quanto ao local de residência dos chagásicos, segundo relato dos mesmos, fica evidente que 69,1% provavelmente contraíram a doença de Chagas no Estado de São Paulo.

#### 4.1.11 Local de moradia

A identificação do local de moradia, entendido aqui como zona urbana e zona rural, foi feita em função de conhecer os biótopos onde se inseriam quando provavelmente

contraíram a doença de Chagas (Figura 12).

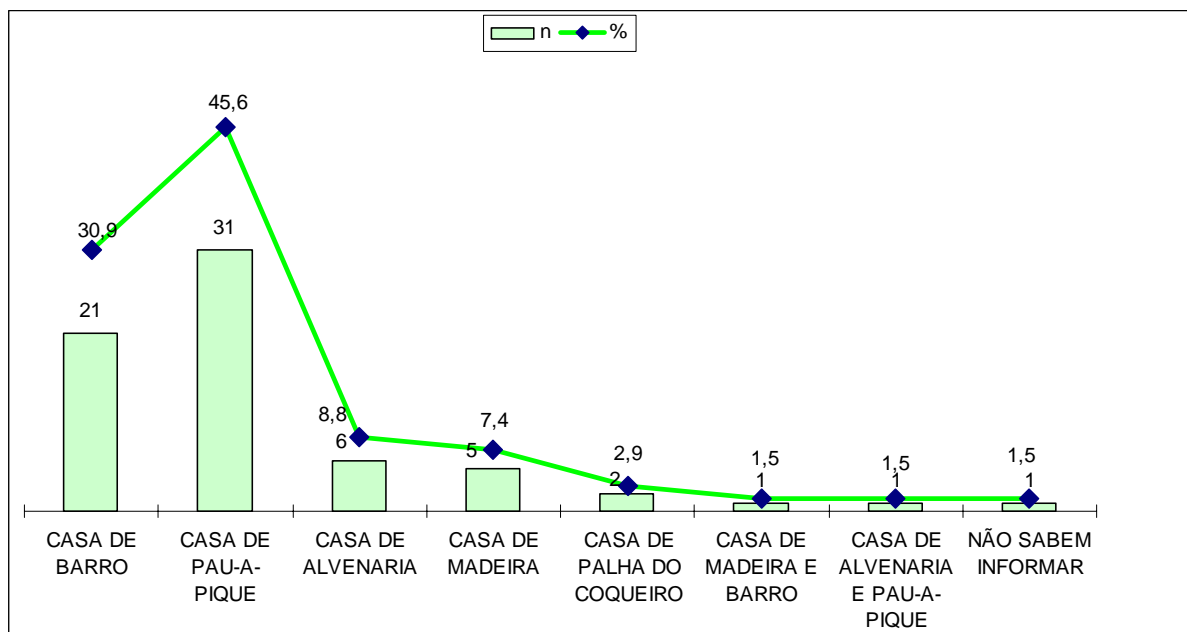


**Figura 12** - Local de moradia referido pelos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, setembro de 2006, quando provavelmente contraíram a doença de Chagas.

Evidencia-se que 63 (93%) chagásicos referiram ter morado na zona rural na época em que provavelmente contraíram a doença de Chagas e apenas quatro (6%) referiram que sempre moraram na zona urbana. Um usuário (1%) não soube informar onde residia quando provavelmente contraiu a doença de Chagas.

#### 4.1.12. Tipo de moradia

O tipo de moradia em que habitavam quando provavelmente contraíram a doença de Chagas, é um fator importante para o estabelecimento da epidemiologia da doença. Os resultados obtidos estão mostrados na Figura 13.



**Figura 13** - Tipo de casa referida pelos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, setembro de 2006, quando provavelmente contraíram a doença de Chagas.

O tipo de casa mais citada em que residiam na época, onde provavelmente contraíram a doença de Chagas, foi a casa de pau-a-pique, com 31 (45,6%) relatos, seguida por casa de barro, com 21 (30,9%) relatos, casa de alvenaria com seis (8,8%) relatos e casa de madeira com cinco (7,4%) relatos. Cabe destacar que houve um (1,5%) relato de casa de madeira e pau-a-pique e um (1,5%) relato de casa de alvenaria e pau-a-pique.

#### 4.1.13. História familiar para doença de Chagas

**Tabela 6** - História familiar para doença de Chagas nos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, setembro de 2006.

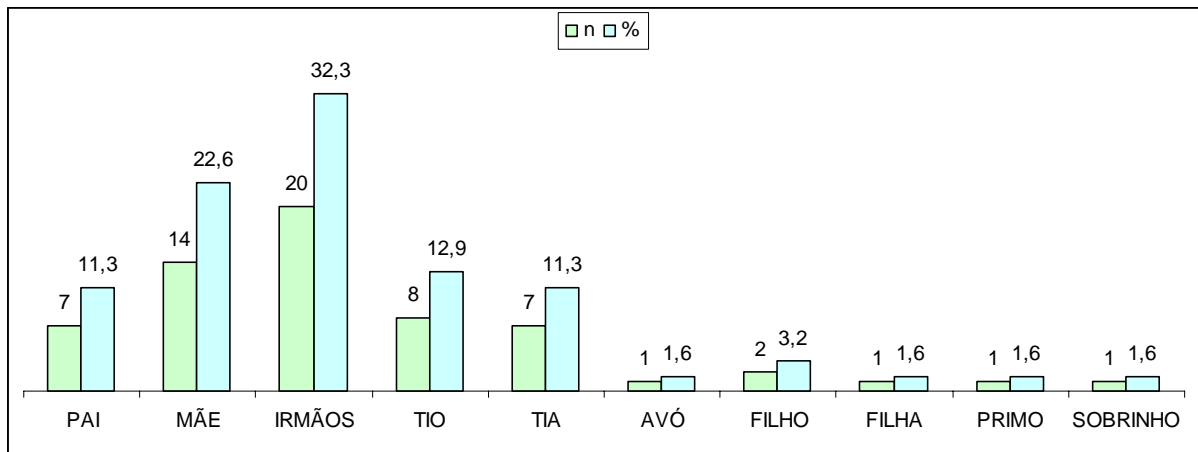
História familiar	n	%
Positiva	37	54,4
Desconhece a doença de Chagas na família	31	45,6
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

Foi possível identificar 37 (54,4%) relatos de história familiar positiva para

doença de Chagas e 31 (45,6%) indivíduos referiram desconhecer história de doença de Chagas na família (Tabela 6).

Cabe ressaltar que os participantes referiram um ou mais membros familiares portadores da doença de Chagas.

Nesta investigação sobre a história familiar positiva para doença de Chagas, houve o predomínio de 20 (32,3%) casos positivos para um ou mais irmãos, seguido por 14 (22,6%) casos positivos para mãe, oito (12,9%) para tio ou tios, sete (11,3%) para tia ou tias, sete (11,3%) para o pai, dois (3,2%) relatos para filho, um (1,6%) para filha, um (1,6%) para sobrinho, um (1,6%) para primo e um (1,6%) para avó (Figura 14).



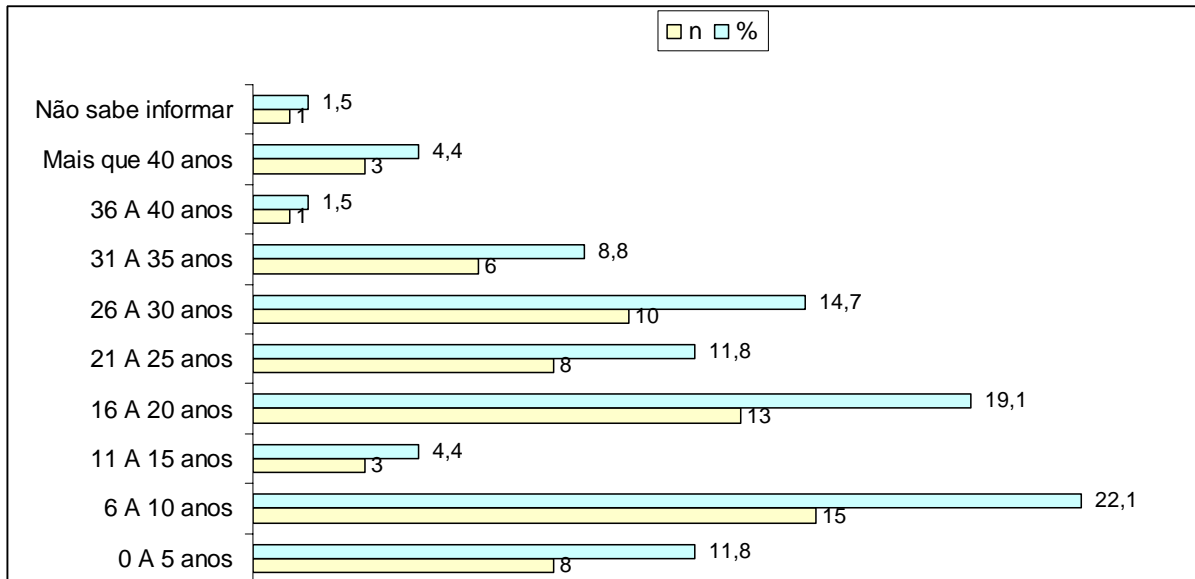
**Figura 14** – História familiar positiva para doença de Chagas dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, setembro de 2006.

Cabe ressaltar que participou do estudo um casal de irmãos chagásicos, entretanto a mãe não é portadora da doença de Chagas, descartando assim a hipótese de transmissão vertical.

#### 4.1.14. Tempo de diagnóstico de doença de Chagas

Foram também coletados dados a respeito do tempo transcorrido entre o diagnóstico positivo para doença e o momento da entrevista, em setembro de 2006 (Figura 15).





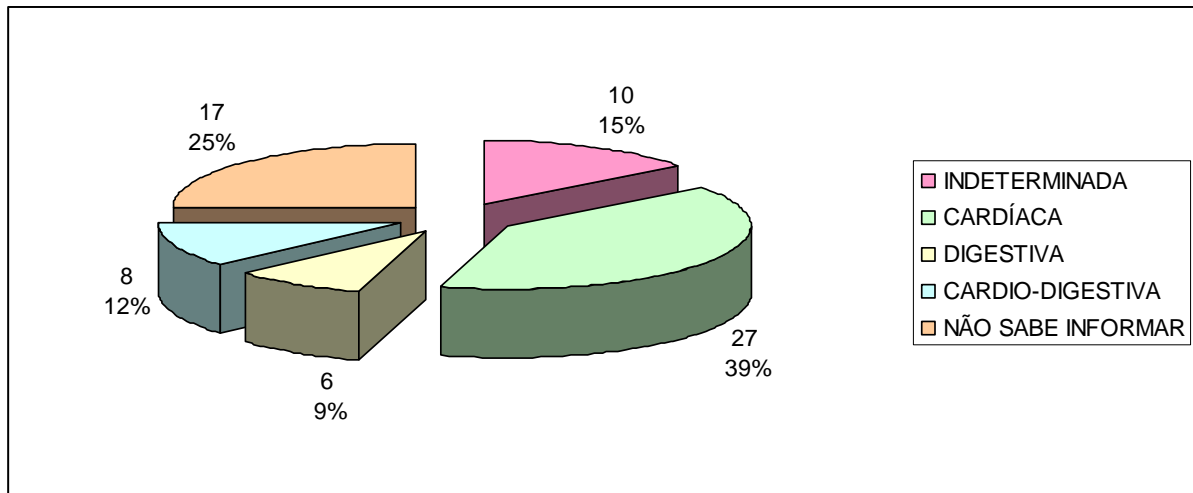
**Figura 15** – Tempo de diagnóstico de doença de Chagas dos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, setembro de 2006.

Quanto ao conhecimento do tempo de diagnóstico da doença de Chagas, observa-se que no intervalo de 6 a 10 anos estão 15 (22,1%) usuários, seguido pelo intervalo de 16 a 20 anos com 13 (19,1%) chagásicos. No intervalo de 26 a 30 anos estão 10 (14,7%) chagásico.

## 4.2 CARACTERIZAÇÃO DE ASPECTOS CLÍNICOS DO PORTADOR DE DOENÇA DE CHAGAS

### 4.2.1 Forma clínica da doença de Chagas

Neste estudo, para a determinação da forma clínica da doença de Chagas, utilizou-se apenas o questionamento para o usuário, e não o resultado de exames complementares específicos. Os resultados estão apresentados na Figura 16.



**Figura 16** – Forma clínica da doença de Chagas dos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP, setembro de 2006.

A forma clínica cardíaca foi a mais referida, em 27 (39%) portadores, seguida da forma indeterminada em 10 (15%) pacientes. Em relação à forma indeterminada, alguns pacientes compreendem a forma indeterminada como a “doença de Chagas no sangue”. Cerca de 17 (25%) dos pacientes não souberam informar qual a forma clínica da doença de Chagas que apresentam, oito (12%) apresentaram a forma cárdio-digestiva e seis (9%) dos entrevistados referiram apresentar a forma clínica digestiva.

#### 4.2.2 Co-morbidade associadas à doença de Chagas

Na Tabela 7 estão apresentadas as porcentagens de co-morbidades cardiovascular associadas do grupo em questão.

**Tabela 7** - Presença de co-morbidades cardiovascular associada à doença de Chagas em pacientes cadastrados no cadastrados no Programa da Saúde da Família no município de Votuporanga - SP no mês de setembro de 2006

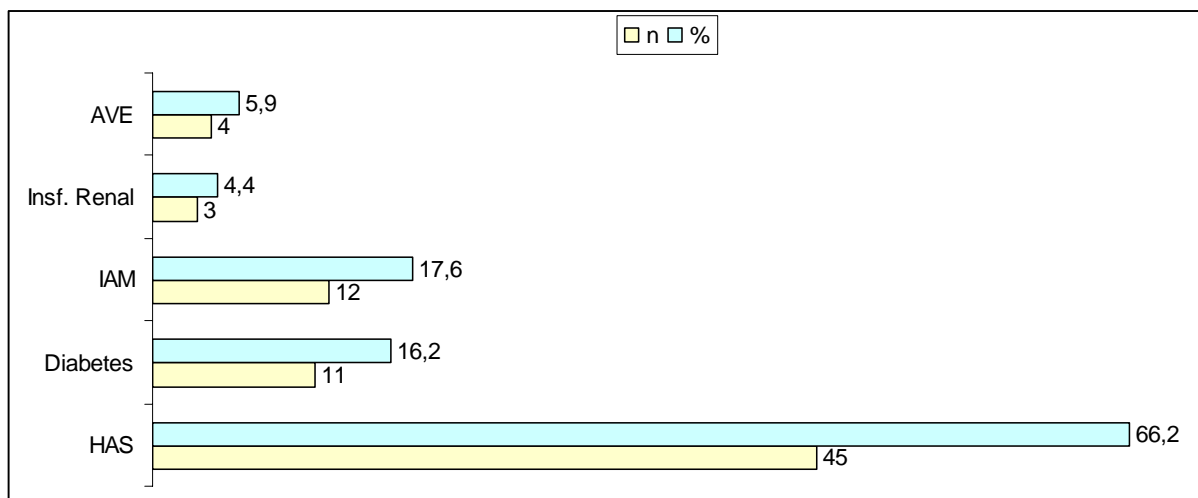
	n	%
Sim	58	85,3
Não	10	14,7
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

Quanto à presença de co-morbidades, 58 (85,3%) indivíduos referem presença

de uma ou mais doenças além da doença de Chagas e 10 (14,7%) referem não apresentar outras doenças.

#### 4.2.3. Tipos de co-morbidades associadas à doença de Chagas

É pertinente destacar que os que os indivíduos relataram presença de uma ou mais co-morbidades associadas e os dados estão representados na Figura 17.



**Figura 17** – Co-morbidades associadas à doença de Chagas em usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga, setembro de 2006.

A principal co-morbidade associada à doença de Chagas identificada neste estudo foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em 45 (66,2%) casos. Onze (16,2%) usuários chagásicos referiram ser portadores de diabetes. Doze (17,6%) dos pacientes referiram doença arterial coronariana, apresentando história progressiva de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Três (4,4%) chagásicos referiram ser portadores de insuficiência renal, destes, dois realizam hemodiálise. Quatro (5,9%) chagásicos referiram que já tiveram Acidente Vascular Encefálico (AVE) previamente e apresentam seqüelas em decorrência do AVE.

#### 4.2.4. Presença de Insuficiência Cardíaca e Arritmia

Foram investigadas a presença de IC e Arritmia nos chagásicos portadores da forma cardíaca e/ou cárdio-digestiva (Tabela 8).

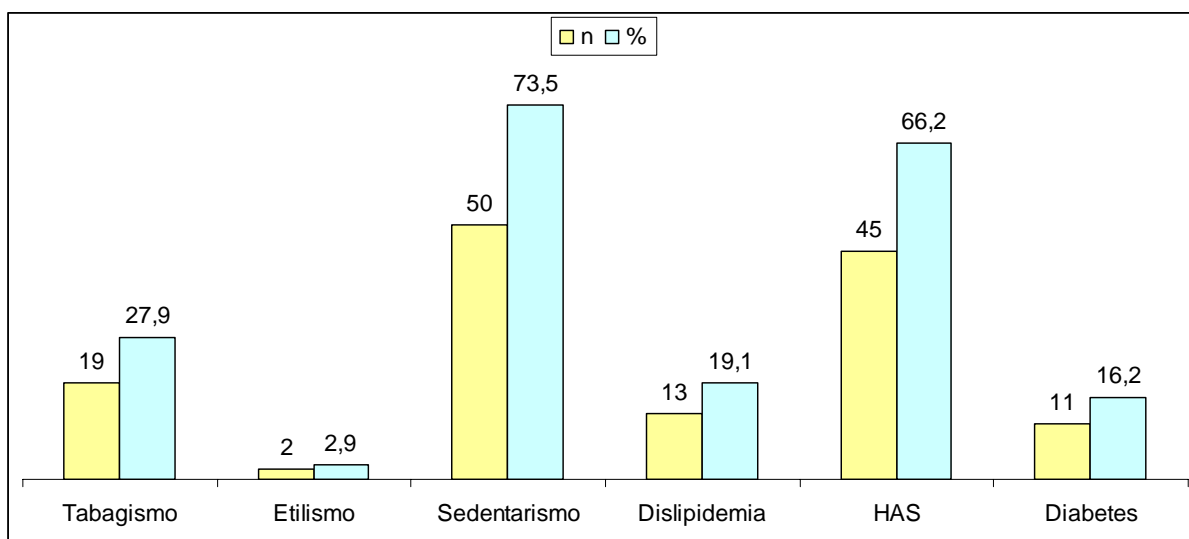
**Tabela 8** - Presença de Insuficiência Cardíaca e Arritmia nos chagásicos na forma cardíaca e/ou cárdio-digestiva cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006

	Insuficiência Cardíaca		Arritmia	
	n	%	n	%
Sim	8	22,9	19	54,3
Não	12	34,3	10	28,6
Não sabe	15	42,9	6	17,1
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Dos 35 usuários que apresentavam a forma cardíaca e/ou cárdio-digestiva, a IC foi citada por oito (22,9%) indivíduos; 12 (34,3%) negaram a doença e 15 (42,9%) não souberam informar. A arritmia cardíaca foi citada por 19 (54,3%) chagásicos, seis (17,1%) não souberam informar e 10 (28,6%) negaram a doença.

#### 4.2.5 Fatores de risco cardiovascular dos portadores de doença de Chagas

Os fatores de risco cardiovascular dos entrevistados foram levantados e estão mostrados na Figura 18. Os participantes referiram um ou mais fatores de risco cardiovascular.



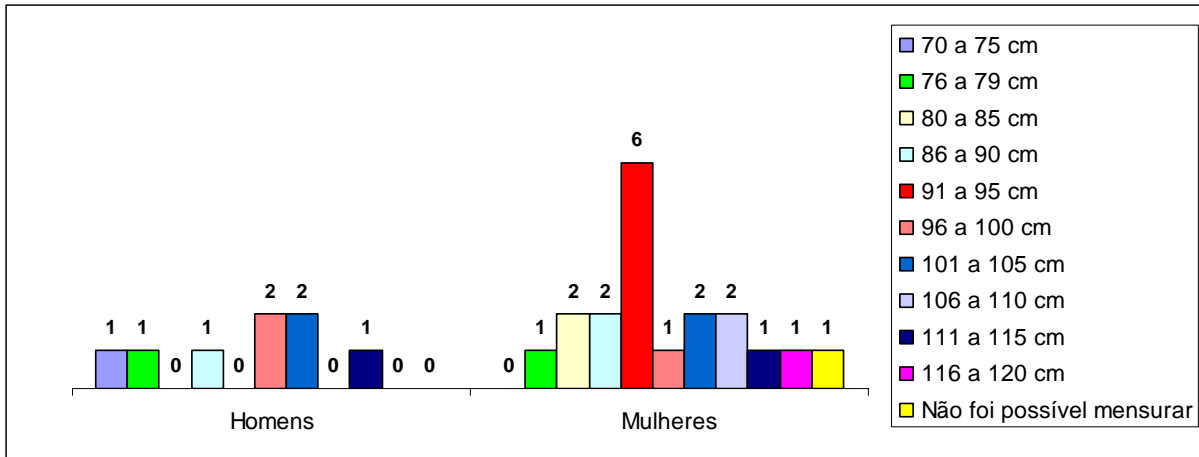
**Figura 18** - Fatores de risco cardiovascular dos portadores de doença de Chagas cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006.

Dezenove (27,9%) usuários referiram ser tabagistas de longa data, a maioria destes relataram fumar um maço de cigarros ao dia. Dois (2,9%) chagásicos referiram ser etilistas. Cinquenta usuários (73,5%) referiram ser sedentários, justificam-se principalmente pelo cansaço, dispnéia, desanimo ou por orientação médica.

Quanto ao item dislipidemia, foi perguntado ao paciente sobre o resultado do último exame de colesterol que o mesmo realizou e se havia alguma alteração. Treze (19,1%) pacientes referiram alteração de colesterol em seu último exame. Alguns referiram apresentar níveis normais de colesterol e outros, ainda, referiram que não sabiam ou que nunca haviam realizado este exame.

Considerando a circunferência abdominal como fator de risco cardiovascular, segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), estabelecido para o Brasil como maior ou igual a 80 cm para a mulher e maior ou igual a 94 cm para homens, foram investigadas as medidas de circunferência abdominal dos pacientes chagásicos portadores da forma cardíaca. Isto ocorreu pois, portadores da forma digestiva, cárdio-digestiva e para os usuários que não souberam informar a forma clínica da doença de Chagas poderiam apresentar um viés, em função da possibilidade de distensão abdominal decorrente da doença.

Neste estudo, das mulheres chagásicas na forma cardíaca (19), 18 delas (94,7%) apresentaram medidas de circunferência abdominal maior que 80 cm; em apenas uma (5,3%) a medida foi menor que 80 cm. Para os oito homens chagásicos na forma cardíaca, cinco (62,5%) apresentaram a circunferência abdominal maior que 94 cm, portanto fator de risco cardiovascular e três (37,5%) apresentaram a circunferência abdominal inferior a 94 cm (Figura 19).

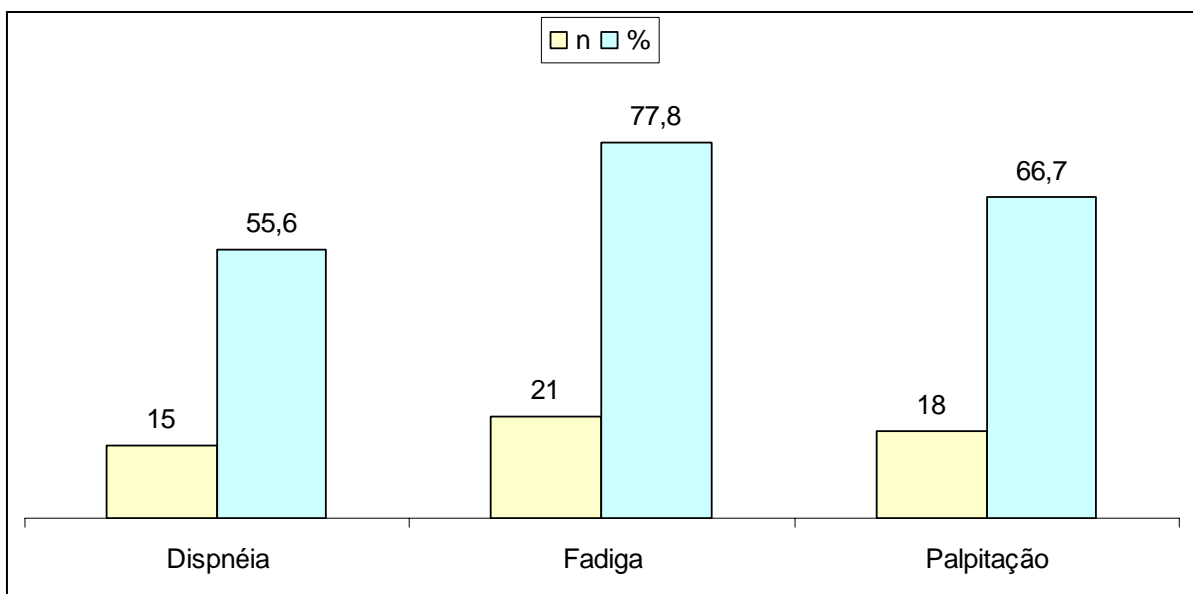


**Figura 19** - Circunferência abdominal de homens e mulheres chagásicos na forma clínica cardíaca cadastrados no PSF no município de Votuporanga, setembro de 2006.

4.2.5 Sintomas referidos por chagásicos conforme a forma clínica da doença

Cabe ressaltar que os indivíduos relataram um ou mais sintomas relacionados a forma clínica da doença de Chagas.

Neste estudo, os principais sintomas referidos por chagásicos na forma cardíaca foram: fadiga com 21 (77,8%) queixas, seguido por palpitação com 18 (66,7%) relatos e dispnéia com 15 (55,6%) (Figura 20).

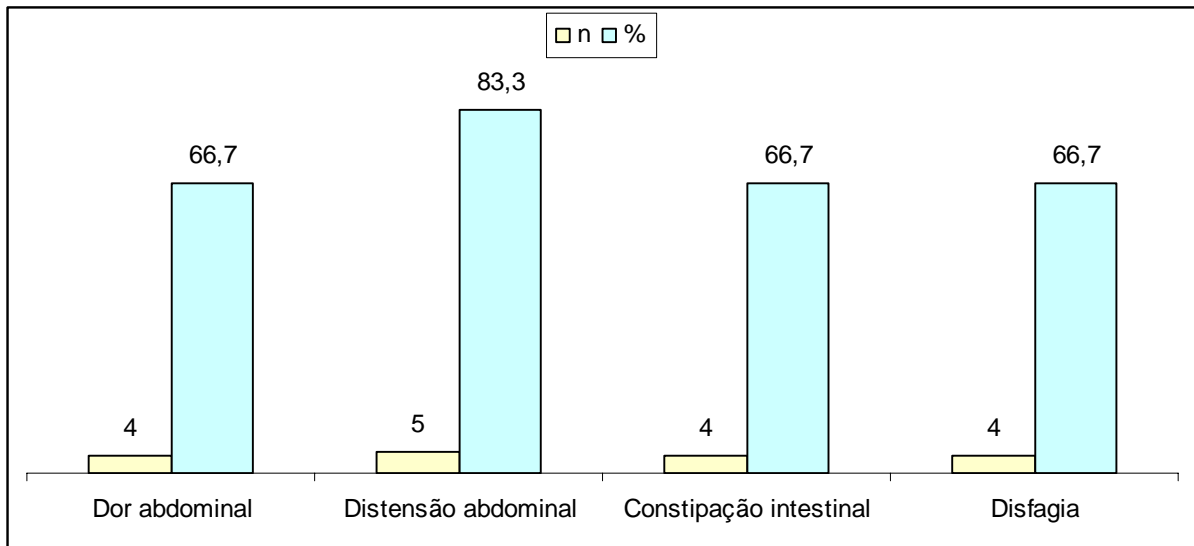


**Figura 20** – Número de sintomas referidos por chagásicos na forma cardíaca cadastrados no PSF no município de Votuporanga - SP, setembro de 2006.

Segundo relato dos mesmos, dos 27 (100%) chagásicos na forma clínica cardíaca, 10 (37%) não referiram qualquer tipo de limitação à atividade física usual, 11 (40,7%) referiram que atividade física usual, como: serviços domésticos resultaram em fadiga, palpitações e dispnéia, três (11,1%) referiram que menos que atividade física usual desencadeia fadiga, palpitações e dispnéia, três (11,1%) referiram que apresentam fadiga, palpitações e dispnéia mesmo em repouso.

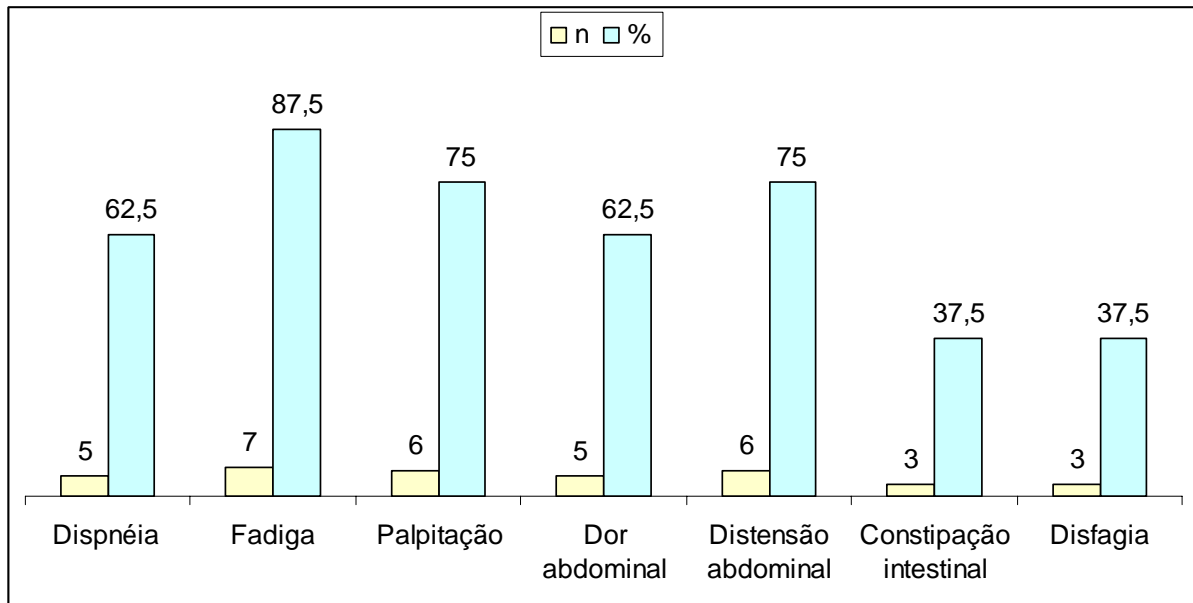
Os sintomas referidos por chagásicos na forma clínica digestiva estão representados na Figura 21.

Na forma digestiva, os sintomas referidos foram: cinco (83,3%) para distensão abdominal e igualmente quatro (66,7% cada) para constipação intestinal, dor abdominal e disfagia.



**Figura 21** – Número de sintomas referidos por chagásicos na forma digestiva, cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006.

Para a forma cárdio-digestiva, os sintomas referidos estão representados na Figura 22.



**Figura 22** – Número de sintomas referidos por chagásicos na forma cardíaco-digestiva cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006.

Na forma cardíaco-digestiva, os sintomas referidos foram: sete (87,5%) para fadiga, seis (75%) para palpitação, seis (75%) para distensão abdominal, cinco (62,5%) para dispnéia, cinco (62,5%) para dor abdominal e três (37,5% cada) igualmente para constipação intestinal e disfagia (Figura 22).

#### 4.2.5 Tratamentos cirúrgicos

Na Tabela 9 estão apresentados os dados referentes aos procedimentos cirúrgicos ocorridos de acordo com a forma clínica da doença.

Do total de oito (100%) pacientes na forma clínica cardíaco-digestiva da doença de Chagas, um (12,5%) referiu ter se submetido a cateterismo, três (37,5%) são portadores de marcapasso definitivo, uma (12,5%) realizou cirurgia de esôfago, três (37,5%) realizaram cirurgia intestinal e dois (25%) apresentam colostomia.



**Tabela 9** - Procedimentos cirúrgicos conforme a forma clínica da doença de Chagas em pacientes cadastrados no Programa da Saúde da Família no município de Votuporanga – SP, setembro de 2006.

<b>Procedimento</b>	<b>Cardíaca</b>	<b>Cardio-digestiva</b>	<b>Digestiva</b>	<b>Indeterminada</b>	<b>Não sabe a forma clínica</b>
Cateterismo	4	1	0	0	2
Marcapasso	1	3	0	0	0
Angioplastia	0	0	0	0	1
Cirurgia de esôfago	1	1	2	0	0
Cirurgia cardíaca	1	0	0	0	1
Cirurgia intestinal	0	3	1	0	0
Colostomia	0	2	0	0	0
Reversão de colostomia	0	0	2	0	0
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>

Dos 27 (100%) usuários na forma clínica cardíaca da doença de Chagas, quatro (14,8%) referiram ter se submetido a cateterismo, uma (3,7%) é portadora de marcapasso definitivo e uma (3,7%) referiu ter se submetido à cirurgia do esôfago, embora a paciente não refira a forma clínica digestiva da doença de Chagas.

Quanto à forma digestiva, do total de seis (100%) usuários nesta forma, dois (33,3%) referiram ter realizado cirurgia do esôfago e dois (33,3%) referiram ter se submetido à reversão de colostomia. Os pacientes na forma indeterminadas não referiram ter se submetido às cirurgias citadas. Quanto aos 17 (100%) usuários que não souberam informar a forma clínica da doença de Chagas que portam, apenas um (5,8%) referiu ter se submetido à cirurgia cardíaca.

### 4.3 ASPECTOS RELEVANTES CONDICIONANTES DO COTIDIANO

#### 4.3.1 Conhecimento sobre a doença de Chagas

**Tabela 10** - Conhecimento sobre doença de Chagas dos usuários cadastrados no PSF no município de Votuporanga-SP, setembro de 2006

<b>Informação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	17	25
Não	51	75
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Neste estudo, 51 (75%) chagásicos referiram nunca terem recebido informações a respeito da doença de Chagas por parte de profissionais de saúde. Nota-se que o conhecimento que os mesmos possuem sobre a doença de Chagas tem caráter empírico, transmitido através de gerações (Tabela 10).

#### 4.3.2 Limitações impostas pela doença de Chagas

**Tabela 11** - Limitações impostas pela doença de Chagas nos pacientes cadastrados no Programa da Saúde da Família no município de Votuporanga - SP no mês de setembro de 2006

<b>Limitação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	31	46,5
Não	35	51,5
Não soube informar	2	2,9
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Para 31 (46,5%) chagásicos, a doença de Chagas representa limitações tanto no aspecto físico como emocional e 35 (51,5%) indivíduos não referiram qualquer limitação em decorrência da doença de Chagas (Tabela 11).

#### 4.3.2.1 Limitações físicas impostas pela doença de Chagas

A realização de serviços domésticos foram as atividades referidas que desencadeiam maior desconforto físico e outros ainda referem limitações aos mínimos esforços.

*“... tenho vontade de fazer as coisas, mas não dá, dá moleza nas pernas, tontura, falta de ar... até para levantar dá tontura”* (não soube a forma clínica da doença de Chagas) EN 11, PSF Palmeiras.

*“... atrapalha no serviço acelerado por causa da falta de ar, não consigo nem conversar”* (forma indeterminada), EN 1 PSF Palmeiras.

*“... fico nervosa porque não consigo varrer a casa”* (forma cardíaca), EN 21, PSF Palmeiras.

*“... sinto tanta canseira, tenho falta de ar, tontura”* (forma cárdio-digestiva), EN 19, PSF Palmeiras.

*“... tenho vontade de trabalhar como eu era”* (forma indeterminada) EN 16, PSF Pró-Povo.

*“... fico revoltado porque não consigo fazer exercício...”* (não soube a forma clínica da doença), EN 8, PSF Pró-Povo.

*“... não agüento andar muito, dá zonzura, falta de ar e canseira”* (forma cardíaca), EN 19, PSF Pró – Povo.

*“... dependendo do trabalho, sinto canseira, fraqueza e desanima”* (forma cardíaca), portador de marca-passo, EN 2, PSF Pró-Povo.

*“... não agüento trabalhar, um pouco que ando já sinto tontura, até para falar falta ar, durmo pouco e sentada”* (forma cardíaca), EN 17, PSF Paineiras.

*“... gostaria de jogar bola e não posso fazer com liberdade por causa do cansaço”* (forma cardíaca), EN 10, PSF Paineiras.

*“... incomoda o intestino preso, faço lavagem intestinal três vezes por semana”* (não sabe a forma clínica), EN 2, PSF Parque das Nações.

*“Tenho falta de ar e dores fortes na barriga”* (não soube a forma clínica), EN 17, PSF Palmeiras.

*“Tenho fome, a comida pára e não desce, já dói”* (forma digestiva), EN 7, PSF Palmeiras.

*“... incomoda quando a barriga dói, não tenho vontade de comer”* (forma digestiva), EN 6, PSF Palmeiras.

#### 4.3.2.2 Aspectos emocionais impostos pela doença de Chagas

*“Tenho medo de morrer pela doença de Chagas”* (forma cárdio-digestiva), portador de marcapasso, EN10, PSF Palmeiras.

*“Tenho medo de morrer pela Chagas, penso no meu filho que tenho de deixar... até para varrer a casa me cansa”* (forma cardíaca), EN 16, PSF Palmeiras.

*“Deus achou que eu mereço e tudo bem”* (forma cardíaca), EN 12, PSF Palmeiras.

*“Tenho que me conformar com as coisas da vida”* (forma cardíaca), EN 18, PSF Palmeiras.

*“... me sinto rejeitada e excluída por todos”* (forma digestiva- colostomia por 6 anos), EN 5, PSF Parque das Nações.

*“Não posso pegar peso... sou estragado da barriga, não pode comer senão a barriga incha, o estômago fica pedindo... antigamente eu cabulava por ter Chagas, agora não. A doença de Chagas mata mesmo, perdi o medo de morrer”* (forma cárdio-digestiva) colostomia, EN 3, PSF Pró-Povo.

*“Não sinto vontade de fazer nada, quando Deus quiser que eu vou, eu vou”* (forma cardíaca), EN 10, PSF Pró-Povo.

*“Tenho medo de por marca-passo... quando a pessoa fica velha, ela ataca”* (forma indeterminada), EN 16, PSF Paineiras.

*“Tinha medo que fosse no coração porque é mais perigoso”* (forma digestiva), EN 19, PSF Paineiras.

*“Antes da cirurgia tinha a preocupação de ficar com a bolsa de colostomia...se tiver que acontecer,vai...”* (forma cárdio-digestiva), EN 18, PSF Paineiras.

*“... pra quem desde pequeno já estava desenganado com a doença, tenho que passar mesmo por isso... tenho bolsa de colostomia há 16 anos, trabalho catando papelão e não me atrapalha em nada”* forma cárdio-digestiva, EN 8 Pró-Povo.

Duas (2,9%) usuárias não souberam informar quanto às limitações impostas pela doença de Chagas, uma paciente é portadora de Alzheimer e a outra é portadora de transtorno mental.

Mesmo para aqueles que não referiram limitações em decorrência da doença de Chagas, também se pode notar caráter de conformismo: *“a gente tem que se conformar, um dia todo mundo morre”* (forma cardíaca), EN 1, PSF Pró-Povo.

A religiosidade também está presente na fala dos entrevistados: “*Peço a Deus para tirar meus problemas*” (não soube informar a forma clínica da doença de Chagas), EN 9, PSF Palmeiras; “*Deus é bom me curou*” (forma cardíaca), EN 3, PSF Palmeiras; “... *nem penso, Deus está comigo*” (não soube informar a forma clínica da doença), EN 3, PSF Paineiras.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSERÇÃO SOCIAL DO PORTADOR DE DOENÇA DE CHAGAS

Através da análise dos resultados obtidos neste estudo, foi possível observar que o sexo feminino foi predominante com 46 (68%) mulheres. Este resultado é compatível com os achados de estudos realizados por outros autores, tais como Araújo et al. (2000), Kamiya e Oliveira (2005), Oliveira Júnior (2005).

Com relação à faixa etária, a idade dos chagásicos variou entre 29 a 88 anos, sendo que na faixa etária de 46 a 75 foram incluídos 58 (85,3%) dos indivíduos.

Os estudos de Nunes (2005) e Rassi Júnior, Rassi e Rassi (2003) consideram que a morte súbita constitui um dos fenômenos mais expressivos da história natural da cardiopatia chagásica crônica, acometendo indivíduos nas etapas mais produtivas de suas vidas. A morte súbita é responsável por aproximadamente 55 a 65% dos óbitos e apresenta frequência variável na literatura, sendo influenciada pelas características da população estudada, pelo estágio evolutivo da doença, pelo grau de disfunção ventricular dos pacientes incluídos no estudo e pelo tempo de acompanhamento.

Entre os entrevistados do sexo masculino, 13 (59%) estão na faixa etária entre 56 a 75 anos. Isto provavelmente deve-se ao fato de que, no chagásico, a morte súbita ocorrer principalmente entre os 30 e 50 anos de idade, em decorrência de arritmia ventricular e taquicardia ventricular sustentada, com predominância no sexo masculino, que frequentemente não apresentam manifestações de cardiopatia (NUNES, 2005).

Com relação à cor referida, houve uma prevalência da cor branca, com 40 (58,8%) relatos, seguida da cor parda e negra, com apenas um usuário tendo referido a cor amarela. Segundo a Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios – PNAD do ano de 1999, formaram-se estruturas por cor ou raça bastante distintas nas regiões do Brasil. Os brancos constituíam 83,6% no Sul e 64% no Sudeste. No Nordeste, a maioria (64,5%) estava formada por pessoas de cor parda. No Centro-Oeste o percentual de pessoas de cor parda (49,4%) ainda permaneceu próximo ao de indivíduos brancos (46,2%). Na população do País, as pessoas brancas representavam 54%, as pardas 39,9% e as pretas, 5,4% (IBGE, 2006b).

Portanto, a prevalência da cor branca decorre da porcentagem natural para a região Sudeste.

O estado civil predominante foi de chagásicos casados, sendo 40 (58,8%). Estes dados também de estão de acordo às porcentagens obtidas na Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios – PNAD do ano de 1999 (IBGE, 2006b).

Com relação à escolaridade, 34 (50%) indivíduos são analfabetos e 18 (26,5%) são analfabetos funcionais, portanto, nota-se a baixa escolaridade deste grupo. Na América Latina, a UNESCO ressalta que o processo de alfabetização só se consolida de fato para as pessoas que completaram a 4ª série. Entre aquelas que não concluíram esse ciclo de ensino, tem-se verificado elevadas taxas de volta ao analfabetismo.

Em 2002 o Brasil apresentava um total de 32,1 milhões de analfabetos funcionais, o que representava 26% da população de 15 anos ou mais de idade (IBGE, 2006a). O nível de escolaridade de um indivíduo possui relação direta com sua qualificação para o trabalho, bem como demonstra as condições desse indivíduo quanto à competição no mercado de trabalho; assim, investimentos na área da educação tornam-se fundamentais no combate à exclusão social (IPEA, 2005).

Para Machado (2006), dentre os problemas a serem enfrentados pelo país, está o analfabetismo entre os adultos e idosos, sendo que o analfabetismo entre estes resulta do limitado acesso à educação formal dessas gerações no passado. Ainda, o grau de analfabetismo revela também outro aspecto importante, a insuficiência e ineficiência dos programas implementados no passado que objetivaram enfrentar e debelar o analfabetismo no país.

Quanto à situação de trabalho, evidenciou-se o predomínio de chagásicos aposentados por invalidez em decorrência do processo de adoecimento por doença de Chagas, sendo que a 10 (58,8%) dos usuários do sexo masculino se aposentaram na faixa etária entre 46 a 60 anos, idades estas em que estes indivíduos deveriam estar em uma fase produtiva de suas vidas.

Ainda, os homens apresentaram aposentadoria mais precoce em relação ao sexo feminino. Pode-se justificar este fato em decorrência da IC constituir uma das principais manifestações clínicas na miocardiopatia chagásica, predominando no sexo masculino, com maior frequência entre os 30 e 40 anos, podendo, no entanto, se manifestar em qualquer período evolutivo da doença, sendo a disfunção básica a hipocontratibilidade difusa com comprometimento da função sistólica (NUNES, 2005). Ainda, segundo a Síntese de Indicadores Sociais do IBGE (2007a), entre os aposentados nos anos de 2001 e 2002, a proporção de homens aposentados foi maior do que nas mulheres.

Para os chagásicos ativos, evidencia-se a baixa qualificação profissional em sua totalidade, porém a maioria relata estar satisfeito no trabalho.

Segundo Wanderley (1994), cabe ao Sistema de Saúde olhar de frente os indivíduos chagásicos que merecerão atenção médica e previdenciária.

Para Oliveira Júnior (2005), o indivíduo chagásico pertence a um segmento da população de baixíssima estratificação social, excluídos pela fatídica conjunção pobreza e doença, o que lhe confere pouco poder de reivindicação e praticamente nenhuma visibilidade política.

As evidências indicam que as condições sócio-econômicas estão relacionadas ao processo saúde-doença, como a renda, a educação e emprego (BRASIL, 2002). Desta forma, os fatores sócio-ambientais influenciam e são determinantes cruciais da situação de saúde.

A cardiopatia chagásica crônica constitui importante causa de incapacidade laborativa em nosso meio. Devem-se considerar as características laborativa exercida pelo segurado, especialmente a necessidade de esforço físico intenso ou continuado nesta atividade, assim como o grau de sua qualificação profissional e a possibilidade de inscrevê-lo em programa de reabilitação profissional. A investigação da arritmia cardíaca em termos de complexidade e magnitude é elemento indispensável na avaliação do prognóstico e da capacidade laborativa do chagásico (CONSENSO EM DOENÇA DE CHAGAS, 2005).

Os reflexos da desigualdade social sobre as condições de saúde são objetos de estudo na área de saúde através de “estudos ecológicos”, nos quais se tem procurado correlações entre indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, geralmente provenientes de censos, constatando-se que pessoas e áreas de pior nível socioeconômico apresentam quase invariavelmente piores condições de saúde (BARCELLOS et al., 2002).

Atualmente, o benefício de um aposentado é a única fonte de renda de toda uma família, de maneira que ocorre usurpação do direito do aposentado usufruir, mesmo que de quantia irrisória, do bem adquirido (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

A faixa de renda *per capita* identificada neste estudo variou entre R\$50,00 e R\$ 700,00. Seguindo a classificação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2005), 10 (14,7%) dos participantes foram classificados como indigentes e 15 (22%) como pobres.

O Brasil é um país com alta incidência de pobreza e elevada desigualdade na distribuição de renda. Atualmente, o governo federal adota como parâmetro para dimensionamento da pobreza o salário mínimo, no qual os indigentes são aqueles com renda



*per capita* de até um quarto do salário mínimo. Aqueles com renda *per capita* domiciliar de até meio salário mínimo são considerados pobres (IPEA, 2005).

Starfield (2002) considera que quanto maiores os recursos sociais dos indivíduos e comunidades, maiores as probabilidade de uma saúde melhor. Além disso, a privação social relativa também está associada a uma saúde pior. Ou seja, quanto maiores as disparidades na riqueza em qualquer população, maior a disparidade na saúde.

A interação entre condições de vida e saúde foi largamente apontada ao longo da história. A própria tradição do modelo biomédico, baseada na doença e na medicalização da vida social foi questionada já no século XVIII e XIX nas origens da medicina social por sanitaristas que identificavam ao lado dos fatores físicos, fatores sociais e econômicos como causadores de epidemia (MINAYO et al., 2000 apud MARCONDES, 2004).

Evidencia-se que as cidades de naturalidade dos usuários com doença de Chagas são predominantemente no Estado de São Paulo, sendo 50 (73,5%) e principalmente na região noroeste do Estado e apenas uma na região norte do Estado.

Os Estados brasileiros com maior número de casos de doença de Chagas são: Rio Grande do Sul, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Goiás e Bahia, além da região Norte, onde o *T. infestans* se instalou de forma mais intensa (MADY; IANNI, 2005).

A identificação do local de residência é outro fator importante na caracterização dos chagásicos, pois pode evidenciar o local onde contraíram a doença de Chagas. De acordo com o local de residência dos chagásicos, 47 (69,1%) dos indivíduos, provavelmente contraíram a doença de Chagas no Estado de São Paulo.

Para Maranhão, Correia e Silva (1999), a doença de Chagas é de origem silvestre e em decorrência das modificações ambientais como os desmatamentos não planejados, uso de agrotóxicos e as condições sociais como precariedade habitacional e de higiene, decorrentes do processo histórico brasileiro que possibilitaram o surgimento da “doença humana” e sua perpetuação. No ciclo da mineração no Brasil, quando praticamente não se desmatava, não há evidências de triatomíneos no domicílio. Ela passou a ocorrer no ciclo da agricultura e ciclo da pecuária, períodos estes de desmatamento intenso. Somente encontramos triatomíneos adaptados ao domicílio em áreas desmatadas e em cerrado (COURA, 2003).

Em estudo realizado por Monroy, identificou-se que o habitat natural do triatomíneo é a floresta, e não as habitações humanas, o que favorece uma prova muito sólida da relação entre desmatamento e a invasão deste vetor. Portanto, as estratégias de combate ao vetor estão além do uso de inseticidas, a cultura local deve integrar a necessidade de

reflorestamento (IDRC, 2007).

A grande maioria dos entrevistados, 63 (93%), referiu ter morado na zona rural na época em que provavelmente contraíram a doença de Chagas. O tipo de casa mais citada foi a de pau-a-pique, com 31 (45,6%) relatos, seguida por casa de barro, com 21 (30,9%) relatos.

Neste estudo, embora o questionamento quanto à presença de triatomíneos no domicílio não fizesse parte do instrumento de coleta de dados, 28 (41,1%) usuários relataram espontaneamente sobre a presença de triatomíneos intra-domiciliar.

Um casal de irmãos chagásicos, cuja mãe não é portadora da doença de Chagas participou do estudo. Estas características descartam uma possível transmissão vertical.

Foi possível identificar que 37 (54,4%) dos entrevistados apresentavam um ou mais membros da família com diagnóstico positivo para doença de Chagas, com predomínio para casos positivos para um ou mais irmãos, mãe, tio ou tias e pai.

Portanto, a história pessoal e familiar positiva para a doença de Chagas dos indivíduos pesquisados, pode estar associada a relatos compatíveis de hipótese de transmissão vetorial.

Em estudo realizado por Bozelli et al. (2006), em investigação sobre a história familiar para doença de Chagas, 42 (68,9%) tiveram história familiar positiva para doença e 19 (31,1%) referiram desconhecer a história dessa doença na família.

As distribuições de vetores, além da distribuição da pobreza e das condições por ela geradas, determinam o convívio do homem com o vetor no ambiente domiciliar (BRASIL, 2005). A casa mal construída, mal acabada ou mal conservada e a desinformação, constituem a expressão da precária situação de sobrevivência das populações sob risco; assim, em acréscimo aos determinantes de natureza biológica ou ecológica, aquele de natureza econômica e social, está à origem da produção da doença de Chagas. A transmissão vetorial pode ser controlada através da melhoria ou substituição de habitações de má qualidade que propiciam a domiciliação ou permanência de triatomíneos no habitat humano (BRASIL, 2005).

Na Guatemala, a doença de Chagas é considerada uma doença parasitária endêmica e afeta 730.000 indivíduos anualmente. Nas habitações rurais está sendo utilizado um novo tipo de argamassa que dura cinco anos, em vez de um ano, antes de começar a rachar. Desta forma, as infestações do vetor da doença de Chagas têm diminuído consideravelmente desde a utilização deste novo material (IDRC, 2007).

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DE ASPECTOS CLÍNICOS DO PORTADOR DE DOENÇA DE CHAGAS

A forma clínica mais referida foi a cardíaca, com 27 (39%) relatos, seguida da forma indeterminada, com 10 (15%) relatos. A forma cárdio-digestiva foi referida por oito (12%) indivíduos e uma porcentagem considerável dos pacientes, ou seja, 17 (25%), não souberam informar a forma clínica da doença de Chagas que portam. Seis (9%) indivíduos referiram apresentar a forma clínica digestiva, aproximando-se com a estimativa da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS (BRASIL, 2005) de 8% para esta forma.

Em relação à forma indeterminada, alguns pacientes compreendem a forma indeterminada como a “doença de Chagas no sangue”. Entre os que não souberam informar a forma clínica da doença, a grande maioria demonstrou interesse em saber.

Em estudo realizado por Bozelli et al. (2006), com análise de 95 prontuários de pacientes chagásicos, a forma clínica de maior ocorrência foi a cardíaca, em 37 (38,9%) pacientes, seguida pela forma digestiva em 25 (26,3%) pacientes, com 19 (20,0%) na forma indeterminada e 14 (14,7%) na forma cárdio-digestiva.

Nesta investigação, evidenciou-se que, além da doença de Chagas, estes indivíduos também são portadores de outras doenças crônico-degenerativas, referindo a presença de uma ou mais doenças associadas.

Com relação à presença de co-morbidades associadas a doença de Chagas, em 45 (66,2%) dos entrevistados, a principal doença identificada foi a HAS, com 45 (66,2%) casos.

A hipertensão tanto sistólica, quanto diastólica contribui para o aumento da incidência de doença coronária, cerebrovascular e insuficiência cardíaca. Vários estudos demonstram o benefício da redução da pressão arterial na diminuição de eventos cerebrovasculares e na incidência da IC (HERRMANN; SOUZA, 2006).

O paciente hipertenso cadastrado no Programa de Saúde da Família, no município de Votuporanga, recebe o cartão de Programa de Controle de Hipertensão Arterial. As consultas médicas, de enfermagem, distribuição de medicações e participação em grupos de hipertensos são realizadas conforme a classificação em estágio de hipertensão, segundo V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2006.

O maior objetivo do tratamento da hipertensão arterial é a redução da pressão arterial e com isso a morbimortalidade cardiovascular e renal (I DIRETRIZ ..., 2004, p. 151).

De acordo com as recomendações do “*Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)*”, a terapêutica da hipertensão arterial deve considerar os níveis pressóricos e a presença de outros fatores de risco (HERRMANN; SOUZA, 2006).

A segunda doença associada foi diabetes, com 11 (16,2%) casos. O diabetes também é considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento de coronariopatia e doença oclusiva cerebrovascular, assim, o controle de outros fatores de risco como hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, perda de peso e o consumo diário de baixas doses de ácido acetilsalicílico em pacientes diabéticos parece ter grande influência sobre a redução da mortalidade cardiovascular (HERRMANN; SOUZA, 2006).

Vários pacientes, 12 (17,6%), referem doença arterial coronariana, apresentando história pregressa de IAM. Segundo relato dos mesmos, todos foram internados em Unidade de Terapia Intensiva previamente em decorrência do IAM. Nos indivíduos que apresentam risco elevado para doença coronariana, a mudança enérgica no estilo de vida e o controle rigoroso dos fatores de risco podem modificar o prognóstico da doença (HERRMANN; SOUZA, 2006).

Quatro (5,9%) chagásicos referem que já tiveram AVE previamente e apresentam seqüelas. Em estudo realizado por Guilhon e Nasser (1989) em pacientes com embolia cerebral secundária a cardiopatia chagásica, identificaram a doença de Chagas como causa de AVE.

No estudo realizado por Bozelli et al. (2006), a principal co-morbidade associada à doença de Chagas também foi a HAS, com 24 (25,3%) casos, seguido por diabetes com 10 (10,5%) casos e Doença Arterial Coronariana com três (3,2%) casos.

Quando confrontamos estes achados, nota-se que o número de co-morbidade associadas à doença de Chagas foi notadamente maior nos chagásicos cadastrados no PSF de Votuporanga - SP. Assim, os chagásicos deveriam ter uma atenção específica em função da gravidade das co-morbidades identificadas, necessitando não de tratamento apenas, mas de cuidado com um enfoque biopsicossocial.

Dentre os usuários que apresentam a forma cardíaca e/ou cárdio – digestiva (n= 35), a IC foi citada por oito (22,9%) entrevistados e 15 (42,9%) relataram não saber. Como em outras formas de IC, a mortalidade aumenta à medida que se deteriora a função miocárdica; portanto quanto mais avançada a classe funcional, mais comprometida a capacidade de exercício e o desempenho miocárdico. (NUNES, 2005; MADY et al., 2005). Segundo Mady e Ianni (2005), entre os pacientes com doença de Chagas que evoluem com

mau prognóstico, 91% apresentam IC. Em um estudo realizado com pacientes hospitalizados, devido à descompensação cardíaca, ser chagásico foi um fator identificado como de alto risco de mortalidade, pois após 24 meses da hospitalização para compensação cardíaca, 49,5% destes evoluíram para óbito (OLIVEIRA JÚNIOR et al., 2005).

A arritmia cardíaca foi citada por 19 (54,3%) dos indivíduos na forma cardíaca e/ou cárdio – digestiva. Muitos pacientes compreendem arritmia cardíaca por “falha no coração” e/ou “bloqueio no coração”. Nos chagásicos, ao eletrocardiograma, é comum o bloqueio completo do ramo direito, associado ou não ao bloqueio divisional ântero-superior e os distúrbios de condução atrioventricular em graus variados de intensidade. (MADY; IANNI, 2005).

Na pesquisa de fatores de risco cardiovascular associados à doença de Chagas, entre os usuários entrevistados, 27,9% referiram ser tabagistas.

O fumo é um fator de risco que pode ser totalmente evitável de doença e morte cardiovascular. O cuidado individual do tabagista é prioritário para toda a equipe de saúde. O apoio psicoemocional incondicional ao tabagista e a prescrição de medicamentos têm-se mostrado muito eficazes (V DIRETRIZES ..., 2006). Muitas são as evidências de que o abandono do hábito de fumar reduz os riscos de doença vascular aterosclerótica pela metade após um ano de cessação, caindo a níveis próximos dos não-fumantes após vários anos sem fumar, portanto, os tabagistas devem ser incentivados a abandonar esse vício (HERRMANN; SOUZA, 2006). O hábito de fumar promove lesão direta da célula endotelial e a oxidação do LDL - c, aumentando o tônus muscular e a ativação plaquetária. A incidência de infarto aumenta de três a seis vezes em indivíduos que fumam 20 cigarros por dia (ORSINI, 2005).

Cinquenta usuários (73,5%) referiram serem sedentários, justificam-se principalmente pelo cansaço, dispnéia, desânimo ou por orientação médica. Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2006), desde que não haja contra-indicações, a recomendação para todo indivíduo adulto é habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por pelo menos 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes por semana. A atividade física deve ser enfaticamente estimulada, sempre adequada à faixa etária e ao condicionamento físico de cada indivíduo. Exercícios moderados, de 30 a 40 minutos ao dia, estão sem dúvida associado ao benefício cardiovascular. Os pacientes devem ser avaliados de forma individualizada e com prévia avaliação cardiovascular (I DIRETRIZ ..., 2004).

Quanto ao item dislipidemia, foi perguntado ao paciente sobre o resultado do último exame de colesterol que o mesmo realizou e se havia alguma alteração. Treze (19,1%) pacientes referiram alteração nos níveis de colesterol em seu último exame, outros referiram

que as taxas de colesterol foram consideradas normais, e outros ainda referiram que não sabiam ou que nunca haviam realizado este exame.

O termo dislipidemia caracteriza-se pela presença de níveis baixos de HDL - colesterol e níveis elevados de triglicérides e LDL - colesterol (I DIRETRIZ ..., 2004). Níveis elevados de colesterol, associados com hipertensão arterial, representam mais que 50% do risco atribuível para doença coronariana (V DIRETRIZES ..., 2006).

A obesidade abdominal e/ou central está emergindo como uma importante condição para o agravamento do risco cardiovascular na população em geral. A mensuração da circunferência abdominal é o indicador mais simples e fiel da presença de gordura visceral. A circunferência abdominal característica de síndrome metabólica era considerada como maior ou igual a: 88 cm nas mulheres e 102 cm nos homens; entretanto, atualmente, evidencia-se uma forte tendência mundial na redução dos parâmetros de circunferência abdominal. Durante o I Congresso Internacional de Síndrome Metabólica e Pré-Diabetes realizado em Berlim, em abril de 2006 e promovido pela Federação Internacional de Diabetes (IDF), redefiniu-se a medida de circunferência abdominal para síndrome metabólica como maior ou igual a 94 cm para homens e maior ou igual a 80 cm para mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Considerando a circunferência abdominal como fator de risco cardiovascular segundo a IDF, evidencia-se um dado alarmante, pois, dentre as mulheres chagásicas na forma cardíaca (n=19), 18 (94,7%) apresentaram este fator de risco cardiovascular. Entre os chagásicos entrevistados, que apresentaram a forma cardíaca e do sexo masculino (n=8), cinco (62,5%) apresentaram a circunferência abdominal como fator de risco cardiovascular.

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), o ganho de peso e aumento da circunferência da cintura, são índices prognósticos importantes de pressão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado.

Para Castro, Mato e Gomes (2006), a presença de gordura visceral está fortemente associada com as alterações metabólicas presentes na síndrome metabólica e que aumentam o risco cardiovascular, sendo considerada como melhor método para prevenirmos tais situações. A redução expressiva da circunferência abdominal e a gordura visceral melhoram significativamente a sensibilidade à insulina, podendo prevenir, diminuir os níveis plasmáticos de glicose, podendo prevenir ou retardar o aparecimento do diabetes tipo 2, e ainda uma redução expressiva da pressão arterial e nos níveis de triglicérides, com aumento do HDL- colesterol (I DIRETRIZ ..., 2004).

Toda a interação da equipe de saúde com os usuários deveria ser vista como uma oportunidade de promoção de saúde, através de um “*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (WHO, 1986), reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

Quanto aos sintomas referidos relacionados à forma clínica da doença de Chagas, cabe ressaltar que os chagásicos referiram mais de um sintoma nas diferentes formas clínicas da doença.

Neste estudo, os principais sintomas citados por chagásicos na forma cardíaca foram: fadiga, com 21 (77,8%) relatos, seguido por palpitação, com 18 (66,7%) relatos e dispnéia com 15 (55,6%) relatos.

Segundo relato dos mesmos, dos 27 (100%) chagásicos na forma clínica cardíaca, 10 (37%) não referiram qualquer tipo de limitação à atividade física usual, 11 (40,7%) referiram que atividade física usual, como: serviços domésticos resultam em fadiga, palpitações e dispnéia, três (11,1%) referiram que menos que atividade física usual desencadeia fadiga, palpitações e dispnéia, três (11,1%) referiram que apresentam fadiga, palpitações e dispnéia mesmo em repouso. A partir do relato destes usuários quanto às limitações impostas pela doença, pode-se nortear a assistência de enfermagem de modo individualizado e coerente.

O coração é, sem dúvida, o órgão mais lesado na doença de Chagas, dado a preferência do *T. cruzi* por suas fibras musculares, levando à dilatação e crescimento do órgão. São comuns, nessa fase avançada as sensações de fraqueza, cansaço, as freqüentes palpitações e intensa falta de ar (DIAS; DIAS, 2007).

Os comprometimentos digestivos se traduzem geralmente pelo aumento de calibre do esôfago ou das porções finais do intestino (DIAS; DIAS, 2007). Na forma digestiva, os sintomas referidos foram: cinco (83,3%) para distensão abdominal e igualmente quatro (66,7% cada) para constipação intestinal, dor abdominal e disfagia.

Em estudo realizado por Bozelli et al. (2006), a constipação intestinal foi a maior queixa entre os chagásicos na forma digestiva. Para o portador de megaesôfago chagásico ocorre a dificuldade da deglutição em consequência da dilatação do esôfago, tornando necessário ingerir líquidos durante a alimentação. É indicada a cirurgia e dilatação da cárdia, válvula localizada entre o esôfago e o estômago (STEINDEL; DIAS; ROMANHA, 2005).

O tratamento do megacólon chagásico é considerado eminentemente cirúrgico,

sendo o tratamento clínico paliativo, indicado apenas nos casos em que a cirurgia está contraindicada temporariamente ou definitivamente (KAMIJI; OLIVEIRA, 2005).

Os sintomas referidos por chagásicos com a forma cárdio-digestiva foram: sete (87,5%) para fadiga, seis (75%) para palpitação, seis (75%) para distensão abdominal, cinco (62,5%) para dispnéia, cinco (62,5%) para dor abdominal e três (37,5% cada) igualmente para constipação intestinal e disfagia.

Num mesmo chagásico podem coexistir dois ou mais órgãos acometidos ao mesmo tempo. Por exemplo, não são raros os doentes que apresentam o coração lesado e padecem também do “mal do engasgo” (DIAS; DIAS, 2007).

### 5.3 ASPECTOS RELEVANTES CONDICIONANTES DO COTIDIANO

Neste estudo, 51 (75%) dos chagásicos referiram nunca terem recebido informações a respeito da doença de Chagas por parte de profissionais de saúde. Nota-se que o conhecimento que os mesmos possuem sobre a doença tem caráter empírico, transmitido através de gerações.

Percebeu-se no decorrer das entrevistas que a ausência de informações dos chagásicos quanto aos mecanismos de transmissão, as formas clínicas da doença, bem como seus respectivos sintomas e tratamento são reflexos da ausência de ações de educação em saúde, próprias do Sistema de saúde vigente.

Pessoas com doenças crônicas devem ter o direito à informação do cuidado em saúde, para se tornarem capazes de participar ativamente e assumir a responsabilidade do seu próprio cuidado. Os profissionais de saúde devem preocupar-se em encorajar nos usuários dos serviços de saúde um comportamento que promova a saúde.

Para Smeltzer e Bare (1999c, p. 40), promoção em saúde pode ser definida como “atividades que, pela acentuação de aspectos positivos, assistem a pessoa no sentido de desenvolver os recursos que irão manter ou aumentar o bem-estar e melhorar sua qualidade de vida”.

Amato, Amato Neto e Uip (1997) afirmam que não é possível padronizar qualidade de vida, pois ela tem conotação individual, dependendo dos objetivos, das metas traçadas e dos anseios de cada indivíduo. Entretanto, em um estudo realizado com pacientes chagásicos submetidos a transplante cardíaco, constatou-se melhorias quanto aos limites de



ações e de perspectivas de vida; os transplantados passaram a ter objetivos e a poder concretizar realizações antes inacessíveis. As qualidades das respectivas vidas não atingiram um estágio ótimo após o transplante cardíaco; contudo, tiveram uma melhora sensível.

Neste estudo, para 31 (46,5%) chagásicos, a doença de Chagas representa limitações tanto no aspecto físico como emocional. A realização de serviços domésticos foram as atividades referidas que desencadeiam maior desconforto físico e outros ainda referem limitações aos mínimos esforços.

Para 35 (51,5%) indivíduos a doença de Chagas não representa qualquer limitação. A falta de percepção que os indivíduos apresentam quanto à sua limitação cotidiana representa sua alienação; desta forma, os indivíduos precisam enfrentar seu processo de adoecimento para participar efetivamente do seu cuidado.

Os aspectos emocionais envolvendo a doença de Chagas, também se fazem presentes neste estudo e revelam sentimentos de medo da morte, negação, alienação, conformismo e desesperança em virtude do cotidiano imposto pelo adoecimento. O medo de morrer foi bastante evidente na fala dos entrevistados, principalmente por se tratar de uma doença com agravo cardiovascular, uma vez que, para estes indivíduos, o coração é considerado o principal órgão responsável pela vida.

Em um estudo realizado por Santos et al. (2004), também se constatou que as pessoas com alterações cardíacas vivenciam sentimentos inerentes tanto à internação, como à condição de serem portadoras de cardiopatia, colocando à frente, a vulnerabilidade da vida, apresentando-lhes a possibilidade concreta de sua finitude.

## CONCLUSÕES

A prevalência de doença de Chagas na região estudada tem diminuído, pois a maioria dos entrevistados é de indivíduos infectados há mais de 15 anos. Esta diminuição se deve ao controle de triatomíneos nos domicílios, à rigorosa seleção de doadores de sangue e às melhorias nas condições de moradias da zona rural.

A maioria dos chagásicos cadastrados no PSF no município de Votuporanga – SP apresenta baixa escolaridade e a baixa renda *per capita*, socialmente excluídos. Isto se deve ao fato de que a maioria dos usuários de PSF serem de classes sociais mais baixas, pois pessoas com maior poder aquisitivo recorrem à planos de saúde particulares; e que a doença de Chagas tem sido considerada como uma doença com elevada prevalência entre as populações com condições socioeconômicas precárias.

Várias foram as co-morbidades associadas, entre as mais importantes estão a Hipertensão Arterial, a Doença Arterial Coronariana e o Diabetes.

Os fatores de risco cardiovascular identificados neste estudo apresentam números expressivos.

Os aspectos relevantes do adoecimento condicionantes do cotidiano revelam condições incapacitantes da doença de Chagas, tanto no aspecto físico, como emocional, entre eles medo da morte, negação, alienação, conformismo e desesperança.

A falta de conhecimento sobre os mecanismos de transmissão da doença, o processo de adoecimento dos indivíduos pesquisados e suas diversas formas clínicas, evidenciam como a ausência de mecanismos de educação em saúde nos vários níveis de assistência à saúde. Portanto, devem ser considerados para reorientação das práticas de enfermagem e elaboração de modelos de atenção integral aos chagásicos.

## SUGESTÕES

Os portadores de doença de Chagas podem representar uma grande sobrecarga para os serviços de atenção em saúde, devido às co-morbidades associadas, ao fato de necessitarem, frequentemente, de cuidados especiais nos diversos níveis de atendimento.

Como ações de promoção à saúde, sugere-se:

- Qualificação dos profissionais do PSF.
- Implantação de um programa como um projeto de extensão do Centro Universitário de Votuporanga – UNIFEV, no atendimento médico e psico-social aos chagásicos através de equipes multiprofissionais e multidisciplinares, qualificadas e treinadas para uma assistência integral ao chagásico e fundamentada na ideologia do cuidar, através da parceria com os cursos de graduação de enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e assistência social da própria instituição.
- Elaboração de ferramentas educativas explicando os mecanismos de transmissão da doença de Chagas, formas clínicas, sinais e sintomas relacionados e tratamentos.

## REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Debates, p. 151-153, ago. 2001.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

AMATO, M. S.; AMATO NETO, V.; UIP, D. E. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos a transplante de coração. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 30, n. 2, p. 159-160, mar./abr. 1997.

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

AYRES, R. A. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004.

BARCELLOS, C. de C.; SABROZA, P. C.; PEITER, P.; ROJAS, L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe epidemiológico do SUS**, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, v. 11, n. 3, p. 129-138, jul./set. 2002.

BARRETTO, A. C. P. Insuficiência Cardíaca - Epidemiologia, história natural, diagnóstico, prognóstico e aspectos econômicos. In: \_\_\_\_\_. **Insuficiência cardíaca no terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. cap. 1, p. 7-28.

BARROS, A. L. B.; MICHEL, J. L. M.; LOPES, R. S.; GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. Exame do Tórax: aparelho cardiocirculatório. In: BARROS, A. L. B et al. **Anamnese e exame físico:**

avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002. cap. 9, p. 124-133.

BOZELLI, C. E.; ARAÚJO, S. M. de; GUILHERME, A. L. F.; GOMES, M. L. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com doença de Chagas no Hospital Universitário de Maringá, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1027-1034, maio 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família** – Diretriz conceitual. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php# diretriz>>. Acesso em: 23 ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Distribuição da doença de Chagas no continente Americano**. Fiocruz. Doença de Chagas. Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. 2007. Disponível em: <<http://www.ipecc.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>>. Acesso em: 22 jan. 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle da doença de Chagas**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=11628](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=11628)>. Acesso em: 22 jan. 2007b.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CASTRO, S. H. de, MATO, H. J. de; GOMES, M.de B.. Parâmetros antropométricos e síndrome metabólica em diabetes tipo 2. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v. 50, n. 3, p. 450-455, 2006.

CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, (Suplemento III), p. 1-30, 2005.

COURA, J. R. Tripanosomose, Doença de Chagas. **Ciência e Cultura**, v. 55, n. 1, p. 30-33, jan./mar. 2003.

COUTINHO, J. de O. Geografia médica das protozooses. In: LACAZ, C. S.; BARUZZI, R.

G.; SIQUEIRA JÚNIOR, W. Introdução à geografia médica no Brasil. São Paulo: Edgard Blücher, 1972. cap. 12, p. 264-274.

DIAS, J. C. P.; DIAS, E. **A doença de Chagas**. Biblioteca Virtual Carlos Chagas. Disponível em: <<http://www4.prossigabr/Chagas/doenca/sec/dc-cd-571/dc-cd571-05.html>>. Acesso em: 22 jan. 2007.

DIAS, J. C. P. **A vida do barbeiro**. Biblioteca Virtual Carlos Chagas. Disponível em: <<http://www4.prossiga.br/Chagas/doenca/sec/dc-cd-571/dc-cd571-09.html>>. Acesso em: 22 jan. 2007.

DIAS, J. C. P.; SCHOFIELD, C. J. Controle da transmissão transfusional da doença de Chagas na Iniciativa do Cone Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 31, p. 373-383, 1998.

FAUSTINO, R. L. H.; MORAES, M. J. B.; EGRY, E. Y.; OLIVEIRA, M. A. C. **O trabalho de enfermagem em saúde da família na perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ABRASCO, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao\\_sobre\\_saude\\_familia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao_sobre_saude_familia.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2006.

FUGULIN, F. M. T.; ANDREONI, S.; RAVAGLIO, L. M. M. Processo de gestão da qualidade das ações cuidativas. In: CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; ANABUKI, M. H. **Sistema de Assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 2. ed. São Paulo: Ícone, 2001. cap. 14, p. 261-278.

GUILHON, F.; NASSER, W. Acidente vascular cerebral e cardiopatia chagásica. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 2, n. 25, p. 51-53, mar./abr. 1989.

HERRMANN, J. L. V.; SOUZA, J. A. M. “Check-up” cardiológico: avaliação clínica e fatores de risco. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – SOCESP**, v. 16, n. 3, p. 127-134, jul./ago./set. 2006.

IANNI, B. M. Cardiopatia chagásica: ênfase para a forma indeterminada. In: TIMERMAN, A.; CESAR, L. A. M. **Manual de cardiologia: sociedade de cardiologia do Estado de São Paulo - SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 53, p. 236-237.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Educação no Brasil. 2006a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 8 out. 2006.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios – PNAD 1999**. 2006b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/>>

populacao/trabalhoerendimento/pnad99/destaques.shtm>. Acesso em: 8 out. 2006.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**. 2007a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/13042004sintese2003.html.shtm>>. Acesso em: 5 fev. 2007.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações de saúde**. Ministério da Saúde. IBGE, 2007b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popSP.def>>. Acesso em: 05 fev. 2007.

I DIRETRIZ brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 7, n. 4, p. 123-162, 2004.

I DIRETRIZ latino-americana para avaliação e conduta na insuficiência cardíaca descompensada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, supl. 3, p. 27-28, 2005.

IDRC. International Development Research Centre. **Saúde – Meio Ambiente: Conexões Globais**. Doença de Chagas: construindo relacionamentos e casas mais sólidas. jan. 2007.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Brasil: o estado de uma nação**. REZENDE, F.; TAFNER, P. Brasil: IPEA, 2005. cap. 3, p. 85-107.

KAMIJI, M. M.; OLIVEIRA, R. B. O perfil dos portadores de doença de Chagas, com ênfase na forma digestiva, em hospital terciário de Ribeirão Preto, SP. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, n. 4, p. 305-309, jul-ago, 2005.

KROPF, S. P.; AZEVEDO, N.; FERREIRA, L. O. Doença de Chagas: a construção de um fato científico e de um problema de saúde pública no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 347-365, 2000.

LANA, M.; TAFURI, W. L. Trypanosoma cruzi. In: NEVES, D. P. **Parasitologia humana**. 8 ed. São Paulo: Atheneu, 1991. cap. 10, p. 73-105.

LAURENTI, R.. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil. In: NOBRE, F.; SERRANO JÚNIOR, C. V. **Tratado de cardiologia – SOCESP**. Barueri: Manole, 2005. seção 1, cap. 2, p. 16-21.

MACHADO, L. R. C. **Modo de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica, assistidos em uma unidade de saúde da família: dialética do subjetivo e objetivo**. 2006. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.

MADY, C.; IANNI, B. M. Cardiomiopatia da doença de Chagas. In: NOBRE, F.; SERRANO JÚNIOR, C. V. **Tratado de cardiologia** – SOCESP, Barueri: Manole, 2005. seção 8, cap. 2, p. 833-844.

MADY, C.; SALEMI, V. M. C.; IANNI, B. M.; RAMIRES, F. J. A.; ARTEAGA, E. Capacidade funcional máxima, fração de ejeção e classe funcional na cardiomiopatia chagásica. Existe relação entre estes índices? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** – Sociedade Brasileira de Cardiologia São Paulo, v. 84, n. 2, p. 152-155, fev. 2005.

MARANHÃO, E. A.; CORREIA, C. B.; SILVA, R. C. B. Cardiopatia chagásica. In: CASTRO, I. **Cardiologia: princípios e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. cap. 56, p. 845-865.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. **O trabalho de enfermagem no Programa de Saúde da Família**. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao\\_sobre\\_saude\\_familia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/producao_sobre_saude_familia.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2006.

MASSIE, B. M.; AMIDON, T. M. Coração. In: TIERNEY JUNIOR, L. M.; McPHEE, S. J.; PAPADAKIS, M. A. **Diagnóstico & Tratamento**. 41. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 10, p. 440-441.

MELO, R. B.; PARENTE, G. B. O.; VICTOR, E. G. Determinação do peptídeo natriurético cerebral humano em portadores de doença de chagas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo, v. 84, n. 2, p. 137-140, fev. 2005.

MENEGHELI, U. G. Chagasic enteropathy. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, v. 37, n. 3, p. 252-260, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 3 ago. 2006.

NUNES, M. do C. P. Cardiopatia chagásica. In: PÁDUA FILHO, W. C. de et al. **Cardiologia**: Sociedade Mineira de Cardiologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 36, p. 286-289.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. T.; CANESIN, M. F.; MUNHOZ, R. T.; DEL CARLO, C. H.; SCIPIONI, A.; RAMIRES, J. A. F.; BARRETTO, A. C. P. Principais características clínicas de pacientes que sobreviveram 24 meses ou mais após a hospitalização devido a descompensação cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 84, n. 2, p.



161-166, fev. 2005.

OLIVEIRA JÚNIOR, W. de. Atenção integral ao chagásico. Uma proposta de cuidar. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 84, n. 1, p. 1-2, jan. 2005.

ORSINI, K. T. Fatores de risco para doença arterial coronariana. In: PÁDUA FILHO, W. C.; BARBOSA, M. de M.; CHULA, E. D. **Cardiologia: Sociedade Mineira de Cardiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 19, p. 157-167.

PÉREZ-GUTIÉRREZ, E.; AGRELO, R. S.; FIGUEROA, R. Technical recommendation on Chagas' disease epidemiology and prevention, focussing its transmission as a disease transmitted by food. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 39, n. 5, 2006.

RASSI, S. Insuficiência cardíaca nas miocardiopatias dilatadas e na doença de Chagas. In: BARRETO, A. C. P.; BOCCHI, E. A. Insuficiência cardíaca. São Paulo: Segmento, 2003. cap. 11, p. 109-118.

RASSI, A.; AMATO NETO, V.; RASSI, G. G.; AMATO, V. S.; RASSI JÚNIOR, A.; LUQUETTI, A. O.; RASSI, S. G. Busca retrospectiva da transmissão maternal da infecção chagásica em pacientes em fase crônica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 6, p. 485-489, nov./dez. 2004.

RASSI JÚNIOR, A.; RASSI, S. G.; RASSI, A. Morte súbita na doença de Chagas. In: CRUZ FILHO, F. E. S.; MAIA, I. G. **Morte súbita no novo milênio**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. cap.15, p. 167-180.

RELATÓRIO MUNDIAL. **Cuidados inovadores para condições crônicas**. Componentes estruturais de ação: relatório mundial. Organização Mundial de Saúde. Brasília, 2003. p. 1-105.

SANTOS, L. de M.; NASCIMENTO, G. P. do; BACHION, M. M.; MUNARI, D. B. Percepções das pessoas internadas com alterações cardiovasculares sobre a hospitalização e a doença. **Revista da Sociedade de Cardiologia de São Paulo**, v. 14, n. 3 (supl A), maio/jun. 2004.

SBI – Sociedade Brasileira de Infectologia. **Brasil elimina transmissão da doença de Chagas pelo *Triatoma infestans***. Disponível em: <<http://infectologia.org.br/default.asp?siteAcao=MostraPagina&paginaId=134&>>. Acesso em: 28 jun. 2006.

SILVA, R. A.; CARVALHO, M. E.; RODRIGUES, V. L. C. C. **Doença de Chagas** – Profissionais da saúde. Disponível em: <[http://www.sucen.sp.gov.br/doencas/chagas/texto\\_](http://www.sucen.sp.gov.br/doencas/chagas/texto_)

chagas\_prob.htm>. Acesso em: 6 mar. 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Cuidados ao paciente com distúrbios cardíacos e complicações relacionadas. In: \_\_\_\_\_. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999a. v. 2, cap. 28, p. 575-582.

\_\_\_\_\_. Cuidados ao paciente com arritmias e problemas de condução. In: \_\_\_\_\_. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999b. v. 2, cap. 27, p. 533-550.

\_\_\_\_\_. Educação para a saúde e promoção da saúde. In: \_\_\_\_\_. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999c. v. 1, cap. 4, p. 34-43.

SOBREIRA, A. C. de M. et al. Prevalência de infecção chagásica em doadores de sangue do Hemocentro Regional de Iguatu, CE. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 193-196, mar./abr. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Debate Científico sobre Síndrome Metabólica**. Disponível em: <[http://www.diabetes.org.br/artigos/sindrome\\_metabolica/debatecientificosm.php](http://www.diabetes.org.br/artigos/sindrome_metabolica/debatecientificosm.php)>. Acesso em: 21 dez. 2006.

SOUSA, M. F. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEINDEL, M.; DIAS, J. C. P.; ROMANHA, A. J. Doença de Chagas – mal que ainda preocupa. **Ciência Hoje**, v. 37, p. 34-40, 2005.

UCHÔA, E.; ROSEMBERG, B.; PORTO, M. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 115-128, jul./set. 2002.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; DIAS, E. C.; PEREIRA, M. S.; GONTIJO, E. D. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 71-79, jan./fev. 2002.

V DIRETRIZES brasileiras de hipertensão – Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo, 13 fev. 2006.

VOTUPORANGA. Mapa do Estado de São Paulo destacando a localização do município de Votuporanga. (1098KB, tipo MIME: image/svg+xml). Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Votuporanga>>. Acesso em: 4 ago. 2006.

XAVIER, S. S.; SOUSA, A. S.; VIÑAS, P. A.; JUNQUEIRA, A. C. V.; BÓIA, M. N.; COURA, J. R. Cardiopatia chagásica crônica no Rio Negro, Estado do Amazonas. Relato de três novos casos autóctones, comprovados por exames sorológicos clínicos, radiográficos do tórax, eletro e ecocardiográficos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 39, n. 2, p. 211-219, mar./abr. 2006.

WANDERLEY, D. M. V. **Perspectivas da doença de Chagas no Estado de São Paulo**. 1994. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

WANDERLEY, D. M. V.; SILVA, R. A. da; CARVALHO, M. E. de; BARBOSA, G. L. **Doença de Chagas: a vigilância entomológica no Estado de São Paulo**, v. 4, n. 38, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa38\\_chagas.htm](http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa38_chagas.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2007.

WHO. Carta de Ottawa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p. 11-18.

**APÊNDICE**

**APÊNDICE A** — Instrumento para coleta de dados**1. Identificação**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Segmento: \_\_\_\_\_

1.1 Nome: \_\_\_\_\_

1.2 Sexo:  Masculino  Feminino

1.3 Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ anos

1.4 Estado civil:  solteiro  casado  viúvo  separado  outro

Qual: \_\_\_\_\_

1.5 Nível de instrução:

 não alfabetizado  ensino fundamental incompleto ensino fundamental completo ensino médio incompleto  ensino médio completo superior incompleto  superior completo

Tempo de estudo: \_\_\_\_\_

1.6 Número de pessoas que moram na residência: \_\_\_\_\_

1.7 Renda familiar: \_\_\_\_\_

1.8 Situação do trabalho:  ativo  aposentado  afastado

Se aposentado ou afastado, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

1.9 Caso esteja trabalhando :

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Jornada de trabalho: \_\_\_\_\_

Satisfação no trabalho:  satisfeito  pouco satisfeito  insatisfeito

1.10 Lazer

Qual (is): \_\_\_\_\_

## 2. Dados relacionados à infra-estrutura

2.1 Naturalidade: \_\_\_\_\_

2.2 Procedência: \_\_\_\_\_

2.3 Condições de moradia na época que contraiu a Doença de Chagas:

zona rural       zona urbana

alvenaria     pau-a-pique     placa     madeira     não sabe

outro    Qual: \_\_\_\_\_

saneamento básico     sem saneamento

## 3. Dados relacionados ao indivíduo

3.1 Cor: \*

branca                                       negra                                       pardo

oriental                                       descendente oriental                                       indígena

outro

\* pedir para o paciente se enquadrar em uma destas categorias

3.2 História familiar

Doença de Chagas	Pai	Mãe	Irmãos	Tio (s)	Tia (s)	Avô (s)	Avó (s)
Sim							
Não							
Não sabe							

S- Sim

N- Não

NS - Não sabe

3.3 Há quanto tempo recebeu o diagnóstico da Doença de Chagas:

\_\_\_\_\_

3.4 Sabe informar qual o nome da medicação que tomou quando recebeu o diagnóstico da Doença de Chagas?

\_\_\_\_\_

3.5 Qual a forma clínica da Doença de Chagas que apresenta:

cardíaca     digestiva     cárdio-digestiva     indeterminada     não sabe

## 3.6 História clínica atual associada do paciente:

Doença	HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica)	Diabetes	Insuficiência Renal	Infarto	AVE (derrame)	ICC (Insuficiência Cardíaca)	Arritmia	Outro Qual(is)
Sim								
Não								
Não sabe								

S- Sim            N- Não            NS- Não sabe

## 3.7 Apresenta os seguintes sinais e sintomas clínicos:

Sinais/ sintomas	Edema (inchaço)	Dispnéia (falta de ar)	Fadiga (cansaço)	Tontura	Palpitação
Sim					
Não					
Não sabe					

Sinais/ sintomas	Dor Abdominal (barriga)	Constipação intestinal	Distensão abdominal	Disfagia (dificuldade de engolir)	Outro Qual (is)
Sim					
Não					
Não sabe					

S- Sim            N- Não            NS- Não sabe

## 3.8 Apresenta fatores de risco cardiovascular

Fatores de risco	Tabagista (fumante)	Etilista (alcóolatra)	Circunferência abdominal	Dislipidemia (alteração de colesterol)	Sedentário
Sim					
Não					
Não sabe					

S- Sim

N- Não

NS- Não sabe

3.9 Sente-se limitado por ter Doença de Chagas: ( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for sim, por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.10 Segue o tratamento medicamentoso para Doença de Chagas: ( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for não, por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.11 Segue o tratamento medicamentoso para outra (s) doença (s): ( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for sim, qual medicamento e para qual doença?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se a resposta for não, por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.12 Já recebeu alguma informação sobre Doença de Chagas: ( ) Sim ( ) Não

\_\_\_\_\_



3.13 Já foi hospitalizado: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Se a resposta for sim, sabe informar qual o motivo da última internação?

---

---

3.14 Já realizou alguma cirurgia: ( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for sim, sabe informar qual? \_\_\_\_\_

---

3.15 Já recebeu transfusão de sangue: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Se a resposta for sim, sabe informar a quanto tempo?

---

**ANEXOS**

**ANEXO A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo qualificado (a), DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de \_\_\_\_\_ (sujeito objeto da pesquisa/representante legal do sujeito objeto da pesquisa), que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com doença de Chagas cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Votuporanga – SP, desenvolvido pela aluna: Roberta Alessandra Sanches Cesarino do Curso Mestrado em Promoção de Saúde, da Universidade de Franca, quanto aos seguintes aspectos: A partir do levantamento do número de pessoas que apresentam a doença de Chagas, ocorre a necessidade de um adequado planejamento que norteie as ações do serviço de saúde, de forma organizada, efetiva e assertiva; assim, o presente estudo pretende caracterizar o perfil dos indivíduos que tem a doença de Chagas e que são cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Votuporanga - SP; identificar de onde vêm estes pacientes (cidade e estado), com vista a localização de áreas endêmicas da doença de Chagas, ou seja, que ocorrem com maior frequência em certo local e levantar as limitações do paciente devido a evolução da doença de Chagas com vista ao planejamento dos cuidados de enfermagem.

A população do estudo será constituída por pacientes que tenham a doença de Chagas e são cadastrados no Programa de Saúde da Família de Votuporanga-SP.

Será solicitada autorização para a realização do estudo à Secretaria de Saúde de Votuporanga, assim como o termo de consentimento pós-informado dos participantes.

Serão realizadas visitas domiciliares pela pesquisadora aos pacientes que concordarem participar do estudo, quando será realizada a entrevista para a coleta de dados (roteiro de entrevista APÊNDICE A).

Deve ficar claro ao indivíduo que aceitar participar da pesquisa que as informações colhidas terão caráter sigiloso e que em nenhum momento da pesquisa ocorrerão riscos, assim como este tem a liberdade de se recusar a participar da pesquisa, ou mesmo desistir, em qualquer fase da pesquisa, sem que ocorra qualquer prejuízo ao seu cuidado.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que nos foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Votuporanga, de \_\_\_\_\_ de 2006.

## ANEXO B — TERMO DE RESPONSABILIDADE

### **Dra. Elizabete Arroyo Marchi**

Venho por meio desta solicitar a autorização para execução da coleta de dados para pesquisa de mestrado da Universidade de Franca (UNIFRAN), intitulado: “**Perfil clínico-epidemiológico de portadores de doença de Chagas cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Votuporanga-SP**”, sob orientação da Profa. Dra. Mônica de Andrade Morraye. Este estudo tem por finalidade caracterizar o perfil do portador de doença de Chagas cadastrados no Programa de Saúde da Família no município de Votuporanga, identificar a procedência dos portadores de doença de Chagas com vista à localização de áreas endêmicas e levantar as limitações decorrentes da evolução da doença de Chagas com vista ao planejamento dos cuidados de enfermagem. Os dados serão coletados por meio de questionário (Apêndice A) aos pacientes que concordarem em participar do estudo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), ficando garantido seu anonimato. A divulgação dos resultados será realizada sob a forma de dissertação de mestrado. Gostaria de esclarecer que a pretensão inicial para realização deste estudo seria com os pacientes portadores da doença de Chagas atendidos no Ambulatório de Cardiologia da Santa Casa de Votuporanga; porém, em decorrência do número da amostra ser escasso, por sugestão da orientadora e coordenadora do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu*, optou-se por aumentar a amostra em estudo, preferindo-se o Programa de Saúde da Família do município. Cabe ainda ressaltar que este estudo já recebeu parecer **APROVADO** em 31 de março de 2006 pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa com Humanos (**Protocolo n° 015/06**).

Agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Enfa. Roberta Alessandra Sanches Cesarino  
Aluna do Programa de Pós-Graduação da UNIFRAN  
Telefone para contato: (17) 3423-2396  
E-mail: rascesarino@ig.com.br

---

Roberta A. Sanches Cesarino

Votuporanga, 28 de agosto de 2006

**ANEXO C — Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP da UNIFRAN**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)