

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

**WALDENICE CAMINHA DE SOUSA**

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇAS DE CHAGAS**

**PICOS-PI  
2018**

WALDENICE CAMINHA DE SOUSA

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA DE CHAGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal do Piauí, Campus Senador  
Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos  
finais para obtenção do título de Licenciado em  
Ciências Biológicas

Orientador: Prof. Esp. Vanderlan Feitosa de Macedo

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca José Albano de Macêdo**

**S725q** Sousa, Waldenice Caminha de

Qualidade de vida em pacientes com doença de chagas. /  
Waldenice Caminha de Sousa. – 2018.

37 f.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol.

Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura Plena em  
Ciências Biológicas) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2019.

Orientador(A): Prof. Esp. Vanderlan Feitosa de Macedo.

1. Qualidade de Vida. 2. Doença de Chagas. 3. Saúde  
Pública. I. Título.

**CDD 594.3**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**  
**CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS**  
 Chefia do Curso de Ciências Biológicas  
 Rua Cícero Duarte, 905 – Bairro Junco – CEP: 64.607-670 - Picos, Piauí  
 Fone/Fax: (89) 3422-1008 / 34221024



**ATA DA SESSÃO DE DEFESA DA MONOGRAFIA DO(A) ALUNO(A) WALDENICE DE SOUSA CAMINHA DO CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DO CAMPUS "SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS".**

Ao décimo primeiro dia do mês de dezembro, do ano de 2018, às quinze horas, na cidade de Picos, no Campus Senador Helvídio Nunes de Barros - CSHNB, na Sala 803, sob presidência do(a) Professor(a) Orientador(a) Esp. Vanderlan Feitosa de Macedo, realizou-se a sessão de defesa pública do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) WALDENICE DE SOUSA CAMINHA, do curso de Licenciatura em Ciências Biológica, intitulada: "Qualidade de vida em pacientes com Doença de Chagas". Estiveram presentes o(a) Professor(a) Dra. Patrícia da Cunha Gonzaga, da Universidade Federal do Piauí (membro da Banca Avaliadora), o(a) Professor(a) Esp. José Welton Sousa Silva, da Universidade Federal do Piauí (membro da Banca Avaliadora) e demais convidados. O(a) professor(a) Orientador(a) Profa. Esp. Vanderlan Feitosa de Macêdo, na qualidade de presidente da Banca de defesa da monografia citada acima, declarou aberta a sessão e apresentou os membros da Banca Avaliadora ao público presente. Em seguida passou a palavra para o(a) aluno(a) WALDENICE DE SOUSA CAMINHA para que no prazo de 20 min (vinte minutos) a 30 min (trinta minutos) apresentasse a sua monografia. Após a exposição oral apresentada pelo(a) aluno(a) WALDENICE DE SOUSA CAMINHA, e o(a) professor(a) Orientador(a) Profa. Esp. Vanderlan Feitosa de Macêdo, passou a palavra aos membros da Banca Avaliadora para que procedessem suas considerações e à arguição pertinente ao trabalho. Em seguida, o(a) aluno(a) WALDENICE DE SOUSA CAMINHA respondeu às perguntas elaboradas pelos membros da Banca Avaliadora. Prosseguindo, a sessão foi suspensa pelo(a) professor(a) Orientador(a) Profa. Esp. Vanderlan Feitosa de Macêdo, o(a) qual solicitou o esvaziamento da sala pelos presentes para se reunir secretamente com os membros da Banca Avaliadora para emitir o parecer da avaliação. Após a avaliação secreta dos membros da Banca Avaliadora, o(a) professor(a) Orientador(a) Profa. Esp. Vanderlan Feitosa de Macêdo convidou todos a se fazerem presentes à sala para a leitura do parecer emitido pela Banca de Avaliação. Assim foi lido, "Após a defesa e arguição do(a) aluno(a) WALDENICE DE SOUSA CAMINHA, a Banca Avaliadora considerou o(a) aluno(a) Aprovado, emitindo nota igual a 9,4". Prosseguindo, agradeceu a participação dos membros da Banca Avaliadora e de todos os presentes e deu por encerrada a sessão. E, para constar eu, Profa. Esp. Vanderlan Feitosa de Macêdo, lavrei a presente Ata que, após lida e achada conforme, foi assinada por mim e demais presentes, em testemunho de fé. Picos - Piauí, décimo primeiro dia do mês de dezembro de 2018.

1. Vanderlan Feitosa de Macêdo
2. Patrícia da Cunha Gonzaga Silva
3. José Welton Sousa Silva
4. Daniela Maria Campelo Duarte
5. Luanara Silva de Sousa Lima
6. Waldenice Caminha de Sousa
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_

**CONFERE COM ORIGINAL**  
  
**Alan Marques de Sousa**  
 Assistente em Administração  
 UFR/SLIAPE 2269485

Este trabalho é dedicado a Deus meu criador,  
a minha mãe, meu pai e meus irmãos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me fortalecido ao ponto de superar as dificuldades e também por toda saúde que me deu e que permitiu alcançar esta etapa tão importante da minha vida..

A Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB), tão imponente eu agradeço pelo ambiente propício à evolução e rica sabedoria.

Ao longo de todo meu percurso eu tive o privilégio de trabalhar de perto com professores educadores capacitados. Sem eles não seria possível estar aqui hoje com o coração repleto de orgulho.

Aos poucos amigos que eu tenho e que sempre me incentivaram a continuar nessa jornada que não é nada fácil, em especial a meu amigo Marcone que sempre esteve presente, me lembrando de que os dias difíceis sempre passam, e que eu sempre sou capaz do que acho não ser, por todos os sorrisos e principalmente por ter me ajudado. A minha família, a vocês eu deixo uma palavra de agradecimento. Hoje sou uma pessoa realizada e feliz porque não estive só nesta longa caminhada. Vocês foram a minha base.

A minha orientadora Mariluce Fonseca eu agradeço a orientação incansável, o empenho e a confiança que ajudaram a tornar possível este sonho tão especial.

A todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte do meu percurso eu agradeço com todo meu coração.

Por fim, mas não menos importante, deixo uma palavra de gratidão a todas as pessoas que de alguma forma tocaram meu coração e transmitiram força e confiança em mim.

Uma questão de o cidadão ter direito a uma vida saudável, levando a construção de uma qualidade de vida, que deve objetivar a democracia, igualdade, respeito ecológico e o desenvolvimento tecnológico, tudo isso procurando livrar o homem de seus males e proporcionando-lhe benefícios (BOLZAN DE MORAES, 1997).

## RESUMO

Esse estudo traz como objeto de análise a qualidade de vida em pacientes com Doença de Chagas. O objetivo desse estudo é analisar como vivem as pessoas que são acometidas pela Doença de Chagas e avaliando a qualidade de vida. Os objetivos da pesquisa são: discorrer acerca da saúde ao longo da trajetória histórica da humanidade e o tratamento dado a saúde nas diversas civilizações, compreender o significado da qualidade de vida vigente atualmente na literatura científica e discutir a qualidade de vida dos pacientes com Doenças de Chagas. O tratamento da doença de Chagas, na maioria das vezes é baseado, em mudança do estilo de vida, e pode ser farmacológico. Qualquer que seja a opção, é fundamental obter a adesão continuada dos pacientes às medidas recomendadas para a obtenção de um controle adequado da doença. A pesquisa contou com uma análise bibliográfica auxiliando e possibilitando um maior entendimento do tema em estudo e do ponto de vista dos objetivos como uma pesquisa de cunho exploratório e ainda é uma pesquisa qualitativa por caracterizar-se pelo seu caráter descritivo, indutivo, particular e a sua natureza heurística pode levar à compreensão do próprio estudo. Dessa forma, essa pesquisa descrevera a partir da literatura consultada as informações coletadas e fundamentará as hipóteses do estudo com base nos constructos teóricos analisados, fazendo relação com os autores e qualificando esse estudo sem a necessidade de quantificá-los. Também conhecida como tripanossomíase americana, a doença de Chagas é uma protozoose de natureza endêmica, causada pelo *Trypanosoma cruzi*. Transmite-se ao homem e a outros animais, em geral, por triatomídeos, e apresenta evolução essencialmente crônica. A doença de Chagas, por sua evolução crônica com diferentes perfis de morbi-mortalidade nas formas cardíaca e digestiva, tem elevado impacto econômico devido a gastos decorrentes de internação, absenteísmo, licença saúde e óbitos precoces.

**Palavras-chaves:** Doença de Chagas. Saúde. Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

Or objective desse studio and analyze as vivem as pessoas that são permeated pela Doença de Chagas e avaliando a qualidade de vida. Os objectives da pesquisa são: discorrer about da saúde ao longo da historical tradução da humanidade eo tratamento given to saúde nas diverse civilizações, compreender or meaning da qualidade of life valid atualmente in scientific literature and to discuss life quality two patients with Doenças de Chagas . O tratamento da doença de Chagas, na maioria das vezes é baseado, em mudança do lifestyle, and can be pharmacological. Qualquer eu seja a opção, and fundamental obter a adesão continued two patients às recommended measures to obtain a proper control of doença. Inquiry contou comma bibliographical analysis helping and enabling a better understanding of subject matter and view of two objectives as a research of exploratory cunho and a qualitative research to characterize-se seu caráter descriptive, indudent, particular ea sua heuristic natureza can take a comprehension of his own study. Dessa form, this research descrevera from literature consulted as informações coletadas and fundamentará as hipóteses do estudo com base theoretical constructs analisados, fazendo relação com or authors and qualificando esse estudo sem a necessidade de quantifica-los. Also congested as American trypanosomide, Chagas disease is a protozoose of endemic nature, caused by Trypanosoma cruzi hair. Transmit-se ao homem e to other animais, em geral, by triatomídeos, e apresenta evolução essencialmente crônica. A Chagas disease, due to its chronic evolution with different morbi-mortalities of cardiac and digestive forms, has a high economic impact due to expenses related to internalization, absenteeism, licentiousness and premature deaths.

**Palavras-chaves:** Doença de Chagas. Saúde Quality of Life.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 REFERENCIAL TEORICO</b>	<b>13</b>
2.1 A Saúde no mundo: um breve histórico	13
2.2 A Doença de Chagas	18
2.3 Qualidade de vida em pacientes com Doenças de Chagas	21
<b>3 METODOLOGIA DE PESQUISA</b>	<b>23</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>25</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>34</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Esse estudo traz como objeto de análise a qualidade de vida em pacientes com Doença de Chagas. A referida doença de Chagas, ou tripanossomíase americana, foi primeiramente descrita por Carlos Chagas, em 1909, em seguida teve outras participações de outros pesquisadores de outros países, após as descobertas de Carlos Chagas.

Ao completar 100 anos da descoberta da doença de Chagas, permanecem ainda incertezas e especulações a respeito da história da indicação de Carlos Chagas (1879- 1934) à maior premiação mundial em ciência, o Nobel (PITTELLA, 2009).

Segundo Hansel (2007) a doença de Chagas provoca uma infecção sistêmica em seres humanos, com manifestações não apenas agudas como também sequelas de longo prazo no coração e no trato gastrointestinal. No Brasil, dados estatísticos mostram, que é a quarta causa de morte ligada a doenças infecto-parasitais, responsável por 5 mil mortes por ano (DOMINGUES et al., 2009).

De acordo com Barbosa (2009) a doença de Chagas é classificada segundo o critério da OMS, como sendo uma doença negligenciada, essa negligência seria porque em geral afetam os mais pobres e marginalizados; tendo uma relação direta com determinantes sociais, tais como: saneamento básico, água tratada e principalmente moradia, assim contribuindo para perpetuar o ciclo da pobreza.

A doença de Chagas, considerada inicialmente como endemia rural, assumiu grande importância em centros urbanos, face a migração de contingentes populacionais do campo para a cidade. Calculava-se em 1984 que aproximadamente 550.000 chagásicos viviam na região metropolitana de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte (DIAS, 1984 apud SHIKANAI-YASUDA, 1990). A doença é endêmica e sua distribuição é na América do Norte, Central e Sul (HANSEL, 2007).

O *Trypanosoma cruzi* possui um ciclo complexo e adota diferentes formas evolutivas, que refletem uma adaptação aos distintos habitats, tanto no interior como nos grandes sertões, onde as casas são de origem humilde, ou seja, de pau-a-pique, casa de taipa; e situações biológicas por que passa este parasito ao longo de sua vida, no interior do hospedeiro vertebrado e do inseto vetor. Além da forma do corpo celular, particularmente importantes às relações de posição entre núcleo e cinetoplasto, assim como a situação de emergência do flagelo (CIMERMAN, 2008 apud DIAS, 2008).

Essas localidades constituem áreas de planícies de solos argiloso e arenoso, situadas no domínio da Caatinga, tipo de vegetação característica do semi-árido (PEREIRA, 2008).

A doença de Chagas, por sua evolução crônica com diferentes perfis de morbimortalidade nas formas cardíaca e digestiva, tem elevado impacto econômico devido a gastos decorrentes de internação, absenteísmo, licença saúde e óbitos precoces (PORTELA\_LINDOSO, 2003).

Um dos fatores que contribui significadamente para a demora de um diagnóstico precoce é o fato de a doença de Chagas ser silenciosa, pois na maioria das vezes, devido os casos de infecções evoluem tanto para doenças cardíacas como para digestivas.

Um dos maiores desafios no combate da doença de Chagas deve-se a não adesão à terapêutica, ou a não medicamentosa, e principalmente na mudança de hábitos de vida pra controle da doença de Chagas. A doença de Chagas, hoje em vias de avançado controle, tem merecido da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical um destaque todo especial (DIAS, 2008).

O tratamento da doença de Chagas, na maioria das vezes é baseado, em mudança do estilo de vida, e pode ser farmacológico. Qualquer eu seja a opção, é fundamental obter a adesão continuada dos pacientes às medidas recomendadas para a obtenção de um controle adequado da doença.

Diante de tais considerações, surge como questão norteadora deste trabalho de pesquisa a seguinte indagação: como vivem as pessoas que são portadoras da doença de Chagas? Qual o nível de qualidade de vida destas pessoas?

Abordar um tema como “Qualidade de vida em pacientes com doenças de Chagas” se faz necessário porque revela muitas questões para além daquelas já discutidas no âmbito da saúde e ainda, porque tal liderança implica numa tarefa difícil que deve ser mais bem explorada para uma questão maior, holística.

Portanto, a escolha pelo tema se deu orientada pelos critérios de importância, originalidade e viabilidade e também porque será importante quando for ligado a uma questão que polariza ou afeta, de maneira única, uma área da sociedade, contribuindo ou não para o bom andamento dessa sociedade. Esse tema é considerado original porque há indicadores de ótimos resultados e conhecimentos superiores a serem acrescentados.

O objetivo desse estudo é analisar como vivem as pessoas que são acometidas pela Doença de Chagas e avaliando a qualidade de vida. Os objetivos específicos da pesquisa são: discorrer acerca da saúde ao longo da trajetória histórica da humanidade e o tratamento dado a saúde nas diversas civilizações, compreender o significado da qualidade de vida vigente

atualmente na literatura científica e discutir a qualidade de vida dos pacientes com Doenças de Chagas.

A pesquisa contou com uma análise bibliográfica auxiliando e possibilitando um maior entendimento do tema em estudo. Já na visão de Gil (2007, p. 133) trata-se de uma pesquisa que, no que tange a seu fim, ou do ponto de vista dos objetivos como uma pesquisa de cunho exploratório, porque este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2007, p. 133).

Também é uma pesquisa qualitativa por caracterizar-se pelo seu caráter descritivo, indutivo, particular e a sua natureza heurística pode levar à compreensão do próprio estudo. Fava-de-Moraes e Fava (2000, p. 11) referem-se à abordagem qualitativa como “[...] uma metodologia de investigação que enfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais”. Dessa forma, essa pesquisa descrevera a partir da literatura consultada as informações coletadas e fundamentará as hipóteses do estudo com base nos constructos teóricos analisados, fazendo relação com os autores e qualificando esse estudo sem a necessidade de quantificá-los.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A Saúde no mundo: um breve histórico

Para enfatizar o conceito de saúde, fazemos inicialmente um breve histórico do seu surgimento no mundo. A discussão do conceito de saúde tem como ponto de partida o próprio conceito de saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2003). A Organização Mundial de Saúde - OMS a define como um estado de completo bem estar físico, mental e social e, não meramente a ausência de doença e enfermidade. Esta afirmação também reforça a idéia de que a saúde é um direito humano fundamental (HPA, 2004).

O primeiro conceito de saúde, provavelmente foi externado pelos pensadores da Grécia Antiga, através do qual já dizia o brocardo *Mens Sana In Corpore Sano* Pode-se dizer que foi um marco da definição de saúde. Entretanto, o termo "saúde" designa pensamentos diversos, pois de um lado "o entendimento de que a saúde relacionava-se como o meio ambiente e as condições de vida dos homens; do outro lado, o conceito de saúde como ausência de doenças." (HUMENHUK, 2004)

Segundo Geovanini (1995), partindo de um ponto histórico, a saúde foi marcada no período Pré-cristão, no qual as doenças eram tidas como um castigo de Deus ou resultavam do poder do demônio. Por isso os sacerdotes ou feiticeiras acumulavam funções de médicos e enfermeiros.

O tratamento consistia em aplacar as divindades, afastando os maus espíritos por meio de sacrifícios. Usavam-se: massagens, banho de água fria ou quente, purgativos, substâncias provocadoras de náuseas. Mais tarde os sacerdotes adquiriram conhecimentos sobre plantas medicinais e passaram a ensinar pessoas, delegando-lhes funções de enfermeiros e farmacêuticos. Alguns papiros, inscrições, monumentos, livros de orientações política e religiosas, ruínas de aquedutos e outras descobertas, nos permitem formar uma ideia do tratamento dos doentes.

Geovanini (1995) aponta o que alguns países deixaram em documentos sobre o surgimento da medicina conhecida em sua época.

No Egito os egípcios deixaram alguns documentos sobre a medicina conhecida em sua época. As receitas médicas deviam ser tomadas acompanhadas da recitação de fórmulas religiosas. Praticava-se o hipnotismo, a interpretação de sonhos; acreditava-se na influência de algumas pessoas sobre a saúde de outras. Havia ambulatórios gratuitos, onde

era recomendada a hospitalidade e o auxílio aos desamparados. (GEOVANINI,1995)

Na Índia documentos do século VI a.C. nos dizem que os hindus conheciam: ligamentos, músculos, nervos, plexos, vasos linfáticos, antídotos para alguns tipos de envenenamento e o processo digestivo. Realizavam alguns tipos de procedimentos, tais como: suturas, amputações, trepanações e corrigiam fraturas. Neste aspecto o budismo contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem e da medicina. Os hindus tornaram-se conhecidos pela construção de hospitais. Foram os únicos, na época, que citaram enfermeiros e exigiam deles qualidades morais e conhecimentos científicos. Nos hospitais eram usados músicos e narradores de histórias para distrair os pacientes. O bramismo fez decair a medicina e a enfermagem, pelo exagerado respeito ao corpo humano - proibia a dissecação de cadáveres e o derramamento de sangue. As doenças eram consideradas castigo (HUMENHUK, 2004)

Na Palestina, Moisés, o grande legislador do povo hebreu, prescreveu preceitos de higiene e exame do doente: diagnóstico, desinfecção, afastamento de objetos contaminados e leis sobre o sepultamento de cadáveres para que não contaminassem a terra. Os enfermos, quando viajantes, eram favorecidos com hospedagem gratuita.

Entre os assírios e babilônios existiam penalidades para médicos incompetentes, tais como: amputação das mãos, indenização, etc. A medicina era baseada na magia - acreditava-se que sete demônios eram os causadores das doenças. Os sacerdotes-médicos vendiam talismãs com orações usadas contra os ataques dos demônios. Nos documentos assírios e babilônicos não há menção de hospitais, nem de enfermeiros. Conheciam a lepra e sua cura dependia de milagres de Deus, como no episódio bíblico do banho no rio Jordão.

Na China os doentes eram cuidados por sacerdotes. As doenças eram classificadas da seguinte maneira: benignas, médias e graves. Os sacerdotes eram divididos em três categorias que correspondiam ao grau da doença da qual se ocupava. Os templos eram rodeados de plantas medicinais. Os chineses conheciam algumas doenças: varíola e sífilis. Procedimentos: operações de lábio. Tratamentos: anemias, indicavam ferro e fígado; verminoses, tratavam com determinadas raízes; sífilis, prescreviam mercúrio; doenças da pele, aplicavam o arsênico. Anestesia: ópio. Construíram alguns hospitais de isolamento e casas de repouso. A cirurgia não evoluiu devido a proibição da dissecação de cadáveres.

Segundo os documentos históricos na Grécia as primeiras teorias gregas se prendiam à mitologia. Apolo, o deus sol, era o deus da saúde e da medicina. Usavam sedativos, fortificantes e hemostáticos, faziam ataduras e retiravam corpos estranhos. Também tinham casas para tratamento dos doentes.

A medicina era exercida pelos sacerdotes-médicos, que interpretavam os sonhos das pessoas. Tratamento: banhos, massagens, sangrias, dietas, sol, ar puro, água pura mineral. Dava-se valor à beleza física, cultural e a hospitalidade, contribuindo para o progresso da Medicina e da Enfermagem. O excesso de respeito pelo corpo atrasou os estudos anatômicos. O nascimento e a morte eram considerados impuros, causando desprezo pela obstetrícia e abandono de doentes graves. A medicina tornou-se científica, graças a Hipócrates, que deixou de lado a crença de que as doenças eram causadas por maus espíritos (HUMENHUK, 2004)

Hipócrates, é considerado o Pai da Medicina, observava o doente, fazia diagnóstico, prognóstico e a terapêutica. Reconheceu doenças, tais como: tuberculose, malária, histeria, neurose, luxações e fraturas. Seu princípio fundamental na terapêutica consistia em "não contrariar a natureza, porém auxiliá-la a reagir". Tratamentos usados: massagens, banhos, ginásticas, dietas, sangrias, ventosas, vomitórios, purgativos e calmantes, ervas medicinais e medicamentos minerais.

Em Roma a medicina não teve prestígio. Durante muito tempo era exercida por escravos ou estrangeiros. Os romanos eram um povo, essencialmente guerreiro. O indivíduo recebia cuidados do Estado como cidadão destinado a tornar-se bom guerreiro, audaz e vigoroso. Roma distinguiu-se pela limpeza das ruas, ventilação das casas, água pura e abundante e redes de esgoto. Os mortos eram sepultados fora da cidade. O desenvolvimento da medicina dos romanos sofreu influência do povo grego.

O Cristianismo que foi considerado pela história como um dos importantes marcos da evolução social e da saúde. Os cristãos praticavam caridade aos enfermos e pobres que eram tratados especiais pela Igreja, prestavam atendimento igual às mulheres e aos perseguidos pelo Edito de Milão, do imperador Constantino. Houve grande assistência aos doentes onde eram colocados em casas ou hospitais que prestavam assistência a todos necessitados.

Nesse período, as práticas eram realizadas com medidas teológicas que garantissem ao homem a sobrevivência das sociedades primitivas, onde relacionavam as relações místicas às religiosas, Essa prática permaneceu por séculos.

Segundo Turkiewicz (1995) as práticas de saúde passam a ser baseadas na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico numa relação de causa e efeito para as doenças baseando - se na observação de fenômenos, entretanto, com ausência de conhecimentos anátomo-fisiológicos. Durante o século V e XIII no período medieval as práticas de saúde tiveram influência política, econômica medieval e nas relações com o cristianismo, onde os curadores usavam práticas leigas desenvolvidas por religiosos.

O período que corresponde ao final do século XIII ao início do século XVI é marcado pelos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. As práticas de saúde no mundo moderno - analisa as práticas de saúde sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Esta análise inicia-se com a Revolução Industrial no século XVI.

Após a segunda guerra mundial havia uma preocupação com a sociedade com vista aos estragos causados, entre eles, o essencial era o resgate em busca de melhorias da saúde de uma sociedade devastada pela guerra, na qual deveria conter alimentação de qualidade, atividade física, acesso gratuito ao sistema de saúde, etc. Diante dessa necessidade, foi criada a Organização Mundial de saúde (OMS) onde seu principal objetivo era atender a essas necessidades de uma sociedade pós-guerra.

Com o surgimento da Organização Mundial de saúde em 1946 a saúde foi definida como o completo bem-estar físico, social e mental. Por essa definição ampla, a OMS define:

Um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo.

Neste sentido a OMS foi criticada por vários autores, dentre eles Christopher Boorse (1975), o qual acredita que: “a saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte do organismo... A saúde é a ausência de doença”.

Diante disso, considera-se que a saúde não é restrita somente a um estado físico sem doenças, mas engloba o bem-estar do ser humano como um todo; físico, mental e social. Entretanto, um estado completo de bem-estar significa dizer que é uma saúde idealizada, que atinge a todas as necessidades da população. Na verdade ressalta-se uma contradição afirmar isso, uma vez que as verbas públicas podem não ser o suficiente para efetivação desse completo bem-estar físico mental e social.

Dentre esses autores críticos, preconiza KRAUNT(1997) acerca do conceito de saúde externado pela OMS: *la aplicación de este concepto reconoce límites culturales, sociales y económicos*. Ou seja, faz-se necessário visualizar a saúde numa ótica multidimensional em relação às fronteiras culturais, sociais e econômicas, pois a percepção de saúde varia muito nas diferentes culturas e formas de ver delimitar o que faz ou não parte da saúde. O termo saúde consiste numa ampla construção em um processo dinâmico, onde a não pode ser definida apenas como promoção e qualidade de vida.

O autor Bolzan de Moraes (1997) define a saúde como:

Uma questão de o cidadão ter direito a uma vida saudável, levando a construção de uma qualidade de vida, que deve objetivar a democracia, igualdade, respeito ecológico e o desenvolvimento tecnológico, tudo isso procurando livrar o homem de seus males e proporcionando-lhe benefícios.

Após essa definição, podemos correlacionar o significado de saúde não só como um bom estado de saúde físico, mental, social e econômico, mas além de toda essa abrangência destacar que a saúde deve ser vista também como um direito social. De acordo com Motta(2000) na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a saúde foi definida como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Assim, antes de tudo, é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar dificuldades nos níveis de vida (MOTTA, 2000).

Através do que foi afirmado, podemos constatar a importância da ação conjunta dos setores sociais e econômicos para que se possa atingir um bom funcionamento da saúde.

Existe diversidade nas percepções e vivências do processo saúde/doença em cada contexto, cada sociedade, cada ambiente, além de haver também fantasias, medo e o imaginário presente nesse processo, já que a saúde é uma preocupação existencial humana. Cada sociedade tem um discurso sobre saúde e doença e sobre o corpo, que corresponde à coerência ou às contradições de sua visão de mundo e de sua organização social (BORGES, 2002).

A percepção que nos deixa é de que a saúde está sempre envolvida num processo dinâmico em constante mutação, e não algo que está estacionado ou tenha um conceito totalmente definido; com o passar dos tempos vai se aperfeiçoando.

A Organização Mundial de Saúde define como promoção da saúde o processo que permite às pessoas aumentar o controle sobre os determinantes da saúde. A promoção da saúde representa um processo social e político, não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e pública. Entende-se por promoção da saúde o processo que possibilita as pessoas aumentar seu controle sobre os determinantes da saúde e através disto melhorar sua saúde, sendo a participação das mesmas essenciais para sustentar as ações de promoção da saúde (HPA, 2004).

A concepção moderna de promoção da saúde (e a prática consequente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países desenvolvidos, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos - em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997) -, desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (BUSS, 2000).

## 2.2 A Doença de Chagas

Também conhecida como tripanossomíase americana, à doença de Chagas é uma protozoose de natureza endêmica, causada pelo *Trypanosoma cruzi* (SOUZA, 2006 apud FERREIRA et al., 1996; JACKSON et al., 1990; MENDES, 1987).

Transmite-se ao homem e a outros animais, em geral, por triatomídeos, e apresenta evolução essencialmente crônica (SOUZA, 2006 apud FERREIRA et al., 1996; JACKSON et al., 1990; MENDES, 1987).

O *Trypanosoma cruzi* pertence à seção *Estercoraria*. Nesta seção é característica principal a transmissão do parasito pelas dejeções de um inseto vetor, conhecido como barbeiro; portadoras das formas infectantes do flagelo. A posição taxonômica do *T. cruzi* pode resumir-se assim: reino= monera; sub-reino= protozoa; filo= sarcomastigophora; subfilo= mastigophora; classe= zoomastigophorea; ordem= kinetoplastida; subordem= trypanosomatina; família= trypanosomatidae; gênero= trypanosoma; subgênero= schizotrypanum; espécie= cruzi (CIMERMAN, 2008 apud DIAS, 2008).

O *Trypanosoma cruzi* é encontrado em três formas básicas: 1) amastígota, que é encontrada nos tecidos dos mamíferos (humanos e animais reservatórios); é uma forma esférica, medindo cerca de 4 micrômetros de diâmetro; 2) tripomastígota, que é encontrada na corrente sanguínea e também nos dejetos do barbeiro (aqui é chamada de tripomastígota metacíclica, pois representa o final do ciclo biológico); essa forma é alongada, possui um núcleo central, um cinetoplasto terminal de onde emerge o flagelo e a membrana ondulante; o tripomastígota mede cerca de 20 a 30 micrômetros de comprimento; 3) epimastígota, forma intermediária encontrada no intestino e dejetos dos triatomídeos (barbeiros); essa forma possui um núcleo, um cinetoplasto acima desse núcleo e de onde emerge o flagelo e uma

pequena membrana ondulante; mede cerca de 15 a 20 micrômetros de comprimento (NEVES et al., 2003).

A forma de transmissão mais importante era a vetorial, nas áreas rurais, responsável por cerca de 80% dos casos hoje considerados crônicos. As medidas de controle vetorial proporcionaram a eliminação da transmissão pela principal espécie vetora (*T. infestans*). A transmissão transfusional sofreu redução importante com o controle de doadores de sangue e hemoderivados. Nos últimos anos as formas: vertical e oral ganharam importância epidemiológica, sendo responsáveis por grande parte dos casos identificados (BRASIL, 2006).

Com a eliminação da principal espécie vetora mudam as estratégias de vigilância. Inicialmente direcionadas para áreas infestadas, elas evoluem para a suspensão da busca ativa realizadas pelas equipes de campo da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN). A notificação de insetos suspeitos de serem triatomíneos pela população, que vinha sendo incentivada desde o ano de 1983, passou a ser a norma de vigilância adotada (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2005 apud SILVA, 2008).

O controle vetorial, assessoria técnica e capacitação de recursos humanos permaneceram sob responsabilidade do estado que utiliza as redes de ensino e saúde municipais para o desenvolvimento de ações educativas e de orientação da população, que é através de treinamentos pra a equipe, que compõem as UBS, de sua região (SILVA, 2008).

A doença de Chagas possui caráter endêmico em largas extensões territoriais do continente americano e apesar dos recentes progressos no controle da doença, aproximadamente 20 milhões de pessoas ainda estão cronicamente infectadas. A fase aguda, que pode ser ou não sintomática, é seguida por um longo período de latência. O grau de comprometimento das células cardíacas varia desde formas discretas, assintomáticas até formas graves, eventualmente fatais (GUIMARÃES, 2004).

Conforme Andrade (1983), a doença é caracterizada por três fases: aguda, latente e crônica; e o mais importante envolvimento visceral é o do coração. Na fase aguda, o grau de envolvimento miocárdico varia desde formas leves, assintomáticas ou oligossintomáticas, até formas graves eventualmente fatais.

A fase latente é o período intermediário que separa as fases aguda e crônica, usualmente de longa duração (10-20anos), pouco se conhecendo sobre suas manifestações clínico – patológicas (ROSSI, 1992)

Na fase crônica, nos estágios iniciais, o paciente pode ser assintomático ou apresentar sintomas relacionados a distúrbios de ritmo; nos estágios intermediários, as manifestações

clínicas persistem ou se intensificam, e um aumento do coração, de grau leve a moderado, pode ser detectado; nos estágios finais, há acentuado aumento do coração com grave insuficiência cardíaca congestiva, fenômenos tromboembólicos e arritmias graves. A morte súbita representa um risco constante em qualquer estágio da doença (ANDRADE, 1983).

De acordo com Portela (2003), a forma crônica da doença caracteriza-se por baixo nível de parasitemia e alto nível de anticorpos. O diagnóstico laboratorial da doença nesta fase pode ser realizado por diversas técnicas, porém todas com limitações. Os exames parasitológicos indiretos consistem no enriquecimento da amostra de sangue, possibilitando a multiplicação do parasito existente; são exames com 100% de especificidade, mas não podem ser considerado como padrão por terem sensibilidade limitada nessa forma, decorrente da parasitemia baixa e transitória.

Segundo Crema (2004), alterações motoras surgem quando 50% destas estruturas neurais já estão comprometidas. Conceitualmente os portadores da doença de Chagas na sua forma indeterminada devem apresentar: 1) positividade de exames sorológicos e/ou parasitológicos; 2) ausência de sintomas e/ou sinais da doença; 3) eletrocardiograma convencional normal e, 4) coração, esôfago e cólons radiologicamente normais.

Conforme BRASIL (2006) todos os casos de doença de Chagas devem ser imediatamente notificados ao sistema de saúde (portaria SVS 5/2006). Não notificar casos de reativação ou crônicos.

Atualmente dois medicamentos vêm sendo usados contra o *Trypanosoma cruzi*. Ambos são ativos contra formas sangüíneas tissulares do parasito, devendo ser administrados de 30 a 60 dias. A forma de apresentação é oral com metabolismo hepático e excreção renal. São eles: Nifurtimox: apresenta-se em comprimidos de 120mg, com tomadas a cada 12 horas, variando de 8mg/kg/dia a 10mg/kg/dia para adultos; Benzonidazol: apresenta-se em comprimidos de 100mg, também com tomadas a cada 12 horas, na dose de 5mg/kg/dia para adultos; outros tratamentos: são usados para atacar os sintomas; para complicações cardíacas, usam-se diuréticos e digitálicos. Não há vacinas contra doença de chagas, e os medicamentos existentes têm baixa eficácia (SOUZA, 2006 apud FERREIRA et al., 1996; JACKSON et al., 1990; MENDES, 1987).

De acordo com Neves et al. (2003) ainda não existe uma droga eficiente para o tratamento da doença de Chagas; os dois medicamentos existentes têm alguma ação apenas na fase aguda da doença. Durante a fase dos “megs”, há necessidade de alimentação leve, mais líquida, de fácil ingestão, assimilação e excreção.

### 2.3 Qualidade de vida em pacientes com Doenças de Chagas

Quando discute sobre a qualidade de vida dos pacientes com Doenças de Chagas, Oliveira (2010) afirma que os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença caracterizam-se pela multifatorialidade e complexidade que abrange. Até por que se verifica que, nos últimos anos ou décadas, a temática da qualidade de vida chega ao cenário da assistência, tanto do ponto de vista das práticas assistenciais quanto na produção do conhecimento e das políticas públicas que figuram como aspectos da experiência dos pacientes em relação ao seu estado de saúde e que se consolida como uma relevante variável a ser considerada. Assim, se considera que atualmente, a sociedade vivencia o aumento da prevalência das doenças crônico/degenerativas e que são indicadas via mudança do perfil de morbimortalidade dos países desenvolvidos e também aqueles em desenvolvimento.

Oliveira (2010) diz que é no contexto brasileiro que “destaca-se, entre as doenças crônicas, a doença de Chagas (dCh). Atingindo populações de risco e indivíduos em idade produtiva, a dCh está intimamente ligada a problemas médico-sociais, com forte impacto socioeconômico, cultural e trabalhista”.

Segundo o estudo de Prata (2010) muito embora se possa afirmar que tem-se bons resultados em torno das medidas de controle vetorial e transfusional que foram implantadas a fim de que se tenha um controle no país, por outro lado, se estima que tem-se ainda 3 milhões de indivíduos que foram infectados pelo protozoário *trypanossoma cruzi*, portanto, o causador da doença e que nesse contexto, é pertinente salientar a manutenção da vigilância epidemiológica, fato que reside no desafio de oferecer uma atenção médico-previdenciária aos infectados e foi por essa razão também que a Organização Mundial de saúde (OMS) no ano de 2006 atualizou seus documentos relativos aos dados da Doenças de Chagas que tratam do manejo clínico desta e também faz recomendações em torno do desenvolvimento de novas ferramentas para que se tenha o acompanhamento da doença, levando-se em consideração a melhora da qualidade de vida destes (WHO, 2015).

A Doença de Chagas é uma doença que se apresenta com longa duração e de alta complexidade, apresentando manifestações clínicas diversas e que chega a ser incapacitante e debilitante (RIBEIRO, 2016). Dessa forma, o impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes chagásicos destaca a relevância de se levar em consideração esse aspecto no que diz respeito ao planejamento e organização da assistência médico-social desses pacientes, de modo que a maneira mais comum de manifestação da doença é a manifestação cardíaca que

se apresenta com s mais altos índices de complicação e causa morte (PRATA, 2001; ROCHA, 2003).

De acordo com Brasil (2011) e Oliveira (2013) mediante os dezesseis tipos de tratamento que são indicados, destaca-se que o implante de marca-passo cardíaco vem sendo bastante utilizado não somente porque oferece uma garantia maior de sobrevida, mas também porque oferece melhoras na expectativa da qualidade de vida dos pacientes.

Para Mósquera et al (2016) constata-se que a doença de Chagas representa a terceira maior causa de implante de marca-passo no cenário brasileiro e acerca do impacto do uso desse dispositivo na qualidade de vida de seus pacientes Oliveira (2013) e Iamas et al (2012) afirma que essa questão vem sendo alvo de estudos por razões diversas, entre as quais destaca-se a relevância do ponto de vista dos pacientes no que diz respeito às condutas clínicas e ainda pelas avaliações de impacto econômico, assim como dos aspectos tecnológicos envolvidos nessa questão.

### 3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa bibliográfica que, na visão de Rodrigues (2007, p. 2) “é um conjunto de abordagens técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática”.

As fontes eleitas para a coleta de dados desse estudo serão coletadas através da pesquisa bibliográfica e terá como instrumento de pesquisa a revisão bibliográfica. Neste caso, será feita a leitura em livros, revistas, artigos e jornais, bem como outros descritos encontrados em outras fontes de pesquisa e nos meios virtuais.

A pesquisa contou com uma análise bibliográfica auxiliando e possibilitando um maior entendimento do tema em estudo. Já na visão de Gil (2007, p. 133) trata-se de uma pesquisa que, no que tange a seu fim, ou do ponto de vista dos objetivos como uma pesquisa de cunho exploratório, porque este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2007, p. 133).

Também é uma pesquisa qualitativa por caracterizar-se pelo seu caráter descritivo, indutivo, particular e a sua natureza heurística pode levar à compreensão do próprio estudo. Fava-de-Moraes e Fava (2000, p. 11) referem-se à abordagem qualitativa como “[...] uma metodologia de investigação que enfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais”. Dessa forma, essa pesquisa descrevera a partir da literatura consultada as informações coletadas e fundamentará as hipóteses do estudo com base nos constructos teóricos analisados, fazendo relação com o autores e qualificando esse estudo sem a necessidade de quantificá-los.

Trata-se de um trabalho bibliográfico, sendo este desenvolvido a partir de material já elaborado relacionado ao tema em estudo que teve como base fundamental conduzir o leitor a determinado assunto e utilização das informações coletadas para o desempenho da pesquisa.

Para o levantamento deste trabalho as pesquisas levaram em consideração os seguintes passos metodológicos: levantamento bibliográfico sobre a temática sugerida para a pesquisa a partir do arquivo pessoal de artigos inseridos na base de dados da BVS e Scielo, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, permitindo também, a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área em estudo (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

A partir dos artigos encontrados foi realizada uma análise e interpretação do material bibliográfico permitindo a seleção daqueles pertinentes ao objetivo do trabalho. Segundo Marconi e Lakatos (2009), nenhuma pesquisa parte da estaca zero, o pesquisador busca fontes de pesquisas já existentes, documentais e bibliográficas. E com citação das principais conclusões a que outros autores chegaram, permite salientar a contribuição da pesquisa realizada, demonstrando contradição ou reafirmando comportamentos e atitudes.

Esse tipo de pesquisa inclui a análise de estudos relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática biológica, permitindo a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A Revisão de Literatura tem por objetivo conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre determinado tema. Ela oferece suporte em todas as fases de qualquer tipo de pesquisa, uma vez que auxilia na definição do problema, na determinação dos objetivos, na construção de hipóteses, na fundamentação da justificativa da escolha do tema e na elaboração do relatório final.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi em 23 de abril de 1908 que Chagas examinou uma menina doente de três anos, com febre e anemia, em Lassance, e encontrou em seu sangue o mesmo protozoário presente no intestino do barbeiro e no sangue dos sagüis picados pelo inseto. Nesse dia, Chagas pôde confirmar as suas suspeitas e comprovar que a doença tinha como vetor o barbeiro e como causador, o protozoário *trypanosoma cruzi*, que passava ao sangue das pessoas e causava a doença. Além da descoberta, outros passos importantes para o controle da doença aconteceram em Minas Gerais. Em 1943, o pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz, Emmanuel Dias, fundou em Bambuí, Minas Gerais, um centro de estudos em funcionamento até os dias atuais (SCHALL, 2009).

Mas o que é a doença de Chagas? A doença de Chagas é causada pela transmissão do *trypanosoma cruzi*, onde constitui-se um dos mais importantes problemas de saúde pública em muitos países da América Latina e em áreas desde o sul dos Estados Unidos da América até a Argentina. A doença possui caráter endêmico em largas extensões territoriais do continente americano e apesar dos recentes progressos no controle da doença, aproximadamente 20 milhões de pessoas ainda estão cronicamente infectadas (ROSSI; MENGEL, 1992).

No Brasil, dados estatísticos mostram, que é a quarta causa de morte ligada a doenças infecto-parasitárias responsável por 5 mil mortes por ano (DOMINGUEZ et al., 2009). De acordo com Dias (2009) o cenotário geral desta casuística é o oeste de Minas Gerais, com enfoque no município de Bambuí, que nas décadas de 1940-50 possuíam cerca de 20.000 habitantes, com mais de 70% residentes na zona rural.

O Nordeste é também uma das regiões mais pobres do País, ainda muito ruralizada e apresentando, no Brasil, os maiores índices de habitações humanas de baixa qualidade e muito próprias como abrigo de triatomíneos, um exemplo claro é o tipo de moradia, no caso as casas de pau-a-pique.

Nesse contexto epidemiológico da doença de Chagas humana (DCH) no Brasil, enfatizamos aqui que a Região Nordeste (NE) ocupa importância acentuada, tendo sido a segunda em número de infectados e de índices de infestação triatomínica nos inquéritos nacionais de prevalência e distribuição dos vetores realizados entre 1975 e 1980 (DIAS, 2000 apud FILHO & SILVEIRA, et al., 1984). A doença de Chagas, considerada inicialmente como endemia rural, assumiu grande importância em centros urbanos, face a migração de

contingentes populacionais do campo para a cidade. Calculava-se em 1984 que aproximadamente 550.000 chagásicos viviam na região metropolitana de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte (DIAS, 1984 apud SHIKANAI YASUDA, 1990).

De acordo com Azevedo (2003), o Piauí pode comemorar uma queda de 50% no índice de infestação da Doença de Chagas. Em 1975, o percentual era de 4%, caindo para 2% em 27 anos. Mas ele alertou que quatro regionais de saúde no Estado ainda apresentam dificuldades em relação ao Programa de Controle da Doença de Chagas, tendo em vista que os índices de casos da doença inspiram cuidados; citando os municípios de São João do Piauí (19,3%), Picos (9,6%), Paulistana (9,4%) e Oeiras (8,6%).

Essa queda acredita-se ter ocorrido com relação, ao tipo de moradia, onde houve uma maior participação da população e mais interação do poder político com a comunidade, visando melhorias na qualidade de vida.

A OMS define o termo qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (MIRANZI et al., 2008 apud MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

Nesse contexto, sabe-se que qualidade de vida é essencial ao ser humano, e a partir do momento em que é acometido por uma doença crônica, passa a exigir do portador restrições nos hábitos de vida, até então desenvolvidos para manter-se num padrão estável, ou seja, em equilíbrio.

De acordo com Kropf (2005), a doença de Chagas foi descoberta em 1909, na cidade mineira de Lassance, por Carlos Chagas, médico e pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz (IOC, também conhecido como Instituto de Manguinhos), a doença tornou-se objeto de uma larga tradição de pesquisa, no Brasil e no exterior, e foi considerado importante problema de saúde pública no continente sul-americano.

Doença parasitária transmitida por um inseto comum nas Américas Central e do Sul. O habitat de qualquer parasita é constituído por seus hospedeiros e nestes, os diferentes tecidos, representam os nichos exploráveis. Assim, quanto maior a diversidade de nichos (tecidos) que um parasito tem capacidade de colonizar, maior a sua adaptabilidade ao hospedeiro e maior sua valência ecológica (FRANKEN, 2009).

Um primeiro passo importante para esse desfecho foi dado na Argentina, quando o médico Cecilio Romana descreveu, em 1935, um sinal clínico que permitia à fácil e imediata identificação de casos agudos (um edema inflamatório nas pálpebras, causado pela contaminação da conjuntiva pelas fezes infectadas do barbeiro). A divulgação do “sinal de

Romaña” entre os médicos do interior levaria ao diagnóstico de centenas de casos, em poucos anos, na Argentina e em outros países, conferindo grande estímulo aos que, no Brasil, pretendiam dar continuidade às pesquisas de Carlos Chagas (KROPF, 2005).

Também conhecida como tripanossomíase americana, à doença de Chagas é uma protozoose de natureza endêmica, causada pelo *Trypanosoma cruzi* (SOUZA, 2006 apud FERREIRA et al., 1996; JACKSON et al., 1990; MENDES, 1987).

O *Trypanosoma cruzi* pertence à seção *Estercoraria*. Nesta seção é característica principal a transmissão do parasito pelas dejeções de um inseto vetor, conhecido como barbeiro; portadoras das formas infectantes do flagelo. A posição taxonômica do *T. cruzi* pode resumir-se assim: reino monera; sub-reino protozoa; filo sarcomastigophora; subfilo mastigophora; classe zoomastigophorea; ordem kinetoplastida; subordem trypanosomatina; família trypanosomatidae; gênero trypanosoma; subgênero schizotrypanum; espécie cruzi (CIMERMAN, 2008 apud DIAS, 2008).

Segundo Hansel (2007) a doença de Chagas provoca uma infecção sistêmica em seres humanos, com manifestações não apenas agudas como também seqüelas de longo prazo no coração e no trato gastrintestinal.

Essas localidades constituem áreas de planícies de solos argiloso e arenoso, situadas no domínio da Caatinga, tipo de vegetação característica do semi-árido (PEREIRA, 2008).

A doença de Chagas, por sua evolução crônica com diferentes perfis de morbimortalidade nas formas cardíaca e digestiva, tem elevado impacto econômico devido a gastos decorrentes de internação, absenteísmo, licença saúde e óbitos precoces (PORTELA; LINDOSO, 2003).

Em 1944, taxas de infestação intradomiciliar de 38,79% e infecção natural desses insetos aproximadamente de 32,20%, na sede municipal, elevando-se a infestação para mais de 80% na zona rural. O foco fora descoberto em outubro de 1940 por Amílcar Martins e Antônio Torres Sobrinho, com a decorrência da divulgação do “sinal de Romana”, descrito na Argentina cinco anos antes. Fruto da instalação, na área, de um posto avançado do Instituto Oswaldo Cruz em 1943, houve intensa detecção de casos agudos nas redondezas, mediante busca ativa e demanda passiva por parte da população, de médicos e de farmacêuticos (DIAS, 2009 apud MARTINS, 1940; DIAS, 1982).

Os casos ocorreram principalmente entre 1940 e 1956, logo após desativar a fase de ataque, reapareceram novos casos de 1962 a 1969, época em que a desinsetização foi retomada. Em 1974, Bambuí entrou pioneiramente na fase/estratégia de vigilância

epidemiológica com participação comunitária, altamente eficiente e até hoje atuante (DIAS, 2009).

Conforme Geraque (2009), além da escassez de casos tidos como comprovados, os especialistas apontavam as incertezas quanto à especificidade clínica da doença e aos procedimentos de diagnóstico. Sob algumas condições, o tema doença de Chagas, encontrava-se restrito ao interesse de poucos grupos de pesquisa, no Brasil e, sobretudo, no exterior. Na América Latina, 13 milhões de pessoas estão infectadas sem saber, estima a ONG Médicos Sem Fronteiras. Outras 16 milhões estão nos registros. No Brasil, 292 casos novos de Chagas agudo por ano foram notificados de 2006 a 2008.

De acordo com Barbosa (2009), a doença de Chagas é classificada segundo o critério da OMS, como sendo uma doença negligenciada, isso seria porque em geral afetam os mais pobres e marginalizados; tendo uma relação direta com determinantes sociais tais como: saneamento básico, água tratada e principalmente moradia, assim contribuindo para perpetuar o ciclo da pobreza.

Conforme Santos Jr. (2002), as alterações fisiológicas observadas na enteromegalia da doença de Chagas cursam por conta da denervação que é, obviamente, variável de paciente para paciente, pois depende do equilíbrio estabelecido entre o hospedeiro e o *Trypanosoma cruzi*, equilíbrio esse que envolve diversos fatores da complexa reação do sistema imunológico.

Estudos feitos por vários autores têm resultados com evidências de respostas viscerais compatíveis com a de uma estrutura denervada, porém, esses estudos não foram suficientes para conclusões que permitissem definir como é que cada um dos diferentes segmentos do intestino grosso, com sua inervação alterada, participa na gênese do megacólon (VIEIRA, 1964; MENEGHELLI, 1983 apud SANTOS JR., 2002). Esse aspecto é relevante porque nele nos basearemos para comentar os diferentes tipos de técnicas cirúrgicas propostas para o tratamento do megacólon adquirido. Com respeito a isso, os resultados de nosso estudo sobre a sensibilidade retal e o reflexo reto-esfincteriano, contribuíram no sentido de não se interpretar que, na doença de Chagas, as alterações encontradas no reto pudessem ser os fatores determinantes do aparecimento do megacólon (SANTOS, 1977 apud SANTOS JR., 2002).

Conforme Andrade (1983), a doença é caracterizada por três fases: aguda, latente e crônica; e o mais importante envolvimento visceral é o do coração. Na fase aguda, o grau de envolvimento miocárdico varia desde formas leves, assintomáticas ou oligossintomáticas, até formas graves eventualmente fatais.

A fase latente é o período intermediário que separa as fases aguda e crônica, usualmente de longa duração (10-20anos), pouco se conhecendo sobre suas manifestações clínicas – patológicas (ROSSI, 1992).

Na fase crônica, nos estágios iniciais, o paciente pode ser assintomático ou apresentar sintomas relacionados a distúrbios de ritmo; nos estágios intermediários, as manifestações clínicas persistem ou se intensificam, e um aumento do coração, de grau leve a moderado, pode ser detectado; nos estágios finais, há acentuado aumento do coração com grave insuficiência cardíaca congestiva, fenômenos tromboembólicos e arritmias graves. A morte súbita representa um risco constante em qualquer estagio da doença (ANDRADE, 1983).

De acordo com Portela (2003), a forma crônica da doença caracteriza-se por baixo nível de parasitemia e alto nível de anticorpos. O diagnóstico laboratorial da doença nesta fase pode ser realizado por diversas técnicas, porém todas com limitações. Os exames parasitológicos indiretos consistem no enriquecimento da amostra de sangue, possibilitando a multiplicação do parasito existente; são exames com 100% de especificidade, mas não podem ser considerado como padrão por terem sensibilidade limitada nessa forma, decorrente da parasitemia baixa e transitória.

De acordo com Campos (2003), o tratamento sintomático pode ser de duas formas a cardíaca e a digestiva. Na formas cardíacas o manejo da cardiopatia chagásica exige um conhecimento específico das respostas que as drogas utilizadas na prática cardiológica apresentam neste tipo de paciente. Vale ressaltar que o início precoce e um tratamento bem conduzido beneficiam significativamente o prognóstico de grandes parcelas de pacientes, que podem não só aumentar sua sobrevivência como ter uma melhor qualidade de vida, desenvolvendo suas atividades habituais desde que não redundem em grandes esforços físicos. As drogas utilizadas são as mesmas que se usam em outras cardiopatias: cardiotônicos, diuréticos, antiarrítmicos, vasodilatadores, etc. Em alguns casos, indica-se a implantação de marcapasso, com resultados bastante satisfatórios, na prevenção da morte súbita.

Nas formas digestivas, dependendo do estágio em que a doença é diagnosticada, indicam-se medidas mais conservadoras (uso de dietas, laxativos ou lavagens). Em estágios mais avançados, impõe-se a dilatação ou correção cirúrgica do órgão afetado (CAMPOS, 2003).

De acordo com Neves et al. (2003), ainda não existe uma droga eficiente para o tratamento da doença de Chagas; os dois medicamentos existentes têm alguma ação apenas na

fase aguda da doença. Durante a fase dos “megs”, há necessidade de alimentação leve, mais líquida, de fácil ingestão, assimilação e excreção.

Atualmente dois medicamentos vêm sendo usados contra o *Trypanosoma cruzi*. Ambos são ativos contra formas sangüíneas tissulares do parasito, devendo ser administrados de 30 a 60 dias. A forma de apresentação é oral com metabolismo hepático e excreção renal. São eles: Nifurtimox: apresenta-se em comprimidos de 120mg, com tomadas a cada 12 horas, variando de 8mg/kg/dia a 10mg/kg/dia para adultos; Benzonidazol: apresenta-se em comprimidos de 100mg, também com tomadas a cada 12 horas, na dose de 5mg/kg/dia para adultos; outros tratamentos: são usados para atacar os sintomas; para complicações cardíacas, usam-se diuréticos e digitálicos. Não há vacinas contra doença de chagas, e os medicamentos existentes têm baixa eficácia (SOUZA, 2006 apud FERREIRA et al., 1996; JACKSON et al., 1990; MENDES, 1987).

O conceito qualidade de vida não está limitado em si mesmo, ou seja, significa uma medida. Indivíduos podem ter qualidade de vida boa ou ruim (escala qualitativa), ou mesmo, mensurada em escalas quantitativas. Existem diversas formas de mensuração e avaliação (OMS, 2002).

De acordo com Campos (2007), a qualidade de vida é um nome ligado ao desenvolvimento humano. Não significa apenas que o indivíduo ou o grupo social tenham saúde física e mental, mas que esteja(m) bem com eles mesmos, com a vida, com as pessoas que os cercam, enfim, ter qualidade de vida é estar em equilíbrio. E esse equilíbrio diz respeito ao controle sobre aquilo que acontece a sua volta, como por exemplo, sobre os relacionamentos sociais. Mas se o indivíduo não tem ou não consegue ter esse controle, poderão controlar a maneira com que reage a esses acontecimentos, essas ações.

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Esses autores ainda consideram que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em diferentes épocas e espaços da história (MACHADO, SAWADA, 2008 apud MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

A busca pela qualidade de vida é uma meta desafiadora tanto para a equipe de saúde quanto para os pacientes, cada qual com seu exercício diário de oferecer o melhor atendimento, disponibilizando serviços e produtos de boa qualidade, permitindo assim, uma boa aderência ao tratamento. As avaliações da qualidade de vida passaram a incluir dados

sobre condição e funcionamento físico, psicológico e social, além do impacto dos sintomas da doença e do tratamento (FLECK, 2000).

Ainda sobre essa mesma consideração Bowling (1995), referenciado por Paschoal (2006), define qualidade de vida:

...é um conceito vago, multidimensional e amorfo, incorporando, teoricamente, todos os aspectos da vida humana. O fenômeno qualidade de vida tem múltiplas dimensões como a física, a psicológica e a social, cada uma comportando vários aspectos. Entre eles, a saúde percebida e a capacidade funcional são variáveis importantes que devem ser avaliadas, assim como o bem-estar subjetivo, indicado por satisfação.

Ao se fazer uso do termo qualidade de vida, este implica num processo de avaliação de como se vive e, conseqüentemente, do contexto em que se processa este viver. Envolve a avaliação dos seus componentes, sob a ótica do usuário dos serviços (família, cliente e comunidade), e sob a ótica profissional, permeada pelos significados atribuídos coletivamente à qualidade de vida (QV), no tempo e no espaço (ABREU, 2005).

A avaliação de qualidade de vida vem recebendo atenção especial nos últimos anos, especialmente nos casos de pacientes portadores de doenças crônicas. Esse fato é decorrente da mudança na forma de avaliar a condição geral do paciente, que passou a ser realizada, não apenas pelos profissionais responsáveis pelo tratamento, mas também pelo próprio paciente. No entanto, o termo “qualidade de vida” tem sido muitas vezes, um lugar-comum, sem uma definição precisa, por se tratar de um conceito multidimensional (DUARTE, 2003).

Em estudos que devem ser considerado realidades sociais e familiares, inclusive as atividades cotidianas, a QV tem se tornado importante critério na avaliação da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde. Esses parâmetros têm sido utilizados para analisar o impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas e, para isso, é necessário avaliar indicadores de funcionamento físico, aspectos sociais, estado emocional e mental, da percussão de sintomas e da percepção individual de bem-estar (MARTINS; CESARINO, 2005).

Pode-se dizer que a QV aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável e diz respeito ao seu grau de satisfação com a vida nos múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/ realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamento com outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira (MOREIRA, 2001).

De acordo com Neves et al. (2003), ainda não existe uma droga eficiente para o tratamento da doença de Chagas; os dois medicamentos existentes têm alguma ação apenas na

fase aguda da doença. Durante a fase dos “megas”, há necessidade de alimentação leve, mais líquida, de fácil ingestão, assimilação e excreção.

De acordo com Elias (2004) a assistência médica previdenciária emerge no Brasil mercantilizada sob a forma de seguro, no qual a garantia do acesso aos serviços de saúde é feita com pagamento mediante desconto compulsório, ao mesmo tempo em que se estrutura um sistema urbano de assistência quando a maioria da população era rural. Da mesma forma, configura-se segmentado e socialmente excludente, isto é, privilegia a população urbana em detrimento da maioria rural. Na área urbana atinge apenas a força de trabalho e, entre os trabalhadores, favorece os vinculados aos pólos dinâmicos de acumulação capitalista.

As condições de vida e de trabalho se demonstram precárias na atual organização de saúde do Brasil, causando o descontentamento da equipe de enfermagem assim como dos pacientes por ela atendidos. O número insuficiente de funcionários acarreta sobrecarga e insatisfação, leva a uma queda na qualidade dos serviços prestados pelos funcionários da instituição de saúde. Isto além de desorganizá-los, é desgastante (TEIXEIRA, 2007).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida tem sido uma preocupação constante do ser humano, e atualmente tem acrescentado a mesma, devido ao grande aumento da população, visto que na maioria das vezes são portadoras de doenças crônicas, por isso, as melhorias do bem-estar dessa população, das condições do modo de vida como: saúde, moradia, educação, lazer, transporte, trabalho, auto-estima, entre outros.

Apesar de relatar a presença de algumas doenças crônicas além da doença de Chagas, tais como: diabetes e hipertensão classificam o seu estado de saúde como nem boa nem ruim, encontrando-se satisfeitos com o acesso ao serviço de saúde, realizando o tratamento médico e ambulatorial se necessário.

Diante disso, vale ressaltar a importância da necessidade de uma equipe multidisciplinar, que atua de forma integral. Estes devem manter uma ligação profunda entre profissional- paciente, de forma que essa interação traga benefícios no que se refere à saúde de pacientes com a doença.

Por conseguinte, este trabalho tem a pretensão de oferecer subsídios para que, nós profissionais das ciências biológicas devamos adotar nas nossas práticas, com mais atenção e comunicação com esses pacientes, priorizando uma assistência adequada, para o problema de cada um, buscando integralidade da assistência, enfrentando os problemas identificados, buscando novos conhecimentos para a intervenção.

## REFERÊNCIAS

ABREU, I S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava- PR.** Dissertação de mestrado apresentada no programa de pós-graduação em enfermagem em saúde pública, escola de enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo. 97f, 2005.

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

ALVES, L C et al. **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23(8), p.1924-1930, ago 2007.

AZEVEDO, L, 2003. **Infestação da Doença de Chagas tem redução de 50% no Piauí.** Disponível em: <http://www.piaui.pi.gov.br/novo/impressao.php?id=1179>. Acessado em: 19 de março às 14:30h, 2010.

BARBOSA, J. Os ciclos da negligência. **Revista Radis Comunicação em Saúde**, n.82, p.15-16, 2009.

BORGES, C R B et al. Papel do óxido nítrico no desenvolvimento de lesões cardíacas na fase aguda da infecção experimental do *Trypanosoma cruzi*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.42, n.2, p.170-174, 2009.

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF).** 2002. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BRASIL. Doença de chagas. In: **Doenças Infecciosas e Parasitárias.** Brasília, ed.6ª, p.100-03, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.** Proposta de Educação Permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para os Municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília, agosto, 2001.

BRASIL. **Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde.** Informe de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2001.

BRASIL. Doença de chagas. In: **Doenças Infecciosas e Parasitárias.** Brasília, ed.6ª, p.100-03, 2006.

CREMA, E et al. Estudo eletro manométrico de esôfago em portadores da doença de chagas em sua forma indeterminada. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, v.31, n.2, p.107-111, 2004.

DIAS, JCP. Doença de chagas. In: **Parasitologia Humana e seus Fundamentos Gerais**. CIMERMAN, B; CIMERMAN, S. Editora: Atheneu, São Paulo, ed.2, p.81-111, 2008.

DIAS, J C P; PRATA, A; COURA, J R. Emmanuel Dias: o principal artífice do combate à doença de chagas nas Américas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.41, n.5, p.502-504, 2008.

DOMINGUEZ, B; MACHADO, K. Forte e beleza ciência em defesa da vida. **Revista Radis Comunicação em Saúde**, n.85, p.8-9, 2009.

GARBELLOTO, PD. Doença de chagas. In: **Assistência de Enfermagem em Infectologia**. SOUZA, M. Editora: Atheneu, São Paulo, p.125-130, 2006.

GEOVANINI, telma; ...(et.ali.) **História da Enfermagem** : versões e Interpretações. Rio de janeiro, Revinter, 1995.

HANSEL, DE; DINTZIS, RZ. **Fundamentos de Rubin Patologia**. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, p.191-248, 2007.

HUMENHUK, Hesterston. **O direito á saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais**. Jus Navigandi, Teresina, ano 8, n 227, 20 de fev. 2004.

HEALTH PROMOTION AGENCY FOR NORTHERN IRELAND. **What is Health Promotion**, 2004. Acesso em: 12 mar.2010.

KRAUNT, J. A. **Los Derechos de los Pacientes**. Buenos Aires: Abeledo Perrot, 1997.

LAKATOS, E M; MARCONI, M A. **Fundamento da metodologia científica**. Ed.5ª, p.174, São Paulo: Atlas 2003.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P., GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 17, v. 4, p. 758-764, 2008.

MENICUCCI TMG. **O Sistema Único de Saúde**, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1620-5.

MOTTA, J. I. J. **O Processo Saúde/Doença**. In TEIXEIRA, P.(Org.) Curso de Aperfeiçoamento em Biossegurança On-line. Rio de Janeiro: Educação a Distância EAD/ENSP, 2000. Unidade II. Módulo 7.

NEVES, DP; FILIPPIS, T. **Parasitologia Básica**. Editora: Coopmed, Belo Horizonte, p.36-41, 2003.

PEREIRA, J B et al. Epidemiologia da doença de Chagas em quatro localidades rurais de Jaguaruana, estado do Ceará. Soroprevalência da infecção, parasitemia e aspectos clínicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.41, n.4, p.345-351, 2008.

PITTELLA, J L H. O processo de avaliação em ciência e a indicação de Carlos Chagas ao prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.42, n.1, p.67-72, 2009.

PORTELA-LINDOSO, A A B; Shikanai-yasuda. Doença de chagas crônica do centro diagnóstico e hemocultura à reação em cadeia da polimerase. **Revista de Saúde Pública** v.37; n.1, p.107-115, 2003.

PORTO, C C; MARTINS, C J P. Doença de Chagas tripanosomíase americana. In: **Vademecum de clinica medica**. PORTO, C C. Editora: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, p.290- 91, 2005.

ROSSI, M.A; MENGEL, J O. Ponto de vista patogênese da miocardite chagásica crônica: o papel de fatores autoimunes e microvasculares. **Rev. Inst. Med. trop.** São Paulo, v.34, n.6, p.593-99, 1992.

SILVA, R A; GOLDENBERG, P. Doença de chagas em Porto Letícia, São Paulo: um estudo comparativo no Pontal do Paranapanema. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.41, n.6, p.621-627, 2008.

SHIKANAI-YASUDA, M A et al. Doença de chagas aguda: vias de transmissão, aspectos clínicos e resposta à terapêutica específica em casos diagnosticados em um centro urbano. **Rev. Inst. Med. trop.** São Paulo, v.32, n.1, p.16-27, 1990.

SOUSSUMI, L M T. **Estudo da distribuição de doadores reativos para a doença de Chagas no hemocentro de Ribeirão Preto**. São Paulo, 2004.

TURKIEWICZ, Maria. **História da Enfermagem**. Paraná, ETECLA, 1995.



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"**

**Identificação do Tipo de Documento**

- ( ) Tese  
 ( ) Dissertação  
 (X) Monografia  
 ( ) Artigo

Eu, Waldenice Cominha de Sousa,  
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de  
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,  
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação  
Qualidade de vida em pacientes com doenças  
de chagas.  
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título  
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 02 de Maio de 20 19.

Waldenice Cominha de Sousa  
 Assinatura

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

