

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

DENNIS TAVARES DIÓGENES

DENNIS TAVARES DIÓGENES

**COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO SOBRE DOENÇA DE CHAGAS EM
PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL REGIONAL DO RIO
GRANDE DO NORTE**

**COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO SOBRE DOENÇA DE CHAGAS EM
PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL REGIONAL DO RIO
GRANDE DO NORTE**

Monografia apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Diego Henrique Jales Benevides

MOSSORÓ/RN
2018

MOSSORÓ/RN
2018

DENNIS TAVARES DIÓGENES

**COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO SOBRE DOENÇA DE CHAGAS EM
PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL REGIONAL DO RIO
GRANDE DO NORTE**

Monografia apresentado pelo aluno Dennis Tavares Diógenes, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), tendo obtido conceito de _____, conforme apreciação da banca examinadora.

Aprovado em: _____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Diego Henrique Jales Benevides(FACENE/RN)
ORIENTADOR

Prof. Esp. Livia Helena Morais de Freitas (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof. Esp. Tayssa Nayara Santos Barbosa (FACENE/RN)
MEMBRO

D591c Diógenes, Dennis Tavares.
Compreensão do enfermeiro sobre doença de chagas em pacientes hospitalizados em um hospital regional do Rio Grande do Norte / Dennis Tavares Diógenes. – Mossoró, 2018.
58f. : il.

Orientador: Prof. Me. Diego Henrique Jales Benevides.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Enfermagem. 2. Doença de chagas. 3. Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDU: 616-083+591.69 (813.2)

AGRADECIMENTO

Hoje, vivo uma realidade que parece um sonho, mas foi preciso muito esforço, determinação, paciência e perseverança para chegar até aqui, mesmo sabendo que ainda não cheguei ao fim da estrada, mas há ainda uma longa jornada pela frente. Eu jamais chegaria até aqui sozinha. Minha terna gratidão a todos aqueles que colaboraram para que este sonho pudesse ser concretizado.

Grata a Deus pelo dom da vida, pelo seu amor infinito e por ter permitido tamanha vitória em minha vida, sem Ele nada sou. Agradeço primeiramente a Ele que foi quem me deu forças e capacidade para ingressar na Faculdade. Foi Ele quem me sustentou durante toda essa caminhada, não deixando que as dificuldades do dia a dia e os acontecimentos me derrubassem. Hoje posso olhar para trás e dizer que com Ele tudo posso e que sou capaz.

As coisas que realizamos, nunca são tão belas quanto as que sonhamos. Mas às vezes, nos acontecem coisas tão belas, que nunca pensamos em sonhá-las. Para mim aconteceu, você. Eu não sei por onde começar a te agradecer, mas eu sei que tudo que sou hoje é graças a você, obrigado por tudo, por me aguentar, por me aturar, por me dar forças nas horas que mais precisei e por não me deixar desistir daquilo que sempre sonhei.

A todos os professores do curso de Enfermagem, que fizeram parte diretamente desta minha trajetória acadêmica. Agradeço também a Livia, Eligleudson e a Tayssa Nayara pela participação na minha banca examinadora e pelas críticas e comentários valiosos que contribuíram para a realização deste trabalho. E pela enorme contribuição na minha formação acadêmica.

Ao meu professor e orientador Diego Jales, pela aceitação do meu projeto, por dedicar-se do seu tempo para me orientar neste trabalho. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional, por ser um profissional extremamente qualificado. Obrigado pelos ensinamentos, atenção e dedicação ao longo deste período. Sei que dei trabalho e muita dor de cabeça (risos), mais sei que no fim, tudo valerá à pena. Quero agradecer também a Thiago Enggle, por muito ter feito por mim. Por ter me ajudado juntamente com Diego a ter seguido em frente.

Nesta hora de encerramento de uma etapa muito especial, em que a alegria por estar terminando se junta ao cansaço, torna-se difícil lembrar-me de todos que participaram comigo dessa jornada, mas de uma maneira muito sincera, agradeço a todos que de uma forma ou de outra colaboraram para a realização dessa monografia. Obrigado a cada um de vocês!

Dedico o meu trabalho em especial para Paloma Magalhães, a quem me ajudou dès do começo, que me proporcionou forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida. Muitos obstáculos foram impostos para mim durante esses últimos anos, principalmente nessa reta final, mas graças a ela e a Deus eu não fraquejei. Obrigada por tudo, a você Paloma e principalmente ao meu Senhor Deus!

RESUMO

INTRODUÇÃO: A infecção chagásica apresenta influência extraordinária sobre a saúde pública brasileira e provoca desafios diversos na realidade da assistência em saúde. Trata-se de uma patologia tropical com etiologia associada ao protozoário *Trypanosoma cruzi*. A luta anti chagásica expandiu-se, consolidando também no processo de trabalho do enfermeiro e ainda na redução da morbimortalidade. **OBJETIVOS:** A pesquisa propõe analisar o entendimento do enfermeiro assistencial sobre a doença de Chagas estabelecida em pacientes internados em um hospital regional do Rio Grande do Norte, ainda identificar conhecimento do profissional sobre formas clínicas, complicações, manejo da assistência prestada e possibilidades de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE em hospitalizados no serviço de saúde estudado. **METODOLOGIA:** O trabalho estabelece uma abordagem de caráter descritivo e exploratório, com tratamento dos dados estabelecidos de forma qualitativa. As atividades de coleta e exploração dos cenários de pesquisa foram possibilitadas a partir da investigação e entrevistas confeccionadas para aproximação com os enfermeiros (as), que atuam em setores hospitalares previamente selecionados: Clínica Médica e Clínica Pediátrica, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa em sua totalidade a partir das escalas nominais que constam o quantitativo de profissionais dos setores citados foram entrevistadas 10 enfermeiros. Os dados qualitativos foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin. O trabalho científico foi realizado com rigor dentro dos preceitos éticos e bioéticos relacionados à pesquisa com seres humanos, asseguradas pelas Resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e 311/2007 do COFEN. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Na análise de dados obteve as seguintes categorias: o conhecimento dos enfermeiros sobre a doença de Chagas, forma de transmissão e manifestações clínicas; complicações da Doença de Chagas no setor hospitalar; atividades realizadas e dificuldades relacionadas à assistência de enfermagem no paciente chagásico e a SAE como componente do trabalho do enfermeiro. De acordo com o depoimento dos entrevistados, é visto a importância de uma capacitação específica a essa doença, para que o enfermeiro e toda equipe de enfermagem, tenha um olhar mais clínico e possa compreender melhor sobre essa patologia para ter uma atuação eficaz ao paciente internado. E para isso é necessário um embasamento, pois além dessa doença ter sinais e sintomas que possam ser confundidos, ela também pode vir de forma assintomática. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por fim, de acordo com os resultados da pesquisa concluiu-se que os enfermeiros visualizam a patologia inserida no ambiente de trabalho e buscam contribuir para qualidade no cuidado com o paciente chagásico, que além de colaborar para a melhor qualidade de vida do paciente, este profissional possui um papel muito mais amplo, atuando tanto na assistência, como na informação a transmitir, devido ao tempo que estão em contato com os pacientes, criando um clima de segurança que os faz sentir muito mais à vontade para exporem os seus problemas e suas dúvidas e, assim, obterem as informações que procuram.

Descritores: Enfermagem. Doença de Chagas. Cuidados de Enfermagem.

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso ou pessoas fracassadas. O que existe são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles.”

(Augusto Cury)

ABSTRACT

INTRODUCTION: Chagas' disease presents an extraordinary influence on Brazilian public health and causes diverse challenges in the reality of health care. It is a tropical pathology with etiology associated with the protozoan *Trypanosoma cruzi*. The anti-chagasic fight has expanded, consolidating also in the work process of the nurse and also in the reduction of morbimortality. **OBJECTIVES:** This study aims to analyze the understanding of the care nurse on Chagas disease established in patients hospitalized in a regional hospital in Rio Grande do Norte, and to identify professional knowledge about clinical forms, complications, care management and possibilities for Systematization of Nursing Assistance - SAE in hospitalized patients at the health service studied. **METHODOLOGY:** The study establishes a descriptive and exploratory approach, with qualitative data treatment established. The activities of collection and exploration of the research scenarios were made possible through research and interviews designed to approach nurses working in previously selected hospital sectors: Clinic and Pediatric Clinic, who accepted to voluntarily participate in the research in its totality from the nominal scales that include the quantitative of professionals of the mentioned sectors were interviewed 10 nurses. Qualitative data were analyzed through the Bardin content analysis. The scientific work was carried out with rigor within the ethical and bioethical precepts related to the research with human beings, assured by Resolutions 466/2012 of the National Health Council and 311/2007 of COFEN. **RESULTS AND DISCUSSION:** In the data analysis the following categories were obtained: the knowledge of nurses about Chagas' disease, form of transmission and clinical manifestations; complications of Chagas Disease in the hospital sector; activities performed and difficulties related to nursing care in the chagasic patient and SAE as a component of nurses' work. According to the interviewees' testimony, it is seen the importance of a specific training for this disease, so that the nurse and all the nursing team, have a more clinical view and can understand better about this pathology to have an effective performance to the hospitalized patient. And for that it is necessary a foundation, because besides this disease have signs and symptoms that can be confused, it also can come as asymptomatic. **FINAL CONSIDERATIONS:** Finally, according to the results of the research, it was concluded that nurses visualize the pathology inserted in the work environment and seek to contribute to quality care in the chagasic patient, which in addition to collaborating for the better quality of life of the patient. patient, this professional has a much broader role, acting both in the assistance and in the information to be transmitted, due to the time that they are in contact with the patients, creating a security climate that makes them feel much more at ease to expose their problems and their doubts and thus obtain the information they seek.

Keywords: Nursing. Chagas disease. Nursing care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualização e Justificativa	10
1.2 Hipótese	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Histórico da Doença	16
3.2 Aspectos Conceituais	17
3.3 Transmissão	19
3.3.1 TRANSMISSÃO VETORIAL	19
3.3.2 TRANSMISSÃO TRANSFUSIONAL	20
3.3.3 TRANSMISSÃO CONGÊNITA	20
3.3.4 TRANSMISSÃO ORAL	21
3.3.5 TRANSMISSÃO POR TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS	21
3.3.6 TRANSMISSÃO ACIDENTAL	22
3.4 Aspectos Clínicos	22
3.5 Epidemiologia	23
3.6 Complicações Relacionadas à Evolução	24
3.7 Diagnóstico	25
3.8 Tratamento	26
3.9 Profilaxia	27
3.10 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	28
4 METODOLOGIA	31
4.1 Tipo de Pesquisa	31
4.2 Local da Pesquisa	31
4.3 População e Amostra	31

4.4 Instrumento de Coleta dos Dados	32
4.5 Procedimentos para Coleta de Dados	32
4.6 Análise dos Dados	33
4.7 Aspectos Éticos.....	34
4.8 Financiamento.....	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 Análise dos Dados Qualitativos	36
5.1.1 O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A DOENÇA DE CHAGAS, FORMA DE TRANSMISSÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	36
5.1.2 COMPLICAÇÕES DA DOENÇA DE CHAGAS NO SETOR HOSPITALAR.....	39
5.1.3 ATIVIDADES REALIZADAS E DIFICULDADES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PACIENTE CHAGÁSICO.....	41
5.1.4A SAE COMO COMPONENTE DO TRABALHO DO ENFERMEIRO.....	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE	53
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	54
APÊNDICE B – Termo de Anuência.....	56
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista.....	57
ANEXO A – CERTIDÃO	58

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização, Justificativa e Problematização

A interação ser humano e *Trypanosoma Cruzi* vêm sendo mencionada há milhões de anos. Presença de material genético do protozoário foi citado em tecidos de múmias pré-colombianas, datadas de nove mil anos (KROPF et al., 2000; GUHL et al., 2000). As concepções ainda remontam à era pré-histórica por duas hipóteses, a primeira explica que o surgimento foi resultado da domiciliação do *Triatoma Infestans* nas populações andinas pré-históricas e a segunda descreve que é tão antigo quanto à presença do *Homo Sapiens sapiens* na América (APT e REYNES, 1986; PARENTI et al., 1998).

Sua origem associa-se à infecção enzoótica de animais silvestres, iniciando sua propagação aos humanos como antroponose que se estabeleceu em ambiente silvestre. Citada em distantes épocas, a patologia endêmica se fundamentou como doença incidente em animais somente nos últimos três séculos (COURA & DIAS, 2009).

A Tripanossomíase Americana, conhecida como doença de Chagas foi descoberta em 1909, pelo pesquisador brasileiro Carlos Chagas, sendo causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*. Trata-se de uma tripla descoberta, fato inédito na história da medicina moderna, onde o cientista mineiro descobriu não apenas o vetor (inseto conhecido popularmente como barbeiro - gênero *Triatoma*) e o agente etiológico da doença (o protozoário *Trypanosoma cruzi*), como ainda descreveu a patologia da mesma (MALAFAIA; RODRIGUES, 2010).

O controle de endemias como a doença de Chagas ainda constitui um dos maiores desafios na Saúde Pública. O Brasil apresenta hoje uma complexa situação no que tange à profilaxia de endemias. A endemia chagásica é uma das mais importantes doenças parasitárias na América Latina, onde mais de 10 milhões de pessoas são infectadas com o parasito *Trypanosoma cruzi*, e aproximadamente 90 milhões de indivíduos ainda estão sob risco de contraírem a doença (VILLELA et al, 2009).

A doença de Chagas é uma doença infecciosa, primitivamente uma zoonose, doença que, em determinadas regiões, afeta constantemente os animais que nelas vivem. Passou a ser considerada uma antroponose, uma doença que liga o homem aos animais, a partir da domiciliação dos vetores, deslocados de seus nichos silvestres originais, pela ação do homem sobre o ambiente (BRASIL, 2014).

O agente causador se consagra como elemento de grande repercussão no processo de estabelecimento da doença e acredita-se que tenha origem multifatorial, concorrendo para sua instalação mecanismos do hospedeiro e do protozoário (SIQUEIRA-BATISTA, 2003).

T. Cruzi é um parasita que, para se adaptar às grandes mudanças nos diferentes microambientes interiores de seus hospedeiros, necessita passar por transformações biológicas, as quais provocam alterações estruturais e metabólicas. Apresenta ciclo evolutivo complexo e digno de investigações científicas no contexto atual (PINHEIRO et al, 2016).

A infecção humana pode ser muito grave, com mortalidade significativa em crianças na sua fase aguda e severo acometimento cardíaco e/ou digestivo em adultos crônicos. (KASHIWABARA et al, 2013).

O parasito em suas diversas formas estabelece transformações em seus aspectos funcionais e biológicos, com concentração proliferativa nas células sanguíneas, por exemplo. A transmissão se estabelece pela inoculação através da picada do hematófago, mais popularmente conhecido como barbeiro. Essas inúmeras possibilidades de interação favorecem uma gama de manifestações clínicas nos diferentes órgãos e tecidos (TOBIE, 1961).

A doença manifesta-se em duas fases, tendo início pela fase aguda, que se caracteriza pelo alto índice de parasita na corrente sanguínea, que na maioria dos casos apresentam sintomas inespecíficos. No entanto, dependendo do local da picada pode apresentar desde infecção na epiderme (chagoma), edema nas pálpebras (sinal de Romana) e febre durante algumas semanas (COLOSIO et al, 2007).

A baixa dos parasitas na corrente sanguínea e a invasão dos tecidos-alvos caracterizam a fase crônica. Durante essa fase pode ser identificado quatro formas clínicas, dentre elas a forma indeterminada que é a mais prevalente, a forma cardíaca ocorre em 30% dos casos, a forma digestiva que provoca lesões digestivas, principalmente no esôfago e intestino e a forma mista (cardíaca e digestiva) que pode ocorrer em até 10% (BARRETO, 2015).

Os principais mecanismos pelos quais o homem adquire o *T. cruzi* incluem as seguintes vias de transmissão: vetorial, transfusional, congênita, oral, por transplantes de órgãos e acidental. A via vetorial é considerada a de maior relevância epidemiológica, correspondendo a 80% dos casos da doença (COSTA, 2014).

As manifestações gerais são febre, evoluindo de diferentes maneiras (intermitente, cotidiana, remitente e contínua), linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia, miocardite frequentemente acompanhada de pericardite e/ou endocardite, taquicardia e meningoencefalite (BRASIL, 2008).

A doença é diagnosticada por exame clínico e laboratorial. No clínico, destaca-se o sinal de Romana, chagoma de inoculação e alterações cardíacas. No laboratorial, para diagnóstico em fase aguda é feito exames de sangue, pesquisa do parasita (esfregaço ou gota espessa) e microscopia direta. Já em fase crônica, o xenodiagnóstico, hemocultura e diagnóstico sorológico são fundamentais (DIAS et al, 2005).

A terapêutica é realizada com medicação antiparasitária, ainda não existe vacina contra a doença de Chagas e a melhor maneira de enfrentá-la é com prevenção e controle, combatendo sistematicamente os vetores, mediante o emprego de inseticidas eficazes, construção ou melhoria das habitações, eliminação dos animais domésticos infectados e uso de cortinados nas casas infestadas pelos vetores (BRASIL, 2014).

A prevalência da enfermidade no Brasil é atualmente estimada em 1.900.000 casos, a maioria concentrando-se no Sudeste, no Nordeste e no Rio Grande do Sul. Em 1980, um inquérito nacional de prevalência indicou 4,2% da população rural infectada, estimando-se em 5,5 milhões o número total de infectados. Como não tem acontecido transmissão com números representativos desde a década de 1980, ocorre que a maioria dos infectados corresponde à pacientes crônicos em idade de 40 anos ou mais (ARAUJO, 2014).

No Rio Grande do Norte, apontou-se prevalência de 1,78% (SILVEIRA; SILVA; PRATA, 2011). Brito et al, (2012) apontou 6,5% de infecção chagásica para a mesorregião Oeste Potiguar, demonstrando importante pertinência epidemiológica no referido estado.

O ambiente hospitalar retrata uma das possibilidades de intervenção satisfatória em Chagas. O controle, diagnóstico, tratamento e assistência multiprofissional aos enfermos vislumbram enfrentamento positivo perante a infecção estabelecida nos pacientes.

Dessa maneira, o enfermeiro é componente dessa articulação que corrobora com a qualidade de vida dos adoecidos e colaboram com a perspectiva do estabelecimento da saúde a partir do entendimento/compreensão sobre a patologia estabelecida em diversas fases da vida. A problematização da assistência prestada e o discernimento sobre a patologia por parte do profissional é a lógica metodológica dessa pesquisa, entendendo as possibilidades de cooperação da SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem para o processo de trabalho do profissional.

O interesse pela temática surgiu no decorrer das experiências nas aulas práticas da disciplina de Semiologia e Semiotécnica I e II, quando se teve a oportunidade de ter contato com casos da doença de Chagas em setores de enfermarias hospitalares. Despertou-se o interesse em questões como: compreensão do enfermeiro em relação à doença, caracterização

sintomática, quadro clínico estabelecido e possibilidades de manejo no cuidado em saúde a partir de elementos estabelecidos pela SAE aos pacientes chagásicos.

O conhecimento das formas clínicas é elementar para a progressão do cuidado direto em enfermagem. Portanto, o embasamento científico em Chagas torna-se imprescindível ao enfermeiro. É diante dessa prerrogativa que o enfermeiro direciona sua assistência ao chagásico com segurança, habilidades e competência técnica para o sucesso terapêutico, quando em regime de internação hospitalar.

Acredita-se que a realização deste projeto venha contribuir aos enfermeiros, esclarecendo suas dúvidas, medos, auxiliando aos pacientes, sendo importante também para os profissionais de saúde, para a ampliação de seus conhecimentos sobre o tema em questão.

Despertou-nos, portanto, a preocupação em relação à doença de Chagas e a contribuição do enfermeiro em seu processo de trabalho assistencial aos adoecidos pela moléstia. Diante do que foi exposto, questiona-se: qual a compreensão do enfermeiro sobre a doença de chagas em pacientes internados?

1.2 Hipótese

Acredita-se que a realidade assistencial dos serviços hospitalares públicos que adentram no universo da rede hierarquizada em saúde do SUS apresentam, de uma forma geral, dificuldades relacionadas ao ambiente de trabalho, formação das equipes multiprofissionais, recursos materiais, esclarecimentos de respostas diagnósticas e seguimento de casos clínicos nas diversas especialidades médicas existentes.

A infecção chagásica e suas especificidades clínicas corroboram para um processo de adoecimento crônico que em caráter de médio em longo prazo podem se direcionar para abordagem e tratamento clínico em enfermarias de hospitais. Cito aqui, com destaque, as internações de crianças, adultos e idosos em clínica médica e pediátrica para uma necessidade de acompanhamento e intervenção da equipe de saúde, sobretudo nos casos crucificados com complicações da ordem cardiovascular e/ou digestiva, por exemplo.

Dessa maneira, vislumbra-se no processo de trabalho do enfermeiro a realidade concreta de aproximação com pacientes adoecidos por Chagas e estabelecidos em enfermarias hospitalares que demandam cuidados sistematizados desse profissional. Exige-se do mesmo: responsabilidade pelo cuidado individualizado proporcionado, sistematização da assistência prestada, interação multiprofissional e exercício profissional com atitudes e atividades baseadas na resposta e capacidade terapêutica de recuperação do paciente.

Assim, percebe-se ainda o relativo distanciamento desse profissional com a capacidade de resolução de demandas proporcionadas por doentes chagásicos substancialmente em suas complicações graves como ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva – ICC e mega: colóns e esôfago. Nota-se a necessidade de aprofundamento dos cuidados necessários para abordagem ao paciente chagásico por parte do enfermeiro, utilizando aqui os fundamentos estabelecidos pela SAE. Diante dessa situação, surge a preocupação em levantar questionamentos que explorem o real entendimento desse profissional com a relação existente entre doença de Chagas e Enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o entendimento do enfermeiro assistencial sobre a doença de chagas em pacientes internados em um hospital regional do estado do Rio Grande do Norte.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o conhecimento do Enfermeiro sobre a fisiopatologia da doença de Chagas;
- Averiguar as complicações chagásicas em pacientes internados;
- Verificar como é operacionalizada a assistência em Enfermagem em pacientes chagásicos internados nos setores da Clínica Médica e Clínica Pediátrica;
- Identificar a utilização da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) nesse contexto.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico da doença

A interação ser humano e *Trypanosoma cruzi* vem sendo mencionada há milhões de anos. Presença de material genético do protozoário foi citada em tecidos de múmias pré-colombianas, datadas de nove mil anos (KROPF et al., 2000; GUHL et al., 2000). As concepções ainda remontam a era pré-histórica por duas hipóteses, à primeira explica que o surgimento foi resultado da domiciliação do *Triatoma Infestans* nas populações andinas pré-históricas e a segunda descreve que é tão antigo quanto à presença do *Homo Sapiens sapiens* na América (APT e REYNES, 1986; PARENTI et al., 1998).

Sua origem associa-se à infecção enzoótica de animais silvestres, iniciando sua propagação aos humanos como antroponose que se estabeleceu em ambiente silvestre. Embora citada em distantes épocas, a patologia endêmica se fundamentou como doença incidente em animais somente nos últimos três séculos (COURA & DIAS, 2009).

Em 1907, o médico e cientista brasileiro Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, pesquisador assistente do Instituto Oswaldo Cruz, mudou-se para o vilarejo de Lassance, interior mineiro, onde foi encarregado pelo controle de surto de malária, que acometia os trabalhadores envolvidos na construção dos ramais da estrada de ferro central do Brasil. Neste período, Carlos Chagas utilizou como moradia, laboratório e consultório, o vagão de um trem. E logo em sua chegada, foi procurado pelo engenheiro da ferrovia, Cantarino Mota, que o alertou para um inseto que vivia nas frestas das paredes das casas e que, à noite, saía para picar os moradores, geralmente no rosto (CORRÊA; SIQUEIRA-BATISTA; SIQUEIRA-BATISTA, 1996).

Carlos Chagas iniciou, então, um ciclo investigativo, recolheu alguns insetos e, examinando o intestino do “barbeiro”, encontrou uma nova espécie de protozoário com morfologia de *Crithidia*. Enviou alguns desses insetos para o laboratório do Instituto Oswaldo Cruz, para que infectasse macacos da espécie *Callitrix Penicilata*, que adoeceram, e no sangue identificou uma nova espécie de parasito, ao qual denominou *Trypanossoma cruzi*, que deveria ser uma espécie nova que circularia entre barbeiros, mamíferos e, talvez, humanos (LANA; TAFURI, 2005).

Chagas procurou incessantemente aquele protozoário no sangue de pessoas e animais residentes em casas infestadas por barbeiros. E em 1909 ao examinar uma criança febril, de 2 anos de idade, de nome Berenice, Carlos Chagas descobriu em seu sangue aquele mesmo

protozoário encontrado nos barbeiros e nas diversas espécies de animais examinados. A mãe informou que a menina tinha sido sugada por barbeiro e quais sintomas haviam apresentado. Berenice foi considerada o primeiro caso clínico humano da Doença de Chagas (COSTA, 2014).

A partir da identificação da nova doença, até seu falecimento, em 1934, Chagas se dedicou a ampliar os conhecimentos sobre a *Trypanosoma americana*. Lassance tornou-se um posto permanente para o estudo desta e de outras endemias rurais, e com o prosseguimento dessas pesquisas, Chagas desenvolveu um estudo extenso sobre os aspectos essenciais da nova tripanossomíase (ANDRADE et al, 2011).

Ele descobriu, em curto espaço de tempo de pesquisa, o patógeno, o vetor, os hospedeiros, as manifestações clínicas (fase aguda e crônica), a epidemiologia da doença, como a determinação de certos reservatórios naturais, primitivos ou não e assim conseguiu identificar e também caracterizar um novo vetor, um novo parasita e uma nova doença (MONTEIRO et al, 2015).

Já na década de 1970, a tripanossomíase tornou-se o segundo assunto mais estudado do mundo, isto porque a globalização a colocou como uma grande ameaça mundial. Programas de incentivo a pesquisa na área foram criados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (MORETTI, 2012).

3.2 Aspectos Conceituais

A doença de Chagas é uma infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, agente etiológico da tripanossomíase americana ou moléstia de Chagas. É um protozoário flagelado, pertencente ao filo Sarcomastigophora, classe Mastigophora, ordem Kinetoplastida e família Trypanosomatidae (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2003).

Primitivamente uma enzootia, doença que, em determinadas regiões, afeta constantemente os animais que nelas vivem. Passou a ser considerada uma antroponose, uma doença que liga o homem aos animais, a partir da domiciliação dos vetores, deslocados de seus nichos silvestres originais, pela ação do homem sobre o ambiente (BRASIL, 2014).

O agente causador se consagra como elemento de grande repercussão no processo de estabelecimento da doença e acredita-se que tenha origem multifatorial, concorrendo para sua instalação mecanismos do hospedeiro e do protozoário (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2003).

T. cruzi é um parasita que, para se adaptar às grandes mudanças nos diferentes microambientes interiores de seus hospedeiros, necessita passar por transformações biológicas, as quais provocam alterações estruturais e metabólicas. O protozoário apresenta três formas evolutivas: os amastigotas, os epimastigotas e os tripomastigotas (ANDRADE, 2011).

Amastigota é a forma intracelular do *T. cruzi* encontrada nos tecidos do hospedeiro vertebrado. Não possui flagelo exteriorizado, nem membrana ondulante, seu único movimento é de rotação. Multiplica-se por divisão binária longitudinal a cada 12 horas, transformando-se em tripomastigotas sanguíneo, aproximadamente 11 a 13 horas antes da ruptura da célula. Podem-se caracterizar dois tipos morfológicos de amastigota: fusiformes e arredondados (COSTA, 2014).

Epimastigota é a forma evolutiva que se localiza no tubo digestivo do triatomíneo. Apresenta flagelo livre, cinetoplasto anterior ao núcleo e membrana ondulante pouco desenvolvida. É bastante móvel e apresenta intensa atividade replicativa também por divisão binária longitudinal (ARRUDA, 2003).

Os Tripomastigotas não possuem capacidade replicativa, e correspondem à forma infectante, extracelular, localizada em ambos os hospedeiros: invertebrados e vertebrados (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2003). O ciclo evolutivo é complexo, marcado por uma série de transformações ao longo do seu processo vital. Como mostra a figura abaixo.

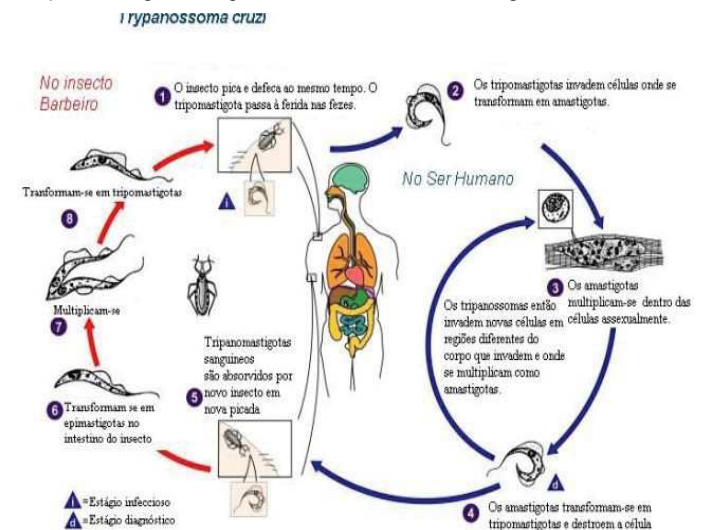


Figura 1: Ciclo evolutivo da doença de chagas. (1) O inseto pica e defeca ao mesmo tempo. O tripomastigota passa à ferida nas fezes. (2) Ostripomastigota invadem células onde se transforma em amastigotas. (3) O amastigotas multiplicam-se dentro das células assexualmente. Os tripanossomas então invadem novas células em regiões diferentes do corpo que invadem e onde se multiplicam como amastigotas. (4) os amastigotas transformam-se em tripomastigotas e destroem a célula. (5) Tripanomastigotas sanguíneos são absorvidos por novo inseto em nova picada. (6) Transformam-se em epimastigotas no intestino do inseto. (7) Multiplica-se. (8) Transformam-se em tripomastigotas.

Fonte: <http://www.unisalesiano.edu.br/salaEstudo/materiais/p1040d1227/material6.pdf>

A transmissão é associada popularmente ao barbeiro, que costuma viver em ambientes escuros como ninhos, casa de pau a pique e depósitos. Possui hábitos noturnos e costuma transmitir a doença através de suas fezes durante a noite e por meio de picadas em áreas expostas da pele (BRASIL, 2011).

Doença fortemente relacionada ao contexto rural acomete pessoas de origem interiorana que habitam ou habitaram em casas de baixa qualidade, onde facilmente se aloja e coloniza o inseto vetor. A infecção humana pode ser muito grave, com mortalidade significativa em crianças na sua fase aguda e severo acometimento cardíaco e/ou digestivo em adultos crônicos (KASHIWABARA et al, 2013).

3.3 Transmissão

Os principais mecanismos que o homem adquire o *T. cruzi* incluem as seguintes vias de transmissão: vetorial, transfusional, congênita, oral, por transplantes de órgãos e acidental. A via vetorial é considerada de maior relevância epidemiológica, correspondendo a 80% dos casos da doença (COSTA, 2014).

3.3.1 TRANSMISSÃO VETORIAL

A transmissão por triatomíneos é responsável pela maior parte do contingente de infectados por *T. cruzi* do planeta. A infecção dos vetores ocorre em seguida à ingestão de sangue contendo as formas tripomastigotas sanguíneas. Após completar seu ciclo no triatomíneo, no qual há expressivas modificações evolutivas, o parasito aloca-se na última porção do tubo digestivo deste inseto, tornando-se apto a penetrar no hospedeiro vertebrado, podendo haver infecção do hospedeiro vertebrado através da penetração das formas metacíclicas infectantes, pela solução de continuidade pela mucosa (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2003).

O mecanismo de transmissão do parasita é classicamente descrito. Há o contato com as fezes eliminadas pelo inseto vetor, no momento da sua picada ao homem, havendo um

período de incubação de 4 a 15 dias. Na Amazônia, em regiões onde foram realizados estudos entomológicos, se tem observado que a transmissão vetorial caracteriza-se por ocorrer sem colonização e extradomiciliar, todavia, tem predominado a transmissão via oral, por contaminação de alimentos, e com um período de incubação variando de 3 a 22 dias (SOUZA; MONTEIRO, 2013).

3.3.2 TRANSMISSÃO TRANSFUSIONAL

A transmissão transfusional responde pela maior quantidade de casos de transmissão da doença de Chagas depois da via vetorial, tendo aumentado a partir dos anos 40 em toda a área endêmica, justificado principalmente pelo crescente número de transfusões sanguíneas e da migração rural urbana, que faz ampliar o risco de chagásicos como doadores de sangue (COSTA, 2014).

A transfusão sanguínea de sangue total, de plasma ou de concentrado de hemácias contaminados por *Tripanosoma cruzi* constitui-se na segunda via de transmissão em importância. Oferece um risco estimado entre 12,5 a 25,0% para uma única transfusão padrão de 500 ml de sangue total. Esse risco varia com a prevalência da doença na região em que a transfusão é feita, podendo assim chegar a níveis bem mais elevados. Com a intensa migração de populações de áreas rurais, em que a doença era mais frequente, para as urbanas, cresceu o risco dessa modalidade de transmissão, devido ao fato de que o controle sorológico dos doadores não era adequadamente realizado (LANA; TAFURI, 2005).

3.3.3 TRANSMISSÃO CONGÊNITA

A transmissão congênita ou vertical ocorre quando há passagem de *T. cruzi* da gestante infectada para o feto no período gestacional, de forma que o recém-nascido (RN) adquire a doença da mãe por via transplacentária ou no parto. A mãe apresenta maior risco de transmissão na fase aguda do que na fase crônica, em decorrência da grande quantidade de parasitos circulantes no sangue na primeira fase (COSTA, 2014).

A maioria dos casos são assintomáticos, onde ainda não há marcador específico para o diagnóstico dessa forma, embora se considere fatores como febre, feto pequeno para idade correspondente e prematuridade. Outros achados podem ser cardiopatia aguda, comprometimento do sistema nervoso central ou morte do feto. A confirmação diagnóstica é

feita pela presença de parasitos e/ou anticorpos não maternos no sangue do recém-nascido (CARVALHO, 2013).

As crianças contaminadas apresentam baixo peso ao nascer. Nestes casos, o número de natimortos é consideravelmente alto. Sendo considerada inevitável, cabe então uma possível prevenção secundária, que é diagnosticar precocemente a infecção nos recém-nascidos filhos de mães chagásicas. Conhecendo o risco de transmissão em determinadas áreas, recomenda-se introduzir no pré-natal sorologia própria ao diagnóstico da doença de Chagas. Dessa forma, pode-se iniciar rapidamente o tratamento dos nascidos comprovadamente infectados (CABRAL, 2011).

3.3.4 TRANSMISSÃO ORAL

Essa modalidade de transmissão é comum no ambiente silvestre, onde mamíferos ingerem triatomíneos ou outros mamíferos infectados pelo patógeno. A transmissão do *T. cruzi* por via oral é suspeitada quando episódios epidêmicos de infecção aguda são observados em áreas nas quais não há insetos vetores domiciliados (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2003).

A transmissão oral pode ocorrer a partir de formas tripomastigotas, epimastigotas e, provavelmente, de amastigotas. Esse tipo de transmissão ocorre em locais definidos, em um determinado tempo, por diferentes tipos de alimentos – geralmente encontrando-se vetores ou reservatórios infectados nas imediações da área de produção, manuseio ou utilização do alimento contaminado. Entre os alimentos podem-se incluir sopas, caldos, sucos de cana, açaí, e carne de caça (COSTA, 2014).

3.3.5 TRANSMISSÃO POR TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

O receptor susceptível recebe órgão do doador infectado pelo *T. cruzi*, particularmente nos casos de transplantes de rim e coração. Com o aumento do número de transplantes, essa via de transmissão tem adquirido relevância. A doença de Chagas aguda que ocorre após esse mecanismo de transmissão apresenta-se mais grave, uma vez que os receptores estão imunocomprometidos e os pacientes infectados apresentam manifestações clínicas de doença aguda: febre, nódulos cutâneos eritematosos, hepatoesplenomegalia, linfadenomegalia, mialgias e cefaléia. A confirmação do diagnóstico da infecção é baseada no isolamento do agente, no sangue ou em biópsias de pele e/ou soro conversão (DIAS; AMATO-NETO, 2011).

Em transplante de órgãos, como na transfusão sanguínea, pode ocorrer a transmissão quando se desconhece a condição de infectado chagásico do doador, por falta do indispensável diagnóstico prévio (COSTA, 2014).

3.3.6 TRANSMISSÃO ACIDENTAL

As formas excepcionais de transmissão pode se dar de forma acidental, ocorre em laboratório e hospitais, pode ocorrer em diversas circunstâncias e na sua maioria são despercebidos ou não diagnosticados. Um conjunto de elementos como falta de conhecimento, desatenção, falta ou maluso de equipamentos de proteção individual, instalações e equipamentos inadequados e falta de capacitação, são considerados fatores de risco para a contaminação pelo *T. cruzi* (LANA; TAFURI, 2005).

3.4 Aspectos clínicos

Na patologia chagásica são inúmeros os fatores que atuam direta ou indiretamente no aparecimento das lesões produzidas pelo *T. cruzi*. É um problema preocupante pela enorme quantidade e variedades de danos que envolvem o paciente chagásico tornando-se danosa em suas conseqüências. A doença pode ser classificada em duas fases: a aguda e a crônica (COSTA, 2011).

A fase aguda apresenta-se sintomática ou assintomática. Nesta fase, o paciente pode apresentar sinais de porta de entrada da infecção, como o sinal de Romaña (edema nas pálpebras) e o chagoma de inoculação (infecção na epiderme), associados a sintomas gerais e alterações sistêmicas (COLOSIO, et al, 2008).

O edema bupalpebral e unilateral não ocorrem em todos os casos, pois é função da penetração do parasito pela região ocular ou suas imediações. Instala-se rapidamente; é elástico, de coloração vermelho-violácea e indolor, acompanhando-se de conjuntivite e lacrimejamento. O olho pode ficar completamente fechado. Esse edema pode estender-se a toda face ou ser, mesmo, mais generalizado (COSTA, 2014).

Na fase crônica, quatro situações clínicas podem evoluir: a forma indeterminada, cardíaca, digestiva e mista. Nesta fase os pacientes persistem com sorologia positiva para *T. cruzi*, mesmo após o tratamento etiológico específico, e podem apresentar complicações cardíacas ou digestivas (COLOSIO, et al, 2008).

A forma indeterminada é caracterizada pela ausência de manifestações clínicas e alterações eletrocardiográficas e radiológicas. Após a fase aguda, a maioria dos pacientes evolui durante uma ou duas décadas nesta forma indeterminada, na qual, embora exista a infecção ativa, praticamente não há lesões clinicamente demonstráveis e os órgãos e sistemas se encontram preservados em sua anatomia e sua reserva funcional. Microscopicamente, apenas raros e esparsos focos de diminutos infiltrados inflamatórios podem ser eventualmente encontrados, com parasitismo muito escasso. Esse quadro poderá perdurar por toda a vida da pessoa infectada ou pode evoluir tardiamente para a forma cardíaca, digestiva ou associada (cardiodigestiva) (COSTA, 2014).

A forma cardíaca é a mais representativa, por sua elevada morbimortalidade nas áreas endêmicas. A apresentação clínica do acometimento cardíaco na fase crônica apresenta as seguintes características: ausência de febre nos últimos 60 dias; sorologia positiva por dois métodos diferentes; sinais de insuficiência cardíaca como dispnéia aos esforços, congestão sistêmica com estase jugular, edema de membros inferiores, hepatomegalia, ascite; sinais e sintomas de bradiarritmia ou taquiarritmias expressas como palpitações; sintomas de síncope; tromboembolismo pulmonar que se traduz clinicamente por dispnéia súbita, dor torácica e tosse, ou sistêmico; pode ocorrer morte súbita como primeira manifestação. A avaliação por exames complementares especialmente o eletrocardiograma (ECG) de alta resolução, eletrocardiografia dinâmica (holter) e teste ergométrico poderão demonstrar arritmias, bem como transtornos da condução, geralmente de caráter intermitente (KASHIWABARA et al, 2013).

Na forma digestiva, as alterações que ocorre no trato gastrointestinal, são atribuídas à destruição das células nervosas do sistema nervoso autônomo. Nessa forma, o doente apresentará manifestações clínicas digestivas de acordo com a região do tubo digestivo comprometida, como: acometimento do esôfago, neste caso os sintomas são de engasgamento, disfagia, odinofagia, pirose, tosse, soluços e outros; acometimento do cólon, onde nas fases iniciais encontram-se obstipação intestinal e diarreia, com obstrução intestinal em casos graves (COSTA, 2014).

Na forma cardiogastrointestinal ou mista, com comprometimento digestivo e cardíaco, caracterizando-se, assim, pelos mesmos sinais e sintomas (COLOSIO, et al, 2008).

3.5 Epidemiologia

No Brasil, assim como nas Américas, a distribuição geográfica é bastante heterogênea. A doença ocorre em aproximadamente 36% do território nacional, atingindo mais de 2.450 municípios. As regiões em que há maior ocorrência da moléstia são o sudeste e o noroeste do Rio Grande do Sul, o nordeste de São Paulo, o Triângulo Mineiro, o oeste e o norte do Estado de Minas Gerais, o norte, o centro e o oeste da Bahia, Goiás, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Ceará, Amazônia e sul do Tocantins (SIQUEIRA-BATISTA et al, 2003).

A partir da situação atual evidenciam-se duas áreas geográficas, onde os padrões de transmissão da Doença de Chagas são diferenciados. Existem as regiões de risco para a transmissão vetorial, onde ações de vigilância epidemiológica, entomológica e ambiental devem ser concentradas, com vistas à manutenção e sustentabilidade da interrupção da transmissão da doença, das quais fazem parte os estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Sergipe, São Paulo e Tocantins. E a amazônica legal, onde a doença não era reconhecida como problema de saúde pública, que é da transmissão oral, compreendida pelos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rio Grande do Norte, Tocantins e parte do Maranhão e do Mato Grosso do Sul (PEDRA, et al, 2011).

Em áreas onde a transmissão vetorial era, ou segue sendo endêmica, ainda que focalmente, a vigilância epidemiológica da doença de Chagas deve estar centrada basicamente na vigilância entomológica. O componente entomológico da vigilância é absolutamente essencial, em função da história natural da doença (DIAS et al, 2005).

Há peculiaridades na epidemiologia da doença de Chagas que implicam uma grande diversidade de situações. São muitos os vetores, ou vetores potenciais, são diversos os reservatórios animais e, então, as possíveis fontes de infecção; a transmissão natural pelo vetor depende de fatores condicionantes ambientais diversos. Esta seria condição suficiente para a adoção de uma abordagem de risco distinguindo situações diversas (DIAS et al, 2005).

A transmissão da Doença de Chagas na Amazônia apresenta peculiaridades que obrigam a adoção de um modelo de vigilância distinto daquele proposto para a área originalmente de risco no país. Não há vetores que colonizem o domicílio e, por conseqüência, não existe a transmissão domiciliar da infecção ao homem. Os mecanismos de transmissão conhecidos compreendem: transmissão oral, vetorial extradomiciliar e vetorial domiciliar (PEDRA, et al, 2011).

3.6 Complicações Relacionadas à Evolução da Doença

A forma aguda é encontrada achados significativos nos órgãos e tecidos acometidos pelo *T. cruzi*. Na região orbital tem-se, o edema bípalebral, unilateral e indolor, com ou sem conjuntivite e adenomegalia. Pode afetar também as glândulas lacrimais, conjuntiva tarsal, esclerótica e tecido conjuntivo periocular (SIQUEIRA-BATISTA, 2003)

Na pele a principal lesão é o chagoma de inoculação, o qual se apresenta em quatro formas: furunculóide (caracterizada por drenagem do conteúdo); erisipelatóide (na qual se encontram placas brilhantes e edematosas); lupóide (apresenta placas congestas, com centro necrótico) e tumoral (nódulo com mais de um centímetro de diâmetro). São encontrados também lesões da musculatura, uma miosite focal, que é uma inflamação nos músculos que causa fraqueza muscular. Pode ocorrer quadro de meningoencefalite, alterações cardíacas, gastrintestinais e neurológicas e atingindo outros órgãos como baço, fígado, músculo esquelético, pâncreas, pulmão, testículos e tireóide (SIQUEIRA-BATISTA, 2003).

Arruda (2003) comenta que as principais lesões cardíacas são localizadas no miocárdio, com destruição de miocélulas, originando, por exemplo, Insuficiência Cardíaca Congestiva – ICC e arritmias diversas. A cardiopatia chagásica crônica tem caráter progressivo e tende ao agravamento pela reiterada superposição da inflamação e destruição celular. A fibrose local agrava a cardiomiopatia dilatada. O quadro de insuficiência cardíaca evolui e favorece a formação de trombos e êmbolos intramurais, que ao se desprenderem provocam quadros crônicos de tromboembolismo periféricos, especialmente no âmbito dos rins, pulmões, baço e cérebro.

O envolvimento do tecido excito-condutor do coração na miocardiopatia chagásica é uma lesão fundamental desta doença. Essas lesões são caracterizadas por fibrose, inflamação crônica inespecífica, atrofia e fragmentação de fibras específica, onde seccionam ou destroem os nódulos cardíacos e o feixe de His, provocando todo tipo de bloqueios na formação e condução do estímulo (ARRUDA, 2003).

Na forma digestiva, os achados são as megaformações do megaesôfago com acalasia e megacólon. No esôfago pode haver hipertrofia muscular, dilatação, podendo chegar a trofia parietal. Pode haver também lesões em outros órgãos, como o fígado (esteatose hepática, necrose central, fibrose hepática e cirrose), vesícula biliar (colelitíase, atrofia ou megavesícula), pâncreas (pancreatite aguda hemorrágica), baço (infartos esplênicos), pulmões (enfisema, bronquiectasia, broncopneumonia, tromboembolismo e infarto) e rins (infartos, angioesclerose) (SIQUEIRA-BATISTA, 2003).

3.7 Diagnóstico

O diagnóstico da infecção pelo *Trypanosoma cruzi*, tem como base três parâmetros distintos: as manifestações clínicas, os antecedentes epidemiológicos e os métodos de diagnóstico, em geral laboratoriais, que permitem confirmar ou excluir a suspeita diagnóstica na maioria das situações (COSTA, 2014).

A avaliação laboratorial é extremamente importante, principalmente porque não são todos os indivíduos infectados que vão apresentar sintomas. Eles apresentam diferentes resultados se aplicados na fase aguda ou crônica da infecção. Deste modo é realizado pela detecção do parasito através de métodos parasitológicos (diretos ou indiretos). Na fase aguda são utilizados métodos diretos para a pesquisa de tripanossomos na corrente sanguínea, e em situações de parasitemia, o esfregaço e o exame a fresco são bons métodos para identificar o protozoário. Os indiretos como o xenodiagnóstico, que é de baixa sensibilidade, comprometem o diagnóstico e o controle terapêutico da doença (PORTELA-LINDOSO; SHIKANAI-YASUDA, 2003).

Na fase crônica são usados métodos indiretos. O xenodiagnóstico é feito com ninfas de vetores criadas em laboratório e alimentadas com sangue de aves refratários à infecção por *T. cruzi*. A hemocultura, embora limitada em sensibilidade, apresenta importância para isolar cepas responsáveis pelas infecções no homem e em animais e para estudos de caracterização bioquímica e imunológica do parasita (COSTA, 2014).

Os testes sorológicos são amplamente utilizados na doença de Chagas para selecionar doadores em banco de sangue, para acompanhamento da terapêutica parasitária, para fins sociais na seleção de trabalhadores, para confirmar ou excluir uma suspeita clínica e para inquéritos soro epidemiológica. O resultado do teste sorológico é influenciado por fatores como a prevalência da doença, a sensibilidade e a especificidade do teste (ARRUDA, 2003).

O diagnóstico sorológico da fase aguda consiste na pesquisa de anticorpos anti-*T. cruzi* de classe IgM, por Imunofluorescência Indireta (IFI). Recomenda-se realizar este método na fase aguda tardia, a partir de 30 dias de febre e após, pelo menos, duas execuções do exame parasitológico mostrando resultado negativo. Na fase crônica, consiste na pesquisa de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgG, sendo necessária a realização do exame por dois métodos, de princípios distintos (Hemaglutinação, Elisa, IFI) (SOUZA; MONTEIRO, 2013).

3.8 Tratamento

A terapêutica da Doença de Chagas continua parcialmente ineficaz, apesar dos grandes esforços que vêm sendo desenvolvidos por vários laboratórios e pesquisadores, em especial de

brasileiros, argentinos, chilenos e, mais recentemente, os venezuelanos. Diversas drogas vêm sendo testadas em animais e algumas delas têm sido usadas no homem, mas nenhuma consegue suprimir a infecção pelo *T. cruzi* e promover uma cura definitiva em todos pacientes tratados (COSTA, 2014).

O tratamento específico (erradicação do parasito) e o tratamento sintomático (manejo de lesões e distúrbios produzidos pela parasitose) são considerados, sendo ambos igualmente importante na fase aguda e crônica da doença de Chagas (AMARANTE, 2011).

O tratamento etiológico deve ser realizado com o Benzonidazol. Esse fármaco apresenta efeitos adversos significativos, as dermatopatias por hipersensibilidade é o mais frequente. Outra opção é o nifurtimox, porém esta droga não está disponível comercialmente no Brasil (QUINTAS et al, 1996).

O tratamento do paciente é realizado frente aos sintomas pertinentes e busca por regressão do quadro clínico. Na fase aguda, antitérmicos e analgésicos são auxílios terapêuticos presentes associados ao repouso e dietas leves. Há possibilidades de uso de diuréticos e cardiotônicos nesse processo. Para casos de meningoencefalite com convulsões, anticonvulsivantes com moderação (ARRUDA, 2003).

Para a forma crônica indeterminada, revisão médica anual é a prioridade. Na forma crônica cardíaca atentar-se para o avanço das complicações associadas: cardiomiopatia dilatada e arritmias severas. Aqui o eletrocardiograma – ECG é o principal elemento diagnóstico (ARRUDA, 2003).

Para a forma crônica digestiva, são levantadas possibilidades terapêuticas por meio de cirurgias com abordagem diversas a nível de trato gastrointestinal – TGI ou iniciativas farmacológicas que auxiliam na deglutição como a nifedipina. O tratamento da colopatia chagásica restringe-se ao manejo clínico nas fases iniciais do processo e aqueles pacientes ainda sem indicação cirúrgica, ou com esta formalmente contra-indicada. Trata-se do uso de dietas anticonstipantes e ao uso atencioso de laxantes e lavagens intestinais (ARRUDA, 2003).

3.9 Profilaxia

A vacina é algo distante da realidade atual, mesmo com todo esforço da comunidade científica. Também não se recomenda uma ação sistemática contra os reservatórios naturais do *T. cruzi* (ARRUDA, 2003).

A medida mais utilizada e eficiente de controle tem sido aquelas dirigidas contra o inseto vetor e contra a transmissão transfusional, principalmente levado a cabo através de programas governamentais, podendo ainda citar o controle da doença congênita e a prevenção da transmissão por acidentes e transplantes. A prioridade básica tem sido o controle do vetor domiciliado, baseado em três pilares: combate químico, melhoria da habitação e educação sanitária. Os inseticidas constituem a medida isolada mais usada, aquela que apresenta o resultado mais rápido. Os inseticidas mais empregados possuem longa ação residual e são capazes de agir por contato, especialmente sobre o sistema nervoso do inseto (COSTA, 2014).

Outra medida é a melhoria da habitação, mais duradoura e transcendental que o inseticida, envolvendo outros aspectos de saúde e interessando muito mais a população. Estas medidas podem ser gerais, e passam pela melhoria da qualidade da água, destino adequado de lixo e dejetos, controle de vetores, higiene pessoal e alimentar. Tais orientações, no entanto, são muito amplas e impossíveis de serem aplicadas imediatamente em áreas extensas (ARRUDA, 2003).

Baseiam-se principalmente em medidas de controle ao "barbeiro", impedindo a sua proliferação nas moradias e em seus arredores. Além de medidas específicas, as atividades de educação em saúde, devem estar inseridas em todas as ações de controle, bem como, as medidas a serem tomadas pela população local, tais como: melhorar habitação, através de reboco e tamponamento de rachaduras e frestas; usar telas em portas e janelas; impedir a permanência de animais, como cachorro, gato, macaco e outros no interior da casa; evitar montes de lenhas, telhas ou outros entulhos no interior e arredor da casa; construir galinheiro, paiol, tulha, chiqueiro, depósito afastado das casas e mantê-los limpos; retirar ninhos de pássaros dos beirais das casas; manter limpeza periódica nas casas e em seus arredores; difundir junto aos amigos, parentes, vizinhos, os conhecimentos básicos sobre a doença, vetor e sobre as medidas preventivas (LANA; TAFURI, 2005).

3.10 Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Conforme a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, a SAE é a atividade privativa do enfermeiro, que norteia as atividades de toda a equipe de Enfermagem, constitui como um instrumento fundamental para a promoção da saúde, prevenção de doenças, organização das ações e para a continuidade dos cuidados prestados com o indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2007).

O processo de Enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, o método de solução dos problemas do paciente. Deve ser realizado em todas as instituições de saúde pública ou privado, de modo deliberativo e sistemático, baseando-se em um suporte teórico que oriente as etapas do processo (OLIVEIRA; EVANGELISTA, 2010).

É composto de cinco fases ou etapas que envolvem a identificação de problemas de saúde do cliente, que se complementam: investigação, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (ALFARO; LEFREVE, 2010).

Segundo Doenges, Moorhouse e Murr (2010), a investigação é dinâmica, organizada e incorpora três atividades: reunir sistematicamente, selecionar, organizar e documentar os dados em um formato recuperável. Os dados são colhidos através da entrevista com o cliente e o exame físico vai determinar o estado de saúde do paciente, identificando as necessidades, problemas, reações, preocupações, dados positivos, negativos e etiologia da doença.

Os Diagnósticos de enfermagem visam identificar as necessidades ou problemas do cliente, as respostas humanas relevantes e específicas do cliente, de modo que a assistência planejada e prestada seja eficaz. Os diagnósticos serão elaborados de acordo com os protocolos da instituição, sendo o mais utilizado no sistema de classificação, o North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e também os componentes estruturais que devem constar neste sistema (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

No Planejamento, o profissional determina os resultados esperados, de maneira específica e identificando as intervenções necessárias para alcançar os resultados, para que a meta proposta seja alcançada. Estabelecem as prioridades, a definição das metas, a identificação dos resultados esperados pelo cliente e a determinação das intervenções específicas de enfermagem, documentadas como o plano de cuidados (ALVIM, 2013).

As intervenções de enfermagem envolvem a execução do plano de cuidado, ou seja, a realização das intervenções determinadas na etapa do Planejamento de Enfermagem. O enfermeiro deve compreender porque realizar cada intervenção, bem como prever conseqüências. Além disso, deve certificar-se que as intervenções são compatíveis com o plano de cuidados estabelecido; se são executadas de forma apropriadas e segura; avaliadas quanto à eficácia e documentadas oportunamente (ALVIM, 2013).

A avaliação compreende o acompanhamento do progresso do paciente e avalia se obteve bons resultados. Essa avaliação é obtida através da observação, entrevista e revisões realizadas no prontuário do cliente (VIEIRA et al, 2015).

O enfermeiro necessita conhecer os problemas que o paciente está vivenciando, também conhecer as habilidades e capacidades exclusivas de raciocínio lógico,

desenvolvimento físico, equilíbrio emocional e melhor comunicação com o paciente durante suas intervenções, para desempenhar uma assistência sistemática (GONÇALVES, 2011).

Por isso a importância do enfermeiro compreender sobre Doença de Chagas, para qualificação permanente e atuação eficaz ao paciente internado com essa patologia. Busca-se assistência de qualidade, ajudando o doente nas complicações que possam aparecer diminuindo o adoecimento limitante de cada paciente.

Com isso, a doença de Chagas revela a necessidade de ações de educação em saúde, em especial realizadas pela Enfermagem, pois se torna imprescindível a abordagem do autocuidado e do repasse de informações sobre como lidar com as transformações ocorridas no corpo do paciente.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Para Marconi e Lakatos (2010), pesquisa é um procedimento formal e científico, que utiliza um método de pensamento reflexivo, para conhecer a realidade de um fato ou descobrir verdades parciais.

As pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de determinada população. Pretendem identificar possíveis relações ou associações entre variáveis, determinando a natureza dessas relações (GIL, 2010).

As pesquisas exploratórias, conforme Gil (2008), geralmente é aquela que proporcionam maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Na maioria dos casos, essas pesquisas envolvem um levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão do leitor.

A abordagem qualitativa, conforme comenta Minayo (2010), discorre a respeito do estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, CNPJ 08.241.754/0116, situado na Rua Antônio Vieira de Sá, no bairro Aeroporto, na cidade de Mossoró, no Estado do Rio Grande do Norte. O local foi escolhido por ser o hospital de referência da cidade e para toda Mesorregião Oeste Potiguar, que comporta setores com pacientes em regime de internação. A pesquisa foi realizada nos seguintes setores da instituição: Clínica Médica e Clínica Pediátrica, que comportam em seu cenário, possibilidades de adoecimento e acompanhamento terapêutico de pacientes com infecção chagásica estabelecida.

4.3 População e Amostra

População é qualquer conjunto de elementos que possuem determinadas características em comum. Já a amostra, é definida como o subconjunto de uma determinada população, ou seja, é a quantidade de indivíduos que será retirado da população para realizar o estudo em questão (MOURÃO JÚNIOR, 2009).

Tomando como base esses conceitos, a população do estudo foi composta por aquelas que atendam os seguintes critérios de inclusão: enfermeiro que trabalhe no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia (HRTM), que aceite participar voluntariamente da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e que trabalhem nos setores explorados pelo estudo, Clínica Médica e Clínica Pediátrica.

Os critérios de exclusão foram: não aceitar participar da pesquisa voluntariamente ou não assinar o TCLE, e ainda não possuir escala nominal para trabalho nos setores selecionados para a pesquisa. A amostra foi constituída por 10 enfermeiros escolhidos aleatoriamente, que contemplam na escala nominal carga horária de trabalho nas dependências da Clínica Médica e Pediátrica.

4.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi através de um roteiro de entrevista semiestruturada. As questões formuladas foram elaboradas, de modo que os resultados obtidos atendessem às necessidades do seu tema (GUERRA, 2006). Refletem a busca incessante de respostas relacionadas aos objetivos propostos no estudo.

Segundo Marconi; Lakatos (2007), a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante conversação de natureza profissional. Ainda de acordo com o mesmo autor, a entrevista semiestruturada é aquela em que as perguntas são abertas e fechadas e podem ser respondidas dentro de uma conversa informal. O entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente a questão.

4.5 Procedimento para Coleta de Dados

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada. Trata – se de uma entrevista que vai permitir análise de dados de forma qualitativa baseada na análise do

discurso de Bardin e assim evidenciar o entendimento do enfermeiro sobre a problemática da moléstia de Chagas em seu processo de trabalho nos setores do estudo.

Foi formalizada após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE. O projeto foi enviado ao CEP após aprovação deste pela banca examinadora no mês de fevereiro de 2017. O procedimento de coleta de dados inicia-se no período de maio de 2017.

Os usuários participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, qual seu objetivo e sobre a importância da preservação do seu anonimato, respeitando os preceitos éticos e legais que constam na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, Nº466/2012 (BRASIL, 2012).

O local das entrevistas foi no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, onde cada um foi entrevistado em um ambiente tranquilo e livre de interrupções. O pesquisador estabeleceu uma conversa amistosa, explicando a finalidade da pesquisa, seu objetivo, relevância e ressaltar a necessidade de sua colaboração.

Na coleta de dados da entrevista, os enfermeiros responderam as perguntas verbalmente, onde sua fala será gravada em um aparelho de mp3 para que, posteriormente, o pesquisador possa transcrever suas falas e realizar a análise de dados.

4.6 Análise de dados

Conforme Minayo (2010), análise de dados diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

As informações analisadas, interpretadas e geradas por uma pesquisa qualitativa devem caminhar na perspectiva do homogêneo quanto no que se diferencia dentro de um meio social (MINAYO, 2010).

Para análise das informações qualitativas, será empregado o método da Análise de Conteúdo, que Bardin (2010, p. 44), conceitua como sendo:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa fundamentada na descrição objetiva, sistemática e qualitativa, permitindo que o analista infira sobre dados de um determinado contexto. Assim, a análise de conteúdo consiste em explicar as idéias das mensagens ou expressão destas, onde o analista criará categorias para analisar as falas em questão dos sujeitos participantes da pesquisa, visando buscar a resolutividade do problema, almejando a fundamentação na sua interpretação final (BARDIN, 2010).

4.7 Aspectos Éticos

O presente estudo foi realizado dentro dos preceitos éticos e bioéticos relacionados à pesquisa com seres humanos, onde é assegurada de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466 de dezembro de 2012, na qual retrata a importância da assinatura do TCLE pelos sujeitos participantes da pesquisa, onde a partir desta, a pesquisa poderá ser iniciada. A Resolução do COFEN nº 311/2007 que discorre sobre a importância da interrupção da pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e a integridade da pessoa (BRASIL, 2012; COFEN, 2007). Também é realizada conforme o protocolo institucional, que deverá ser aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE.

A pesquisa atendeu aos preceitos: a) seguridade da beneficência, respeitando a relação risco-benefício, considerando os riscos e benefícios atuais ou potenciais, individuais ou coletivos; b) a previsão da não maleficência, garantindo que riscos previstos serão evitados, promovendo o máximo de benefícios e, em situação de ocorrências, oferecendo indenização e/ou compensação; c) respeito à autonomia do sujeito, preservando sua dignidade e considerando sua vulnerabilidade e d) intenção de promover a justiça e a equidade, agregando força à relevância social da pesquisa e promovendo benefícios salutar para os sujeitos envolvidos no estudo (REGO; PALÁCIOS, 2012).

O presente estudo também informou aos entrevistados que a pesquisa poderá apresentar risco de caráter mínimo, como, por exemplo, possível desconforto ou constrangimento durante a entrevista gravada, entretanto os benefícios superam os malefícios, visto que, o estudo apresentará como benefício analisar o entendimento do enfermeiro sobre a doença de Chagas em pacientes internados, e assim refletir e propor práticas relacionadas ao processo de trabalho.

Foi encaminhada à instituição pesquisada (HRTM – Hospital Regional Tarcísio Maia) a carta de anuência que possibilita o esclarecimento e solicitação de autorização/permissão para o estudo aqui caracterizado, que segue em apêndice.

4.8 Financiamento

Todas as despesas geradas no decorrer desta pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador associado. A FACENE se responsabilizou em disponibilizar as referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como o orientador e banca examinadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentadas as informações obtidas pela coleta de dados e suas discussões, onde estarão os dados relacionados à compreensão do enfermeiro sobre a doença de Chagas, analisadas qualitativamente, através do método da Análise de Conteúdo de Bardin.

5.1 Análise dos dados qualitativos

A compreensão dos enfermeiros sobre a Doença de Chagas em pacientes hospitalizados no HRTM será apresentada por meio das seguintes categorias: O conhecimento dos enfermeiros sobre a doença de Chagas, forma de transmissão e manifestações clínicas; complicações da Doença de Chagas no setor hospitalar; atividades realizadas e dificuldades relacionadas à assistência de enfermagem em paciente chagásico e a SAE como componente do trabalho do enfermeiro.

Por meio das categorias apresentadas foi desempenhada a análise dos dados e as considerações acerca das informações contidas nas falas das entrevistadas, opinião do pesquisador e a discussão da literatura consultada.

5.1.1 O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A DOENÇA DE CHAGAS, FORMA DE TRANSMISSÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A doença de Chagas é uma infecção causada pelo *Trypanosoma cruzi*, um protozoário cujo ciclo biológico apresenta três fases: amastigota, epimastigota e tripomastigota, e se desenvolve alternadamente em mamíferos de várias classes e inseto vetor, conhecido como barbeiro. Também pode ser considerada uma antroponose resultante das alterações produzidas pelo ser humano no meio ambiente e das desigualdades econômicas (MAGALHÃES, 2010).

Segundo Carvalho (2013), o triominae é uma subfamília de insetos da família Reduviidae. Várias espécies desta subfamília atuam como vetores na transmissão da doença de Chagas. Os triatomíneos são chamados popularmente, no Brasil, de barbeiro, chupão, furão, bicudo, percevejo, mas passaram a ser conhecidos por barbeiros devido ao hábito de picar na face dos seres humanos durante o alimento sanguíneo.

Apenas três participantes apontaram o *Trypanosoma cruzi* como o agente causal da Doença de Chagas. A maioria dos enfermeiros apontou o barbeiro e o triatomíneo como

agente etiológico da doença e apresentaram explicações semelhantes para a sua transmissão, como mostra nos depoimentos:

“O barbeiro é o transmissor da doença.” Entrevistado 7.

“É um barbeiro que pica o homem, transmitindo assim a doença.” Entrevistado 6.

“O barbeiro é infectado pelo triatomíneo e assim ao picar o homem na face transmite a doença.” Entrevistado 5.

“A doença de chagas é uma infecção parasitária que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. É causada pelo protozoário Trypanossoma cruzi, e pode ser transmitida por diversas vias, só que a mais comum é pelo inseto, barbeiro. Mais existe a oral, vertical, entre muitas outras”. Entrevistado 10.

Necessita-se de maior aprofundamento quanto ao conhecimento sobre a doença de chagas, pois por ser endêmica em apenas algumas partes do país, os meios de comunicação e o próprio Ministério da Saúde poderia tratar dessa temática com maior ênfase necessária, deixando a população sem as informações (OLIVEIRA; LISBOA, 2009).

Igualmente aos profissionais de saúde, onde muitos ainda são leigos na patologia, onde nas entrevistas deixou necessidade de maiores informações em geral sobre o tema, e também sobre as atividades realizadas no portador chagásico. Como mostra nos depoimentos a seguir:

“Vixi. Faz tanto tempo que estudei isso, que não lembro mais. Mas acho que seja por mosquitos”. Entrevistado 2

“Pra ser sincera, não lembro muito bem. Aqui no setor mal tem casos de chagas, então é um assunto que eu não busquei me aprofundar mais”. Entrevistado 8.

Com isso, a doença de chagas revela a necessidade de ações de educação em saúde, em especial realizadas pela Enfermagem, pois se torna imprescindível o repasse de informações sobre como lidar com as transformações ocorridas no corpo do paciente para que este consiga compreendê-las e monitorá-las, resultando numa melhora da qualidade de vida. Pois como sabemos, como qualquer outra doença, a doença de chagas ela tem suas complicações, então é importante entendê-las e conhecê-las para melhor tratar.

O principal mecanismo de transmissão do *T. cruzi* é por meio das fezes dos triatomíneos hematófagos contaminadas pelos parasitas (LISBOA; NASCIMENTO, 2011). A transmissão oral se dá por ingestão do parasita, como mencionado, é o resultado da ingestão de alimentos contaminados com material fecal dos barbeiros contendo os parasitas. Outras

possíveis situações são a contaminação dos utensílios usados na preparação de alimentos, que se armazenados de forma incorreta, podem ficar expostos aos próprios barbeiros ou a baratas e moscas que entraram em contato previamente com fezes de barbeiros contaminados (CARVALHO, 2013).

Os principais mecanismos pelos quais o homem adquire o *T. cruzi* incluem as seguintes vias de transmissão: vetorial, transfusional, congênita, oral, por transplantes de órgãos e acidental. Foi mencionada apenas duas, vetorial e oral. A grande maioria dos entrevistados reconheceu a relação entre a picada de o barbeiro ser a única forma de transmissão da doença, como mostra a seguir:

“O barbeiro é o único transmissor da doença, e o único meio de se transmitir a contaminação.” Entrevistado 3.

“Já ouvi falar em outros meios de transmissão, porém não lembro muito bem. Então a única forma que conheço mesmo é através da picada do mosquito.” Entrevistado 4.

“Tem a transmissão oral e vertical, que são as mais comuns e outras mais não lembro. A oral é uma das mais comuns, que é por alimento contaminado. E a vetorial que é pelas fezes eliminadas pelo inseto na hora da picada.” Entrevistada 1.

Após a entrada do parasito no organismo podem ocorrer duas etapas na infecção humana pelo *T. cruzi*, a fase aguda e a fase crônica. A maioria dos enfermeiros mencionou que a Doença de Chagas é causa de cardiopatias, insuficiência cardíaca, aumento da área cardíaca, alterações no baço e fígado. Segundo Teixeira et al (2016), do ponto de vista epidemiológico, as alterações cardíacas são os principais impactos médico-sociais dessa doença, responsáveis pela mortalidade e por problemas individuais e sociais.

Apenas um dos entrevistados mencionou os quatro formas da fase crônica da doença, que são as formas cardíacas, digestivas, indeterminada e cardiodigestiva. Como mostra nas falas a seguir:

“Edema, dispnéia, aumento da área cardíaca.” Entrevistado 4.

“Insuficiência cardíaca.” Entrevistado 3.

“Conheço muitos sinais e sintomas, e como muitas doenças existe sua fase aguda e a crônica. Na aguda vai ter sintomas mais sistêmicos, como febre, aumento do fígado e do baço, inflamação na epiderme. Ops, não lembro se esse aumento do fígado e baço se entra na fase aguda e crônica. Na fase crônica, existe em quatro etapas, cardíaca,

digestiva, indeterminada e a junção da cardíaca e da digestiva. Sei sobre isso por alto, não sei explicar (risos).” Entrevistada 1.

“Não conheço muito os sinais e sintomas específicos desta doença. Mais sei que ela como qualquer outra é muito perigosa.” Entrevistado 9.

O depoimento desses entrevistados elucida a importância de uma capacitação específica relacionada à doença de Chagas, para que o enfermeiro possa compreender melhor sobre essa patologia, para uma qualificação permanente e uma atuação eficaz ao paciente internado. Busca-se assistência de qualidade, ajudando o doente nas complicações que possam aparecer diminuindo o adoecimento limitante de cada paciente. E para isso é necessário um embasamento, pois além desta doença ser de forma também assintomática, várias sinais e sintomas podem ser confundidos, então é importante saber diferenciar as patologias, as causas, os sinais e sintomas e as possíveis complicações que possam aparecer para se ter uma assistência de qualidade.

5.1.2 COMPLICAÇÕES DA DOENÇA DE CHAGAS NO SETOR HOSPITALAR

Quando o assunto é qualquer tipo de doença ou mal que possa estabelecer doença no ser humano, o primordial é a prevenção, e para tanto é necessário que haja um entendimento a respeito de como tal patologia pode gerar problemas diversos, ou seja, para se prevenir de qualquer doença, inicialmente deve-se conhecê-la e assim realizar suas intervenções.

A doença de Chagas, geralmente passa imperceptível na fase aguda e quando o portador toma conhecimento que se encontra infectado pelo parasita, a doença já está na fase crônica. Pois a fase aguda tem sinais e sintomas quase sempre inespecíficos e que podem se apresentar de forma assintomática. E quando ultrapassada a fase inicial da doença, passa um longo período assintomático, sem evidências de complicações (OLIVEIRA, et al, 2010).

Como qualquer outra doença, ela também apresenta complicações. Se a doença avança para a fase crônica, sérias complicações cardíacas ou digestivas podem ocorrer. Estes podem incluir: insuficiência cardíaca, megaesôfago (alargamento do esôfago), megacólon (alargamento do cólon), meningites, encefalite, e uma das complicações mais graves que é a cardiopatia chagásica (ARRUDA, 2003).

Conhecer, saber identificar essas complicações e saber intervir sobre elas, é muito importante para poder ajudar na melhora do seu paciente. Muitos profissionais conheceme já

vivenciaram essas complicações e sabem reconhecer, identificá-las e à importância de se ter embasamento científico. Essas falas podem ser observadas nos depoimentos:

“Sabemos que para uma melhor assistência ao paciente, precisamos saber o que e como vamos agir de acordo a melhora ou piora do paciente. Então é importante conhecer sobre a doença, não somente ao fundo, mais saber algo. Não sei todas as complicações, mais conheço algumas, que é o que já presenciei. Algumas como, cardiopatia chagásica, edema nos MMII, sinal de Romanã, alterações cardíacas, arritmias e insuficiência cardíaca, alterações gastrintestinais, infarto, febre.” Entrevistado 10.

“Complicações como cardiopatia, edema, insuficiência cardíaca, fraqueza muscular, arritmia, trombose e não lembro muito bem mais acho que teve um caso com hipertrofia muscular.” Entrevistado 1.

“Bradycardia, febre, constipação intestinal, HAS, desnutrição, anemia, edema de MMII, dispnéia, Insuficiência cardíaca.” Entrevistado 5.

“Paciente com área cardíaca aumentada, com desconforto.” Entrevistada 2.

Como também tem profissionais que nunca vivenciaram casos de pacientes internados com essa doença em seu setor, porém mesmo assim, eles entendem sobre a doença, como mostra a seguir:

“Pra ser sincera, nunca vivenciei casos de doença de chagas aqui no setor, porém eu sempre busco se aprimorar nesses assuntos. Pois conhecimento nunca é demais. E nunca sabemos quando iremos pegar casos assim né (risos). Então apesar de saber algumas ou as maiorias das complicações, eu nunca presenciei nenhuma no meu setor hospitalar.” Entrevistado 9.

“No meu setor ainda não apareceu algum paciente chagásico para eu tratar, e é interessante que eu realmente não conheço as complicações dessa doença (risos). Então irei procurar mais sobre o assunto.” Entrevistado 2.

Esses depoimentos vêm demonstrar a importância da equipe de saúde, em especial do enfermeiro, no manejo clínico chagásico, particularmente das formas cardíacas, pois quando

bem conduzido e iniciado precocemente, pode resultar na elevação da expectativa de sobrevivência desse paciente (OLIVEIRA, et al, 2010).

Por isso é relevante sempre buscar conhecimento, para que, quando se deparar com casos assim, saber como tratar, intervir e evitar tal agravamento, e principalmente atuar de forma eficaz ao paciente internado com essa patologia. Buscando-se assistência de qualidade, ajudando o doente nas complicações que possam aparecer diminuindo o adoecimento limitante de cada paciente.

5.1.3 ATIVIDADES REALIZADAS E DIFICULDADES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE CHAGÁSICO

O conhecimento e a tomada de atitude do profissional de saúde com relação à assistência prestada ao paciente infectado pelo *T. cruzi* não podem ser rejeitados, devem ser tratados como qualquer outra enfermidade. A fim de tornar efetiva a relação de ajuda, o enfermeiro deve comprometer-se com o paciente, interessando-se por ele, por seus pensamentos, sua situação de vida, seu sofrimento e estar disposto a ajudá-lo a encontrar respostas ou saídas para situações possíveis de ser resolvido, como também tornar-se capaz de apoiar-lo naquelas situações que não podem ser modificadas (FANES; MAFTUM, 2002), a exemplo do portador de doença de Chagas, já que até o momento não se vislumbra possibilidade de cura, o que, no entanto, não inviabiliza o compromisso de buscar formas de tornar melhor o viver dessas pessoas.

Como o enfermeiro é o profissional que passa o maior tempo com o paciente internado, então ele deve estar apto para dar um atendimento de qualidade ao mesmo, e de intervir e assim evitar outras possíveis complicações. O enfermeiro ele é responsável pelo cuidado sistematizado desde a entrada do paciente até a alta (SANCHO; TAVARES; LAGO, 2013).

Visto que a SAE é muito importante, e pouco utilizada corretamente de passo a passo, vimos que os enfermeiros eles fazem de tudo para tratar o paciente da melhor forma, realizando atividades no paciente chagásico, fazendo com que ele tenha um melhor atendimento e recuperação, como assim mostra nos depoimentos abaixo, onde eles dão uma assistência de qualidade e humanizada:

“Eu realizado a SAE, faço todas as etapas, e depois dependendo das respostas, faço minha intervenção. Mais como todo começo, verifico os sinais vitais, administrar os medicamentos prescritos, e avaliar

seus efeitos benéficos e deletérios para o paciente, avaliar a eficácia da terapia farmacológica, da um apoio psicológico, explicar e tirar dúvidas do paciente sobre sua doença, supro O² caso necessário, prestar atenção nos sinais e sintomas e nas complicações que possam surgir, para daí criamos uma intervenção, para intervir, fazendo com o que o paciente se recupere mais rápido. E lembrando sempre, da empatia, se colocando sempre no lugar do próximo, e sempre tratar o paciente de forma humanizada.” Entrevistado 10.

“Verificação e monitorização de Sinais vitais, apoio psicológico, atenção aos sintomas digestivos, cardíacos e neurológicos, supro O², medicação prescrita, ajudar na deambulação (se necessário), incentivo ao repouso no leito (se necessário).” Entrevistado 1.

“Depende do quadro geral do paciente, mais damos todo o suporte necessário para ajudar ao paciente. Dês da monitorização dos sinais vitais, aos cuidados mais drásticos.” Entrevistado 5.

“Nunca vivenciei nesse setor um paciente com doença de Chagas, porém, eu sei como agir frente a isso, sei suas complicações, sei como intervir nelas, e sei como fazer com o que paciente tenha todo um suporte e apoio, não somente físico, mas psicológico. Pois sei que essa doença, principalmente quando se encontra na fase crônica, ela meche demais com a cabeça do mesmo.” Entrevistado 2.

A assistência de enfermagem é o ponto crucial na qualidade de vida destes, visto que se tem o maior contato com o paciente chagásico. Então o profissional ele tem que sempre está à frente desses casos, prestando sempre um atendimento visando sempre à particularidade de cada um, realizando as atividades de acordo com as necessidades. E essas atividades são realmente bem realizadas, fazendo sempre com que o paciente ele esteja a melhorar.

Na atualidade, o movimento em busca da prestação de assistência em saúde com qualidade e segurança está na linha de frente das discussões políticas e constitui-se grande desafio para a sociedade. Pois é necessária para uma cultura de qualidade e segurança uma política institucional que abranja todas as fases do cuidado ao paciente e as diversas equipes multidisciplinares. Nesse contexto encontram-se as instituições de saúde com suas inúmeras dificuldades relacionadas aos recursos físicos, matérias e humanos (COELHO, [201-]).

Como todo setor, existe dificuldades nos fluxos de pessoal, pacientes e material comprometendo a qualidade da assistência à saúde e a segurança do paciente bem como a

satisfação dos profissionais da equipe de trabalho (COELHO, [201-]). A escassez de recursos materiais e de equipamentos necessários para a execução das ações leva-nos às vezes, a desconsiderar os protocolos ao realizarmos o atendimento implicando em riscos para o cliente, a instituição e para o profissional. Como mostra nos depoimentos:

“Existe bastante dificuldade, pois tem a falta de recursos humanos e de equipamentos.” Entrevistado 8.

“Sim, existe dificuldade nos equipamentos, onde muitas vezes precisamos e por falta acabamos não fazendo o procedimento correto.” Entrevistado 7.

“Infelizmente sempre há dificuldades, seja às vezes na falta de equipamento, como também na comunicação da equipe de trabalho, como no paciente que às vezes não colabora. E quase sempre tem algo que atrapalhe nosso atendimento. Sempre faço de forma bem humana possível, sempre converso com o paciente, tiro dúvidas, explico os procedimentos, sempre faço tudo pelo protocolo, faço tudo para ter uma assistência de qualidade e ter um bom final depois com a qualidade da melhoria do paciente.” Entrevistado 10.

Sendo assim, é importante enfatizar que essa assistência não se restringe apenas a operação de métodos e procedimentos técnicos, mas sim também da sistematização da assistência de enfermagem, do atendimento humanizado a cliente atendendo prioritariamente com nossa capacidade de amor e carinho ao próximo como a mais bela herança desse mundo.

É importante que além do cuidado humanizado com o paciente, tem que ter empatia com o mesmo, ou seja, se colocar no lugar do outro, tentando compreender sentimentos e emoções, procurando experimentar de forma objetiva e racional o que sente a outra pessoa. A empatia leva as pessoas a ajudarem umas às outras, tratando sempre o próximo de forma humanizada, e servindo sempre o melhor cuidado, a melhor assistência.

5.1.4 A SAE COMO COMPONENTE DO TRABALHO DO ENFERMEIRO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é de fundamental importância para um serviço de saúde, pois proporciona uma assistência planejada e organizada, refletindo na melhoria da saúde dos pacientes, com base na integralidade da atenção. É uma atividade que possibilita ao enfermeiro a utilização de métodos e estratégias que os permitem identificar as situações de saúde/doença, gerando subsídios para ações na promoção, prevenção e

reabilitação da saúde do indivíduo, sua família e da comunidade na qual se insere (OLIVEIRA; LISBOA, 2009).

A SAE engloba etapas que devem ser seguidas para garantir a qualidade da assistência. No caso da assistência ao paciente portador de Doença de Chagas é de crucial importância que nenhuma etapa seja realizada de maneira errônea, pois quanto mais fidedignas a avaliação, melhor (NASCIMENTO et al, 2008).

A avaliação compreende o acompanhamento do progresso do paciente e avalia se obteve bons resultados. Essa avaliação é obtida através da observação, entrevista e revisões realizadas no prontuário do cliente (VIEIRA et al, 2015).

O enfermeiro necessita conhecer os problemas que o paciente está vivenciando para desempenhar uma assistência sistemática. Essa assistência pode ser definida pelo cuidar que implica em colocar-se no lugar do outro, com o intuito de proteger, promover e preservar a saúde, fornecendo ao outro a capacidade de autoconhecimento e controle o sentido de harmonia interna. É possível o enfermeiro proporcionar atenção abrangente aos pacientes internados durante as intercorrências e complicações que possa surgir, através da SAE (CABRAL; MEDEIROS; SANTOS, 2011).

Quando questionados sobre a utilização da SAE, notou-se uma minoria, visto que de 10 entrevistados, apenas 03 fazem sua utilização, como mostra nos depoimentos a seguir:

“Como você sabe, o trabalho do enfermeiro é bastante puxado, não vou mentir dizendo que sempre sigo passo a passo, ou que sempre faço todas essas etapas, porém tento sempre fazer. Pois sei do tamanho da importância que isso tem.” Entrevistado 10.

“Muito difícil eu utilizar, pois falta tempo. O serviço aqui é muito puxado. Mais quando não tem muita internação da pra fazer tranquilo toda essa assistência, passo a passo.” Entrevistado 1.

“Sei da importância que a SAE tem por isso tento sempre estar fazendo ela. Sei que o tempo é puxado, é pouco. Mais sabemos também da necessidade de uma assistência de qualidade, correta, então, não vou dizer que sempre uso, mais a maioria das vezes eu utilizo sim a SAE nos atendimentos.” Entrevistado 5.

É nessa perspectiva que se entende que alguns enfermeiros têm a possibilidade de exercer a função assistencial das pessoas portadores da Doença de Chagas. Entende-se que o cuidado sistemático do enfermeiro a esses pacientes, oferecendo orientações fundamentadas

no conhecimento da patologia, é capaz de amenizar os efeitos adversos do paciente chagásico crônico.

Nesse sentido, considera-se a possibilidade de delinear ao enfermeiro, ações capazes de melhorar o estilo de vida dessas pessoas. Cabe a esse profissional, como educador da saúde, incentivar os portadores chagásicos a manter hábitos saudáveis, para conseguir um melhor equilíbrio no seu bem-estar. Igualmente, ao controlar de forma constante os desconfortos ocasionados pela doença, o enfermeiro pode oportunizar um bem estar melhor ao seu paciente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cada conteúdo proporciona um novo ponto de vista sobre a dinamicidade dessa doença, um tema que apresenta uma diversidade de idéias, pois está inserido em questões culturais, sociais e econômicas de variadas sociedades, e em diferentes épocas da história humana, o que torna constante a reconstrução desse saber.

A pesquisa teve como objetivo analisar o entendimento do enfermeiro assistencial sobre a doença de chagas em pacientes internados em um Hospital Regional do Estado do Rio Grande do Norte. E os objetivos deste trabalho foram alcançados.

Conforme os resultados obtidos, a hipótese foi confirmada, visto que percebe-se ainda o relativo distanciamento desse profissional com a capacidade de resolução de demandas proporcionadas por doentes chagásicos. Notando-se assim a necessidade de aprofundamento dos cuidados necessários para abordagem ao paciente chagásico por parte do enfermeiro, utilizando aqui os fundamentos estabelecidos pela SAE. Apesar de todas essas dificuldades, muitos profissionais de enfermagem encontram meios para estabelecer vínculo com os pacientes de forma a detectar e intervir frente às necessidades, dando uma assistência eficaz, transmitindo assim uma segurança maior para os pacientes.

Essa diferença se traduziu nas atitudes dos enfermeiros durante o manejo, em que muitos profissionais de saúde entendiam sobre a patologia, sempre buscando inovar seus conhecimentos sobre o mesmo e sobre outras doenças presentes no setor. Como visto na análise de dados, muitos enfermeiros eles realmente compreendem sobre a doença, sabem suas formas de transmissão, seus sinais e sintomas, suas complicações. Muitos enfermeiros eles prestam uma assistência ao portador chagásico de qualidade, por mais que existam diversas dificuldades, mas mesmo assim eles fazem um bom atendimento e têm um bom embasamento sobre a doença.

Verificou-se que a partir do momento em que há um embasamento sobre a doença, conseqüentemente há uma assistência humanizada e de qualidade. Visto que, é necessário entender sobre do que se trata, para saber intervir e prevenir os agravos, as complicações surgidas. Por isso é importante que o enfermeiro busque o desenvolvimento intelectual que colabore com uma assistência de qualidade, alcançado com aperfeiçoamentos na área.

Portanto, o presente estudo colabora significativamente com a formação acadêmica, pôde contribuir para compreender a importância de sempre está se atualizado nos conteúdos, como também a importância de se entender sobre diversas patologias para se ter uma assistência de qualidade.

Diante da percepção de que o enfermeiro além de colaborar para a melhor qualidade de vida do paciente, este profissional possui um papel muito mais amplo, atuando tanto na assistência, como na informação a transmitir, devido ao tempo que estão em contato com os pacientes, criando um clima de segurança que os faz sentir muito mais à vontade para exporem os seus problemas e suas dúvidas e, assim, obterem as informações que procuram.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 7.ed. PortoAlegre: Artmed, 2010.
- ALVIM, André Luiz Silva. O processo de Enfermagem e suas cinco etapas. **Enferm. Foco**, v.4, n.2, p.140-141, 2013.
- AMARANTE, Jerusa Fernandes de. **Fisiopatogenia e métodos de diagnóstico laboratorial da doença de chagas**. Monografia – Análises Clínicas e Gestão de laboratório, Universidade do Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2011.
- ANDRADE, J. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Latino-Americana para o Diagnóstico e tratamento da cardiopatia chagásica. **Arq. BrasCardiol**, 97 (2 supl. 3), p.1-48, 2011.
- APT, W.; REYNES, H. **Aspectos epidemiológicos de La enfermedad de Chagas en Chile**. *Parasitol Dia*, v. 10, p. 129-133, 1986.
- ARAUJO, Sandra Maura Martins de. Doença das Chagas. **News: Artigos Cetrus**. 52ed. 2014.
- ARRUDA, Ives da Cunha. **Doença de Chagas**.2003. 32f. Monografia – Centro universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde Licenciatura em Ciências Biológicas, Brasília, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed.70. Lisboa, Portugal, LDA, 2010.
- BARRETO, Márcio Adriano Fernandes. **Investigação dos determinantes da infecção chagásica gestacional em Severiano Melo - RN, Brasil**. Monografia (Curso de Enfermagem). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mestrado Acadêmico em Saúde e Sociedade. Mossoró, 2015.
- BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lilian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente Crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm**, v.4, n.15, p.617-628, 2006.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS 466/2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 de dezembro de 2012. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Entomologia, Roedores e Esquistossomose**. Montes Claros – MG, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença de Chagas**. Brasília – DF, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doenca-de-chagas> Acesso em: 24 nov. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Infeciosas e Parasitárias**. 7.ed. Brasília, 2008.

BRITO, C.R.N.; SAMPAIO, G.H.F.; CÂMARA, A.C.J.; NUNES, D.F.; AZEVEDO, P.R.M.; GALVÃO, L.M.C. Soro epidemiologia da infecção pelo *trypanosoma cruzi* na zona rural do semiárido do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, v45, p.346-352, maio-junho, 2012.

CABRAL, Rômulo Wanderley de Lima; MEDEIROS, Ana Lúcia de; SANTOS, Sérgio Ribeiro. Assistência de Enfermagem à Mulher no Período Puerperal: proposta de sistematização. In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTETRICA E NEONATAL. 2011. Minas Gerais. *Anais...* Minas Gerais: abenfo, 2011. p.2615-2634.

CARVALHO, Aline Adne Araújo de. **Doença de Chagas e seus Vetores sob o Olhar de Agentes Comunitários de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia**. Monografia (Curso de Enfermagem), Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2013.

COLOSIO, Renata Cappellazzo. Conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas entre profissionais de saúde – Paraná, Brasil. **CiencCuidSaude**, v.2, n.6, p.355-363, 2007.

COELHO, Maria Alice. A Enfermagem: principais dificuldades na prática e o caminho a ser seguido. [201-]. Monografia (Administração Hospitalar e direito processual civil), Universidade Federal de Goiás, [201-].

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 311/07. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2007.

CORRÊA, A.D.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **Histórico**. In: SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. *Moléstia de Chagas*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996.

COSTA, M., et al. **Doença de Chagas: uma revisão bibliográfica**, 2011.

COSTA, Kamilla Queiroga da. **Avaliação Soroepidemiológica da Doença de Chagas no Município de Santo André-PB**. 2014. Monografia (Ciências da Saúde), Universidade Federal da Paraíba, Centro de ciência da saúde. João Pessoa, 2014.

COURA, J.R., DIAS, J.C.P. **Epidemiologia, controle e vigilância da doença de Chagas - 100 anos após a sua descoberta**, 2009.

DIAS, João Carlos Pinto, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2005. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.25, p.7-86, Brasília, 2016.

DIAS, João Carlos Pinto; AMATO-NETO, Vicente. Prevenção referente às modalidades alternativas de transmissão do *trypanosoma cruzi* no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v.44n.2, 2011.

DOENGES, M.E; MOORHOUSE, M.F; MURR, A.C. **Diagnósticos de enfermagem: intervenções, prioridades, fundamentos**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2010. 184 p

GONÇALVES, Rejane Maria Dias de Abreu. A comunicação verbal enfermeiro-paciente no Peri operatório de cirurgia cardíaca. **CiencCuidSaude**, v.10, n.1, 2011.

GUERRA, Isabel Carvalho. **Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: sentidos e formas de uso**. Portugal: Principia, 2006.

GUHL, F. et al. **Chagas disease and human migration**. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 95, n. 4, p. 553- 555, 2000.

KASHIWABARA, Yoriko Bacelar, et al. Doença de Chagas: Revisão de Literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v.4, n.3, p.49-52, 2013.

KROPF, S.P. et al. **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, ago. 2000.

LANA, Marta de; TAFURI, Washington Luis. **Parasitologia Humana**. 11.ed., 2005.

LISBOA, André de Souza. NASCIMENTO, Rodolfo Duarte. **Doença de Chagas: aspectos clínicos e programas de combate**. 2011. Monografia (Pós-Graduação em Vigilância Sanitária), Universidade Católica de Goiás, 2011.

MAGALHÃES, Belisa Maria Lopes. **Prevalência sorológica da infecção chagásica em áreas rurais da Amazônia ocidental brasileira**. 2010. Monografia (Pós-Graduação em Medicina Tropical), Universidade do Estado do Amazonas, Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Manaus, 2010.

MALAFAIA, Guilherme; RODRIGUES, Aline Sueli de Lima. Centenário do descobrimento da doença de Chagas: desafios e perspectivas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v.43 n.5, 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas. 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª edição. São Paulo: Atlas S.A., 2010. 297 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, Ana Carolina Borges, et al. Doença de chagas: uma enfermidade descoberta por um brasileiro. **Saúde em foco**, n.7, 2015.

MORETTI, Isabele Fattori. **Atualidades sobre a doença de Chagas, com ênfase nas possíveis causas da cardiomiopatia crônica**. 2012. Monografia (licenciatura e bacharelado – Ciências Biológicas), Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências. Rio Claro, 2012.

MOURÃO JÚNIOR, Carlos Alberto. Questões Em Bioestatística: O Tamanho da Amostra. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, v. 1, n. 1, p. 26-28, 2009.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do, et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. EscEnferm USP**, v.4, n.42, p.643-648, 2008.

OLIVEIRA, Leila Maria de; EVANGELISTA, Renata Alessandra. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): excelência no cuidado. **Revista do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Extensão do UNIPAM**, Patos de Minas, n. 7, v. 1, p. 83-88, 2010.

OLIVEIRA, Dayse Anne Dutra de; LISBOA, Tatianne Bezerra. Autocuidado de Pacientes com Doença de Chagas: um enfoque educativo. **R Brás ci Saúde**, v.2, n.13, p.97-102, 2009.

OLIVEIRA, Angélica Porto de, et al. O viver do portador chagásico crônico: possibilidades de ações do enfermeiro para uma vida saudável. **Rev Gaúcha Enferm**, v.3, n.31, p.491-498, 2010.

PARENTI, F. et al. **Chronostratigraphie des gisements archéologiques et paléontologiques de São Raimundo Nonato (Piauí, Brasil): contribution a la connaissance du peuplement pléistocène de l'Amérique**. *Actes du Colloque C 14 Archéologie*, p. 327-332, 1998

PEDRA, Renata de Abreu, et al. Desafio em Saúde Pública: tratamento etiológico da doença de chagas na fase crônica. **Rev. Fac. Ciênc. Med.** v.13, n.2, p.5-9, 2011.

PORTELA-LINDOSO, Ana Angélica Bulcão. SHIKANAI-YASUDA, Maria Aparecida. Doença de Chagas crônica: do xenodiagnóstico e hemocultura à reação em cadeia da polimerase. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.1, p.107-115, 2003.

PINHEIRO, Evelyn Albertini et al. Aplicação da tomografia computadorizada na meningoencefalite chagásica em portadores de hiv. I CONGRESSO MULTIPROFISSIONAL DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SÃO PAULO, 2016, São Paulo. Anais. 10 a 15 de outubro, 2016.

QUINTAS, L.E.M. et al. Tratamento. In: SIQUEIRA-BATISTA, R.; CORRÊA, A. D.; HUGGINS, D.W. *Moléstia de Chagas*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1996.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. (org). Comitês de Ética em Pesquisa: teoria e prática. Rio de Janeiro: 328p, 2012.

SANCHO, Priscylla Oliveira Sena; TAVARES, Rafaelle Pereira; LAGO, Cristiana da Costa Libório. Assistência de Enfermagem frente às principais complicações. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v.1, n.2, p.169-183, 2013.

SILVA, Andrea Soares de; CUNHA, Isabel Cristina KowalOlm; OKASAKI, Egle de Lourdes Jardim. Humanização do Parto: o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia. **Rev. Enferm. UNISA**, v.2, p.18-21, 2001.

SILVEIRA, A.C.; SILVA, G.R.; PRATA, A. O inquérito de soroprevalência da infecção chagásica humana (1975-1980). **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**, Minas Gerais, v.44, p. 33-39.2011.

SIQUEIRA-BATISTA, R. **Deuses e homens. Mito, filosofia e medicina na Grécia Antiga**. São Paulo: Landy, 2003.

SOUSA, MaressaLaise Reginaldo de. **Indicadores ambientais para doença de chagas no meio rural do município de Mossoró, rio grande do norte**. Monografia (pós-graduação em ambiente, tecnologia e sociedade), Universidade Federal Rural do Semi-Árido, Mossoró, 2015.

SOUZA, Dilma do Socorro Moraes de; MONTEIRO, Maria Rita de Cassia Costa. **Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e seguimento ambulatorial de portadores de doença de chagas**. 1.ed. Belém, 2013.

TEXEIRA, Lucileide Ramos. **Novas abordagens para a terapia cardíaca chagásica crônica**. 2016. Monografia (Bacharelado em Farmácia), Faculdade Maria Milza. Governador Mangabeira – BA, 2016.

TOBIE, E.J. Experimental transmission and biological comparison of strains of trypanosoma rangeli. **Experimental Parasitology**, v. 11, p. 1-9, 1961.

VIEIRA, Marlova Aparecida de Campos, et al. Anotações de Enfermagem e auditoria: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Saúde Pública**, v.8, n.2, Florianópolis, 2015.

VILLELA, Marcos Marreiro, et al. Avaliação de conhecimentos e práticas que adultos e crianças têm acerca da doença de Chagas e seus vetores em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.8, p.1701-1710, Rio de Janeiro, 2009.

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado (a) Senhor (a):

Eu, Dennis Tavares Diógenes, pesquisador associado e aluno do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN estou desenvolvendo uma pesquisa com o título: **COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO SOBRE DOENÇA DE CHAGAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL REGIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE**. Essa pesquisa tem como objetivo geral: Analisar o entendimento do enfermeiro assistencial sobre a doença de chagas em pacientes internados em um hospital regional do estado do Rio Grande do Norte e como objetivos específicos: identificar o conhecimento do Enfermeiro sobre a fisiopatologia da doença de Chagas; averiguar as complicações chagásicas em pacientes internados; verificar como é operacionalizada a assistência em Enfermagem em pacientes chagásicos internados nos setores da Clínica Médica e Clínica Pediátrica; detectar a utilização da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) nesse contexto.

Justifica-se, o interesse pela temática a partir das experiências nas aulas práticas da disciplina de Semiologia e Semiotécnica I e II, quando se teve a oportunidade de ter contato com casos da doença de Chagas em setores de enfermagem dos hospitais. Foi então despertado o interesse em questões como: saber como era essa compreensão dos enfermeiros em relação a essa doença, se eles realmente a conhecem suas características e se sabem como deve ser prestada uma boa assistência aos pacientes chagásicos.

A importância deste trabalho é porque acredita-se que para prestar uma boa assistência ao paciente é necessário que se conheça as formas clínicas que se apresentam. Portanto, conhecer a doença de Chagas e seu desenvolvimento a partir da contaminação torna-se imprescindível ao enfermeiro, pois é diante de tais acontecimentos que a enfermagem poderá direcionar sua assistência ao portador desta patologia, com maior segurança, obtendo melhor eficácia e assim trabalhar na prevenção e promoção da saúde.

Este estudo contribuirá aos enfermeiros, esclarecendo suas dúvidas, medos, auxiliando aos pacientes, sendo importante também para os profissionais de saúde, para a ampliação de seus conhecimentos sobre o tema em questão.

Convidamos o (a) senhor (a) participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre a compreensão do enfermeiro sobre doença de chagas em pacientes internados em um Hospital Regional do Rio Grande do Norte o mesmo será através de uma entrevista semi-estruturada.

Por ocasião dos resultados, o nome do (a) senhor (a) será mantido em sigilo. Informamos que será garantido o anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar riscos mínimos tais como: incômodo ao responder as questões formuladas, dificuldades em respondê-las, constrangimentos, mas os benefícios que serão os aprimoramentos dos conhecimentos, a possível mudança nos atendimentos e cuidados a esses pacientes superarão esses riscos.

A participação do (a) senhor (a) na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificações na assistência, caso esteja recebendo.

APÊNDICE

O pesquisador associado estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do (a) senhor (a) na realização da pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o (s) objetivo (s), a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o (a) pesquisador (a) me informe que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da FACENE.

Estou ciente que receberei uma cópia desse documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró-RN, ____/____/2018.

Pesquisadora Responsável

Participante da Pesquisa

Endereço do pesquisador (a) responsável: Av: Presidente Dutra, 701 – Alto São Manoel – Mossoró/RN. CEP: 59628-000 – Fone: (84)3312-0143 – E-mail: diegojales@facenemossoro.com

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – João Pessoa – Paraíba – Brasil CEP: 58.067.695 – Fone: (83) 2106 – 2790. E-mail: CEP@facene.com.br

APÊNDICE B

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para devido fins de direito que estamos de acordo com execução da pesquisa intitulada “**COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO SOBRE DOENÇA DE CHAGAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL REGIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE**”, que será realizada pelo aluno Dennis Tavares Diógenes, sob orientação do Prof. Esp. Diego Henrique Jales Benevides, o qual terá apoio desta instituição Hospital Regional do Rio Grande do Norte identificado pelo CNPJ: 08.241.754/0116-94.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que possa cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Mossoró, ____/____/____

Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Idade _____
2. Sexo: Masculino () Feminino ()
3. Tempo de Serviço: _____
4. Setor: _____
5. Tempo no Setor: _____
6. Pós-Graduação: _____
7. Tem alguma capacitação específica relacionada à doença de Chagas ou Saúde Pública?
Sim () Não (). Qual?
8. Apresenta aproximação com pacientes chagásicos no setor do trabalho?
9. Qual seu entendimento sobre o agente transmissor da doença de Chagas?
10. O que você sabe sobre o agente etiológico *Trypanosoma cruzi*?
11. Qual a sua concepção sobre sintomatologia associada à infecção chagásica?
12. Qual seu entendimento sobre as formas de transmissão da doença?
13. Qual sua compreensão sobre as formas de manifestação da doença?
14. Quais as principais complicações decorrentes da doença de Chagas que ocorrem neste setor hospitalar?
15. Quais atividades você presta ao paciente com doença de chagas dentro da sua Assistência em Enfermagem?
16. Você possui dificuldades para prestar à assistência em saúde no setor de trabalho? Se sim, quais?
17. Você utiliza a SAE (Sistematização da assistência de enfermagem) em seu ambiente de trabalho? De que forma?
18. Qual sua impressão relacionada a óbitos no seu setor de trabalho ocorrido em doentes por Chagas?



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 4ª Reunião Ordinária realizada em 11 de maio 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO SOBRE DOENÇA DE CHAGAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS EM UM HOSPITAL REGIONAL DO RIO GRANDE DO NORTE", Protocolo CEP: 82/2017 e CAAE: 67770517.4.0000.5179. Pesquisador Responsável: DIEGO HENRIQUE JALES BENEVIDES e dos Pesquisadores Assistentes: LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS, DENNIS TAVARES DIOGENES E ELIGLEIDSON JOSÉ VIDAL DE OLIVEIRA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para Junho de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 11 de maio de 2017

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa -
 FACENE/FAMENE