

Qualidade de vida e saúde das pessoas acometidas por doença de Chagas
Quality of life and health of people affected by Chagas disease
Calidad de vida y salud de las personas afectadas por la enfermedad de Chagas

Recebido: 07/11/2020 | Revisado: 10/11/2020 | Aceito: 16/11/2020 | Publicado: 19/11/2020

Denise Lima Magalhães

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4073-2145>

Centro Universitário UniFG, Brasil

E-mail: denisemagalhaes0605@hotmail.com

Cinoélia Leal de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1162-0868>

Centro Universitário UniFG, Brasil

E-mail: cinoelia5@hotmail.com

Jaqueline Lopes Prates

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5941-6639>

Centro Universitário UniFG, Brasil

E-mail: jaqueprates1234@gmail.com

Alaides de Oliveira Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6391-0023>

Centro Universitário UniFG, Brasil

E-mail: alaidesouza95@gmail.com

Elaine Santos da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2318-3730>

Universidade Federal de São Carlos, Brasil

E-mail: elaine-ss@live.com

Rabrine da Silva Matos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6999-5945>

Centro Universitário UniFG, Brasil

E-mail: rabrine-silvamatos@hotmail.com

Kelly Albuquerque de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2821-5869>

Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil

E-mail: kellyalbuquerque84@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar a percepção da qualidade de vida em indivíduos com doença de Chagas crônica. Método: estudo quantitativo exploratório, realizado através de questionário com questões sociodemográficas, ambientais e clínicas e com o World Health Organization Quality of Life, para a avaliação da qualidade de vida, aplicados a 184 indivíduos com diagnóstico da doença, residentes em área endêmica de Malhada-Bahia em 2018. A análise dos dados ocorreu através do software estatístico SPSS 22®, aplicando os testes Qui-quadrado e teste exato de Fisher para avaliação da associação existente. As variáveis foram introduzidas no modelo de regressão logística múltipla por meio do procedimento stepwise com *backward*, foram mantidas no modelo aquelas que permaneceram significantes e os valores obtidos foram expressos em odds ratio. Resultados: na população estudada, houve predomínio de mulheres, em condições de vulnerabilidades socioambientais e socioeconômicas, exemplificadas pela baixa escolaridade, renda e acesso dificultado aos serviços públicos de saneamento básico. O percentual dos portadores de Chagas que não avaliam a qualidade de vida como boa foi de 56,5%. No modelo final de avaliação, esteve associado à redução da qualidade de vida o uso de medicações, hospitalização e o tabagismo. Considerações finais: a doença de Chagas está ligada as populações do campo, em vulnerabilidade socioeconômica, cuja dificuldade de acesso a serviços públicos interfere na qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Doença de Chagas; Meio ambiente e saúde; Saúde pública; Epidemiologia.

Abstract

Objective: to analyze the perception of quality of life in individuals with chronic Chagas disease. Method: quantitative exploratory study, carried out through a questionnaire with sociodemographic, environmental and clinical questions and with the World Health Organization Quality of Life, for the assessment of quality of life, applied to 184 individuals diagnosed with the disease, living in an endemic area of Malhada -Bahia in 2018. Data analysis was performed using the statistical software SPSS 22®, applying the Chi-square and Fisher's exact tests to assess the existing association. The variables were introduced in the multiple logistic regression model through the stepwise procedure with backward, those that remained significant were kept in the model and the values obtained were expressed in odds ratios. Results: in the studied population, there was a predominance of women, in conditions of socio-environmental and socio-economic vulnerabilities, exemplified by low education,

income and difficult access to public basic sanitation services. The percentage of Chagas patients who do not assess quality of life as good was 56.5%. In the final evaluation model, the use of medications, hospitalization and smoking was associated with a reduction in quality of life. Final considerations: Chagas disease is linked to rural populations, in socioeconomic vulnerability, whose difficulty in accessing public services interferes with the quality of life.

Keywords: Quality of life; Chagas disease; Environment and health; Public health; Epidemiology.

Resumen

Objetivo: analizar la percepción de la calidad de vida en personas con enfermedad de Chagas crónica. Método: estudio exploratorio cuantitativo, realizado a través de un cuestionario con preguntas sociodemográficas, ambientales y clínicas y con la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, para la evaluación de la calidad de vida, aplicado a 184 individuos diagnosticados con la enfermedad, residentes en una zona endémica de Malhada. - Bahia en 2018. El análisis de los datos se realizó mediante el software estadístico SPSS 22®, aplicando las pruebas de Chi-cuadrado y exacta de Fisher para evaluar la asociación existente. Las variables se introdujeron en el modelo de regresión logística múltiple mediante el procedimiento stepwise con backward, las que quedaron significativas se mantuvieron en el modelo y los valores obtenidos se expresaron en odds ratios. Resultados: en la población estudiada, hubo predominio de mujeres, en condiciones de vulnerabilidad socioambiental y socioeconómica, ejemplificado por baja educación, ingresos y difícil acceso a los servicios públicos de saneamiento básico. El porcentaje de pacientes con Chagas que no valoran la calidad de vida como buena fue del 56,5%. En el modelo de evaluación final, el uso de medicamentos, la hospitalización y el tabaquismo se asoció con una reducción de la calidad de vida. Consideraciones finales: La enfermedad de Chagas está vinculada a poblaciones rurales, en vulnerabilidad socioeconómica, cuya dificultad para acceder a los servicios públicos interfiere con la calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida; La enfermedad de Chagas; Medio ambiente y salud; Salud pública; Epidemiología.

1. Introdução

A Tripanossomíase, popularmente conhecida como Doença de Chagas (DC) é caracterizada como uma endemia de elevada importância no continente americano por

acometer preferencialmente os indivíduos vulneráveis de áreas rurais, os quais vivem em condições de precariedade. É importante considerar que, existem cerca de 149 espécies relacionadas à Triatominae, sendo o *Trypanosoma cruzi* a espécie de inseto responsável pela infecção da população. Além disso, os vetores são conhecidos popularmente como “barbeiros” e, possuem característica hemíptera hematófaga, ou seja, são insetos que possuem aparelho bucal propício para sugar sangue (Dias, Queiroz, Diotaiuti & Pires, 2016).

Desse modo, a DC faz parte da lista de enfermidades consideradas negligenciadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), uma vez que afeta cerca de 6 a 7 milhões de pessoas pelo mundo, inclusive na América Latina. Além disso, essa doença é evidenciada pela fácil progressão da fase aguda para a fase crônica. Em relação as manifestações clínicas, o paciente pode apresentar-se com uma sintomatologia aguda, uma fase crônica assintomática ou fase crônica sintomática, ademais, entre as fases referidas, a fase aguda é muito crítica, sobretudo, pela probabilidade da evolução para a fase crônica, assim, torna-se fundamental um diagnóstico preciso e eficaz (Alencar et al., 2020).

Nesse contexto, a amplitude geográfica da endemia expande-se desde o México na América do Norte, até a Argentina na América do Sul. Contudo, nas últimas décadas ocorreram diversas mudanças epidemiológicas referentes a uma considerável diminuição no surgimento de novos casos, isso decorrente, em muito, de campanhas de controle da transmissão vetorial e transfusional nos países endêmicos. Embora, ainda exista preponderância da doença em alguns países da América do Sul, como Bolívia, Argentina e Brasil (Sangenis, Nielebock, Santos, Silva & Bento, 2016).

Dessa maneira, existem alguns limitantes epidemiológicos atrelados a DC, como por exemplo, a existência dos focos silvestres e a exposição dos seres humanos a eles. Além disso, os animais domésticos e silvestres são considerados reservatórios dessa patologia, portanto podem transmitir para o homem. Nessa perspectiva, a erradicação se torna improvável, bem como, a falta de diagnóstico precoce, principalmente na fase aguda, interfere negativamente no tratamento e permite a evolução da doença para a fase crônica (Silveira et al., 2002).

Por isto, em 2005 foi criado o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh), cujo objetivo é avaliar os riscos da transmissão vetorial da doença, assim como analisar os municípios conforme critério de infestação, além do ambiente e situação socioeconômica. Dessa forma, os municípios são classificados de acordo com o nível de risco de transmissão da DC, sendo eles: baixo, médio ou alto risco. Destaca-se ainda, que, dentre os

estados brasileiros, a Bahia possui níveis médios e altos, significativos para a transmissão da doença (Brasil, 2017).

Já no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção ao indivíduo com a DC impõe o desenvolvimento de uma ampla rede hierarquizada de sistema, distribuída geograficamente. Devendo ser implementadas ações de Saúde Pública com a envoltura de equipes multidisciplinares, e não apenas para o tratamento antiparasitário, como também para proporcionar melhorias na qualidade de vida dessas pessoas (Dias et al., 2016).

Nesse cenário, é importante considerar que a qualidade de vida é entendida como algo abrangente, dado que a partir dela são associados fatores ligados ao indivíduo. Dessa forma, a mesma está vinculada com a capacidade física e mental do utente, assim como, suas emoções e seu contexto socioeconômico. Portanto, a percepção que o ser humano tem da sua posição de vida em relação aos seus objetivos, expectativas, necessidades e preocupações vão interferir no seu cuidado com a saúde. Logo, esse tema precisa ser discutido e aprofundado para possibilitar a proposição de intervenções nesse âmbito (Brasil, 2008).

Portanto, o indivíduo portador da DC requer tratamento integral e não somente a utilização da farmacoterapia para a melhora da sintomatologia, haja vista que o paciente deve possuir assistência multiprofissional e interdisciplinar para garantir a qualidade de vida. Vale ressaltar que, durante a fase crônica é necessário ampliar o acesso às redes de saúde, visando minimizar os agravos da DC. Além dos riscos de comorbidades, infecciosas ou não, como diabetes mellitus, cardiopatias e a coinfeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) com o *Trypanosoma cruzi*. Conforme necessidade, o tratamento antiparasitário é indicado e outros meios de intervenções devem ser buscados continuamente (Dias et al., 2016).

Nessa perspectiva, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade de vida de indivíduos com DC crônica.

2. Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa exploratória, caracterizada pela utilização de técnicas estatísticas para que os dados coletados posteriormente possam ser quantificados e analisados. Dessa maneira, é de caráter exploratório já que parte do princípio da definição do problema ou hipótese, além do desenvolvimento da mesma e modificação de conceitos, visando assim a construção de análises exatas dos fatos ou fenômenos pesquisados (Marconi & Lakatos, 2017).

O presente estudo foi realizado com a participação de homens e mulheres com idade acima de 18 anos, diagnosticados com a patologia de Chagas e que residem na cidade de Malhada, no estado da Bahia, localizada a 638 km da capital Salvador (IBGE, 2017). Sendo o número de participantes definido com base em uma amostra probabilística simples, calculada a partir dos 320 casos registrados no município (Brasil, 2015), levando-se em consideração um erro amostral de 5%, e um nível de confiança de 95%, sendo o tamanho da amostra de 184 indivíduos.

Dessa maneira, para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, caracterizado pela flexibilidade no andamento da pesquisa, cuja finalidade foi a coleta de informações para análise do perfil de saúde, incluindo: perfil sociodemográfico, socioambiental, dados nutricionais, dados clínicos e hábitos de vida dos portadores da DC.

O trabalho de campo foi realizado entre os meses de janeiro a março de 2018, com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde e auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a localização dos portadores da DC, sendo o deslocamento até as residências nas zonas rurais e urbanas realizadas a partir da utilização de meios de transportes, como motocicletas e automóveis.

A coleta de dados foi realizada no ambiente domiciliar, com duração média de 45 minutos, através de uma equipe composta por seis graduandos do 8º período em enfermagem, previamente instruídos e treinados. É válido destacar as dificuldades relacionadas ao acesso às residências dos entrevistados na zona rural, como as estradas em condições precárias que configuraram obstáculos, já na área urbana as residências localizavam-se em diferentes pontos da cidade, o que conseqüentemente acarretou atraso na coleta dos dados.

Estavam aptos a participar da pesquisa homens e mulheres com diagnóstico confirmado da DC crônica que faziam acompanhamento médico semestral ou anualmente no Hospital Municipal São Geraldo e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Malhada – BA, e aqueles que faziam uso de medicações de uso exclusivo da doença. Foram excluídos do estudo menores de 18 anos e pacientes que não apresentaram a confirmação da patologia por meios de exames laboratoriais e Raios-X.

Para a análise dos dados foi construída uma planilha no Excel[®] e posteriormente importada para o programa Statistical Package for Social Sciencies (SPSS) versão 14.0. A avaliação da percepção da qualidade de vida, foi realizada pelo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), instrumento com 26 itens pontuados de 1 a 5. Essa pontuação é realizada para cada domínio através da transformação de 0 a 100, de acordo com a sintaxe proposta pelo grupo WHOQOL (OMS, 1998).

Como não existe consenso sobre o ponto de corte estabelecido para determinar a avaliação da qualidade de vida como “inadequada” ou “adequada”, optou-se por avaliar à percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde em qualidade de vida adequada – autorrelato de qualidade de vida ‘boa’ ou ‘muito boa’ e se sentem ‘satisfeitos’ ou ‘muito satisfeitos’ com sua saúde; e qualidade de vida inadequada – autorrelato de qualidade de vida ‘ruim’, ‘muito ruim’ ou ‘nem ruim nem boa’ e se sentem ‘insatisfeitos’, ‘muito insatisfeitos’ ou ‘nem satisfeito nem insatisfeito’ com sua saúde.

A análise descritiva ocorreu através da sumarização das variáveis, na qual as categorias foram analisadas por meio de frequências absolutas e relativas e as numéricas utilizou-se as medidas de tendência central e desvio padrão. Posteriormente foi realizada a caracterização da população segundo a qualidade de vida e as covariáveis do estudo, utilizado o teste Chi-quadrado de Pearson (X^2) e complementada, quando necessário, com o teste de Chi-quadrado de Fisher, adotando o valor de $p \leq 0,05$ para associação estatisticamente significativa.

Em seguida, as variáveis de interesse de acordo com o critério de inclusão estabelecido ($p < 0,20$) foram introduzidas no modelo de regressão multivariável e a análise de normalidade das variáveis contínuas foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis foram introduzidas no modelo de regressão logística múltipla por meio do procedimento stepwise com *backward*. Foram mantidas no modelo as variáveis que permaneceram significantes, aquela com valor de $p \leq 0,05$. Os valores obtidos foram expressos em odds ratio e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O ajuste do modelo final foi avaliado pelo teste goodness-of-fit test.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo CAAE 73169517.3.0000.8068. Os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos e a relevância do estudo, bem como tiveram a livre escolha de participar, foram garantidos o anonimato e o sigilo quanto à identificação, o direito à informação e à desistência em qualquer etapa do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. Resultados

Participaram do estudo 184 indivíduos residentes do município de Malhada- Bahia, em 2018, sendo considerada área endêmica para a DC. Do total de participantes, 53,8 % eram mulheres e 80,4 %, com idade entre 18 e 59 anos. No que se refere ao estado civil, 78,3 % tinham companheiro e 94,0 % moravam com a família. Quanto a ocupação, 6,5% eram

aposentados, seguidos de 10,3 % indivíduos ativos em trabalho informal, 15,2 % domésticas e 68,0 % eram lavradores. Relacionado a qualidade de vida, independente de qual variável seja analisada, a maioria dos participantes classificou sua qualidade de vida como adequada (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas segundo percepção da qualidade de vida em indivíduos com Doença de Chagas Crônica em Malhada - BA, 2018.

Variáveis	Qualidade de vida						p-valor
	Inadequada		Adequada				
	n	%	n	%	n	%	
Idade							0.4700*
18 a 59 anos	148	80,4	12	8,1	136	91,9	
≥ 60 anos	36	19,6	01	2,8	35	97,2	
Sexo							0.5660
Masculino	85	46,2	07	8,2	78	91,8	
Feminino	99	53,8	06	6,1	93	9,9	
Estado civil							0.8662*
Com companheiro	144	78,3	11	7,6	133	92,4	
Sem companheiro	40	21,7	02	5,0	38	95,0	
Moradia							0.2871
Sozinha	07	3,8	00	0,0	07	100,0	
Família	173	94,0	12	6,9	161	93,1	
Família de acolhimento	04	2,8	01	25,0	03	75,0	
Ocupação							0.8254
Lavrador	125	68,0	09	7,2	116	92,8	
Do lar	28	15,2	01	3,6	27	96,4	
Aposentado	12	6,5	01	8,3	11	91,7	
Ativo	19	10,3	02	10,5	17	89,5	
Rendimento							0.3564*
Pensão	57	31,0	06	10,5	51	89,5	
Familiar	127	69,0	07	5,5	120	94,5	
Renda							0.1880
< 1 salário	95	51,6	09	9,5	86	90,5	

≥ 1 salário	89	48,4	04	4,5	85	95,5	
Escolaridade							0.5730*
Até 8 anos	169	91,8	11	6,5	158	93,5	
≥ 8 anos	15	8,2	02	13,3	13	86,7	

* fisher. Fonte: Autores.

Em relação aos escores médios da qualidade de vida, segundo cada domínio, a menor média foi no domínio ambiental (54,5), seguida pelas maiores médias identificadas no domínio psicológico (70,03) e social (70,15). O que resultou em um Desvio Padrão com maior homogeneidade se comparado aos demais (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos escores médios da qualidade de vida segundo cada domínio do WHOQOL-bref em indivíduos com Doença de Chagas Crônica em Malhada - BA, 2018.

Domínios	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Físico	61,28	11,97	32,14	64,28	89,29
Psicológico	70,03	11,13	15,00	70,00	100,00
Social	70,15	8,14	41,67	75,00	100,00
Ambiental	54,5	10,56	18,75	56,25	84,38

Fonte: Autores.

Sobre a avaliação da qualidade de vida, foi evidenciado que 40,2 % consideraram a sua qualidade de vida como boa e 49,5 % consideraram nem ruim, nem boa. Em resposta ao quanto satisfeito o participante estava com sua saúde, 64,1 % estavam satisfeitos (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise descritiva das questões 1 e 2 do WHOQOL bref. em indivíduos com Doença de Chagas Crônica em Malhada - BA, 2018.

1. Como você avalia sua QV?		2. Quão satisfeito você está com sua saúde?	
Resposta	n (%)	Resposta	n (%)
Muito ruim	01 (0,5)	Muito insatisfeito	01 (0,5)
Ruim	12 (6,5)	Insatisfeito	26(14,1)
Nem ruim, nem boa	91 (49,5)	Nem satisfeito, nem insatisfeito	36 (19,6)
Boa	74 (40,2)	Satisfeito	118 (64,1)
Muito Boa	06 (3,3)	Muito satisfeito	03 (1,6)

QV: Qualidade de Vida. Fonte: Autores.

Na perspectiva da história socioambiental, de todos os entrevistados, 41,8 % possuem acesso a água por meio de rios, lagos ou poços, enquanto 58,2 % afirmam ter acesso a água encanada. Quanto ao acesso a saneamento básico, 33,7 % possuem, enquanto 66,3 % não possuem esse serviço. Com relação ao sistema de coleta e tratamento de esgoto, 97,8 % não possuem acesso a esse serviço (Tabela 4).

Sobre as questões clínicas, 56,1 % já passaram por hospitalizações, 57,4 % faziam uso de medicamentos e 63,6 % possuíam doenças crônicas progressas. No que alude a situação vacinal, 37,9 %, cartão incompleto, enquanto 58,3 % tinham cartão de vacinação completo. Dentre as formas da doença, a mista caracterizava 2,2 %, a digestiva 4,9 %, a cardíaca 29,5 % e predominância de 63,4 % da forma indeterminada.

As variáveis referentes ao uso de medicamentos (p-valor 0.03936), hospitalizações (p-valor 0.03155) e tabagismo (p-valor 0.01729) se destacaram, apresentando relevante grau de significância (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação entre história socioambiental e clínica segundo a percepção da qualidade de vida em indivíduos com Doença de Chagas Crônica em Malhada - BA, 2018.

Variáveis	Qualidade de vida						p-valor
			Inadequada		Adequada		
	n	%	n	%	n	%	
Acesso a água							0.1548
Rios, lagos, poço	77	41,8	03	3,9	74	96,1	
Encanada	107	58,2	10	9,3	97	90,7	
Saneamento básico							0.4869 *
Sim	62	33,7	06	9,7	56	90,3	
Não	122	66,3	07	5,7	115	94,3	
Sistema de esgoto							0.5118*
Sim	04	2,2	01	25,0	03	75,0	
Não	180	97,8	12	6,7	168	93,3	
Doenças crônicas pregressas							0.9084*
Sim	117	63,6	09	7,7	108	92,3	
Não	67	36,4	04	6,0	63	94,0	
Uso de medicamentos							0.03936
Sim	105	57,4	11	10,5	94	89,5	
Não	78	42,6	02	2,6	76	97,4	
Hospitalizações							0.03155
Sim	101	56,1	11	10,9	90	89,1	
Não	79	43,9	02	2,5	77	97,5	
Situação vacinal							0.5654
Completo	106	58,3	06	5,7	100	94,3	
Incompleto	69	37,9	06	8,7	63	91,3	
Não possui cartão	07	3,8	01	14,3	06	85,7	
Forma da Doença							0.2160
Indeterminada	116	63,4	06	5,2	110	94,8	
Cardíaca	54	29,5	07	13,0	47	87,0	
Digestiva	09	4,9	00	0,0	09	100,0	
Mista	04	2,2	00	0,0	04	100,0	

Tabagista							0.01729 *
Sim	30	16,3	06	20,0	24	80,0	
Não	154	83,7	07	4,5	147	95,5	
Etilismo							>0.9999*
Sim	06	3,3	00	0,0	06	100,0	
Não	176	96,7	13	7,4	163	92,6	

* fisher. Fonte: Autores.

Em relação a análise de regressão logística, os resultados da medida de associação baseada em razões, o Odds Ratio (OR), no modelo multivariado final, os fatores associados à percepção de qualidade de vida foram o uso de medicamentos (OR= 4,6; IC=1,1- 21,5) e hospitalizações (OR=4,9; IC=1,2- 23,0).

Tabela 5 - Modelo multivariado final dos fatores associados à percepção de qualidade de vida em indivíduos com Doença de Chagas Crônica em Malhada - BA, 2018.

Variáveis	OR	IC (95%)	p- valor
Uso de medicamentos	4,6	1,1 – 21,5	0,048
Hospitalizações	4,9	1,2 – 23,0	0,037

Fonte: Autores.

4. Discussão

A DC é uma endemia que mantém a sua importância no cenário da saúde pública brasileira, principalmente pelas desigualdades socioambientais existentes, sobretudo em áreas marcadas pela incipiente infraestrutura sanitária e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Luna & Silva, 2013). Tal fato foi evidenciado no presente estudo, sobretudo no perfil de vulnerabilidades dos participantes, que residiam predominantemente na zona rural, em meio à destacadas carências ambientais, sociais e de saúde.

De forma que, apesar dos avanços no controle do vetor e na garantia de qualidade das transfusões de sangue e de outras formas de transmissão, como a alimentar mais recentemente, é ainda inequívoca a relevância da DC como problema de saúde pública na América Latina, sob diferentes padrões regionais de expressão epidemiológica (Dias et al., 2016a).

Nesse sentido, as mulheres se mostraram as mais atingidas pela DC na região estudada. Existem diversos fatores que estão ligados à vulnerabilidade individual a infecções e doenças, como idade, sexo, raça/cor, escolaridade, renda, acesso a serviços de saúde e outros bens sociais. Ou seja, são considerados os contextos epidemiológicos e sociodemográficos que determinam um maior ou menor grau de exposição ou risco (Santos, 2016).

Olhando pela perspectiva das características sociodemográficas do portador de Chagas, em pesquisa sobre o perfil das pessoas que enfrentam a Tripanossomíase no Rio Grande do Norte (Cardozo, Cavalcanti, Barreto & Nascimento, 2017), predominou o sexo masculino, com idade superior a 40 anos, em contrapartida, o presente estudo, apresentou 53,8 % de mulheres e predominância de pessoas com idade entre 18 e 59 anos, equivalendo a 80,4 %.

De acordo aos autores supracitados, 43,3 % dos indivíduos integrantes do estudo no Rio Grande do Norte eram agricultores, já no município de Malhada-Bahia, 68,0 % eram lavradores, demarcando em ambos os estudos a característica socioambiental rural como fatores importantes no contexto epidemiológico da DC (Cardozo, Cavalcanti, Barreto & Nascimento, 2017).

No viés da qualidade de vida, é necessário entender que variados fatores interferem nessa construção, sendo este conceito amplo e individualizado, diferenciando-se conforme a perspectiva de cada indivíduo perante seu contexto de vida. No entanto, alguns aspectos de multidimensionalidade devem ser considerados, como a integração de questões físicas, psicológicas, sociais, ambientais, religiosas, entre outras, desenvolvidas no território com suas dinâmicas (Santos-Filho et al., 2018; Souza & Andrade, 2014).

Sob este prisma, a percepção dos indivíduos deste estudo sobre sua qualidade de vida demonstrou-se intermediária, nem ruim, nem boa, para 49,5 % dos entrevistados, resultado que se distancia de estudo que investigou a qualidade de vida na população rural do município de Pelotas, Sul do Brasil, no qual 23% dos indivíduos relataram ter uma qualidade de vida global regular, ruim ou muito ruim (Bortolotto, Mola & Tovo-Rodrigues, 2018). Há de se destacar ainda que 49,5 % das pessoas avaliaram a qualidade de vida como nem boa, nem ruim, e se somado aos que consideraram como ruim ou muito ruim, o percentual dos portadores de Chagas que não avaliam a qualidade de vida como boa foi de 56,5%.

Os autores supracitados ainda destacam que “[...] ser mulher, mais velho, não ser branco, ter baixa renda, ter menor escolaridade, residir a vida toda na zona rural, estar desempregado e portar alguma doença foram os aspectos mais relevantes para definir

negativamente a qualidade de vida da população. ” (p. 1), características comuns também no presente estudo (Bortolotto, Mola & Tovo-Rodrigues, 2018).

A zona rural, por si só, apresenta um contexto diferenciado, marcado por características singulares, que vão desde sua configuração geográfica, expressa em grandes distâncias dos centros urbanos, até dificuldades de acesso a bens e serviços essenciais como alimentação, transporte, saúde e oportunidades, a exemplo, o emprego (Bortolotto, Mola & Tovo-Rodrigues, 2018; Chen, Sun, Guo, Chen, Chang & Li, 2017).

Em relação aos aspectos sociais e econômicos, é importante considerar que determinantes socioeconômicos impactam, fortemente, o estilo de vida e os comportamentos que influenciam o estado de saúde, essencialmente, em populações de menor nível socioeconômico e baixa escolaridade (Lima-Costa, 2004). Tais características são encontradas na amostra estudada, com 51,6 % de indivíduos de baixa renda, vivendo com menos que um salário mínimo, e baixa escolaridade, expressa por 91,8 % com escolaridade de até, no máximo, oito anos de estudo.

As construções precárias, comuns em meios rurais são locais propícios para abrigo do vetor de Chagas, aumentando assim a transmissão. O fato da maioria dos contaminados serem do sexo feminino pode ser explicado, justamente, por serem as mulheres as que mais permanecem no domicílio no desenvolvimento das atividades domésticas diárias (Fernandes, Trivelli, Monteiro, Ribeiro, Fagundes & Prado, 2018).

A baixa escolaridade ligada a baixa renda contribuem para que os indivíduos não consumam alimentos em diversidade e qualidade adequados. Assim como a falta de conhecimento sobre os benefícios das atividades físicas auxilia no desenvolvimento de hábitos sedentários que, aliados ao consumo de bebidas alcoólicas e maior prevalência de tabagismo, compõem uma combinação desajustada que interfere na saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida (Bortolotto, Mola & Tovo-Rodrigues, 2018).

Quanto aos fatores determinantes da qualidade de vida na população rural de Malhada, destacou-se a associação entre qualidade de vida nos dos domínios ambiental e físico, apresentando a média de 54,5 e 61,28, respectivamente. O domínio ambiental é composto por diversos fatores, entre eles aspectos físicos como as condições de moradia, recursos financeiros, serviços de saúde e transporte, dentre outros, os quais relacionam-se ao enfoque socioeconômico (Gontijo et al., 2009). Aspectos também referidos como adversos pelos entrevistados do presente trabalho.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo onde foram analisados quais domínios da qualidade de vida estão associados à percepção de saúde de idosas em bairros de

baixa renda de Curitiba-Paraná, e os domínios físico e meio ambiente apresentaram as associações de maior relevância, desta forma, idosas com percepção negativa desses domínios tiveram cerca de duas vezes mais chances de ter uma percepção de saúde negativa (Vagetti et al., 2013).

Já em relação aos domínios psicológico e social, os participantes julgaram como maior média de satisfação, com 70,03 e 70,15, respectivamente. Assim como constatado por pesquisa semelhante que, ao avaliarem a percepção da qualidade de vida dos portadores da DC, foram destacados os domínios relações sociais e psicológico com os mais altos escores (Gontijo et al., 2009).

Em relação as questões socioambientais, estudo de Zorzi, Turatti e Mazzarino (2016) apontou que deve ser garantido às pessoas de comunidades rurais, o fornecimento de água potável com base em normativas que possam garantir seu uso, a gestão e o aproveitamento, devendo ser concedida de acordo com as regras de justiça, equidade e a sustentabilidade.

Sabe-se que a saúde está interligada ao fornecimento adequado dos serviços de saneamento básico, contudo, as famílias pobres e indivíduos do gênero feminino são os grupos que sofrem maior impacto na saúde devido o saneamento básico inadequado. Além disso, a despesa de saúde gerada a partir do adoecimento contribui para a diminuição da renda do indivíduo (Prüss-Üstün & Corvalán, 2016). Conforme as características da amostra estudada, a maioria dos entrevistados (66,3 %), não possuíam acesso aos serviços de saneamento básico, assim como, são do gênero feminino e baixa renda.

Congruente a isso, trabalho na área reiterou que os indivíduos têm direito a água potável e ao esgotamento sanitário, entretanto, enfatizam que esse direito é corrompido pelos interesses particulares, socioeconômicos e políticos, desfavorecendo principalmente as populações pobres. Em ressalva, afirmaram que a preservação desse direito contribuirá, por exemplo, com a erradicação da fome, promoção da educação e igualdade de gêneros (Brown, Neves-Silva & Heller, 2016). Desse modo, o presente estudo mostra que a maior parte dos entrevistados, 97,8 %, não possuíam acesso ao sistema de coleta e tratamento de esgoto.

Em outra pesquisa, realizada na zona rural do município de Barreiras-Bahia, a comunidade encontrava-se em situação precária, no que tange a coleta e tratamento de esgoto. Dado que, 75% dos entrevistados, por exemplo, lançavam a água do banho, da pia, e do tanque na rua ou quintal da própria casa, favorecendo o surgimento de doenças. Já em relação à coleta de resíduos sólidos, observa-se que a mesma não ocorre de forma regular, ou quando ocorre não abrange as necessidades de toda comunidade, por isso, alternativas como queimar

os resíduos sólidos são adotadas pelos moradores (Neto, Anjos, Brandolff, Goés & Silva, 2017).

No que tange aos resultados com alto grau de significância, as variáveis uso de medicamentos, hospitalizações e tabagismo se destacaram no presente estudo. Em relação aos medicamentos utilizados para tratamento, a droga de primeira escolha é o Benzonidazol, além disso há o Nifurtimox, que é utilizado como forma alternativa no tratamento em casos de reações anafiláticas ou intolerância (SESAB, 2018). Estes medicamentos são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, entretanto ainda se observa o baixo acesso dos portadores da doença a estas drogas, o que implica em complicações no quadro clínico e nas condições de saúde dos mesmos.

O alto índice de internações entre os entrevistados, 56,1 %, relaciona-se com a baixa cobertura terapêutica e a cronicidade da patologia, assim ocasionando o desenvolvimento de cardiomiopatias e complicações gastrointestinais, os sintomas e manifestações típicas da DC durante a cronicidade resultam em síndromes que podem se desenvolver simultaneamente em um mesmo paciente, dentre alterações cardíacas como arritmias e manifestações anginosas (Simões, Romano, Schmidt, Martins & Neto-Marin, 2018). Considerando o perfil dos pacientes mais vulneráveis à patologia, sendo em sua maioria de baixa renda e moradores da zona rural, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde representa uma realidade preocupante para o controle epidemiológico da DC.

Quanto ao tabagismo, prevalente entre 16,3 % dos participantes, é sabido que o cigarro contém substâncias nocivas ao organismo, tais substâncias liberadas através da fumaça do cigarro, estimulam o desenvolvimento de patologias relacionadas ao sistema pulmonar e cardíaco, além de comprometer os níveis de oxigênio circulante no sangue (Willemann & Burci, 2014). Para os portadores da DC, este efeito nocivo representa um risco ainda maior de complicações pulmonares, além da diminuição da sobrevida destes pacientes.

Diante do exposto, nota-se que a DC gera uma insatisfação na qualidade de vida das pessoas, ou seja, com a saúde e também com os serviços diários, isto é, provoca uma menor capacidade de resiliência. Desse modo, a vulnerabilidade acarretada pela patologia transforma a relação das pessoas com sua própria vida, com isso modifica a sua percepção de si próprio, ou seja, seus recursos e de suas competências (Cavalcanti, Nascimento, Alchieri & Andrade, 2019).

5. Considerações Finais

Apesar dos avanços ocorridos, tanto na diminuição de infecções quanto no controle dos vetores, nota-se que a DC perdura como uma endemia cercada de estigmas e valores culturais, que condicionam as relações sociais e econômicas de seus portadores. Tais fatos são agravados quando relacionados as populações mais vulneráveis, como constatado no presente estudo.

As mulheres e populações do meio rural de forma geral, com vulnerabilidades socioeconômicas e socioambientais foram as mais afetadas pelos fatores que implicam na qualidade de vida, sendo destacada a baixa escolaridade e a renda, além de acesso dificultado aos serviços públicos de saneamento básico. Tendo associação a redução da qualidade de vida o uso de medicações, as hospitalizações e o tabagismo.

Desta forma, é notória a necessidade de estudos mais aprofundados sobre a temática, principalmente voltados para as populações rurais mais vulneráveis, para que se possa conhecer verdadeiramente as facetas dessa enfermidade negligenciada e, assim, agir para melhorar a qualidade de vida do portador de infecção chagásica.

Referências

Alencar, M. M. F., Santos Filho, R. A. B., Hirschheiter, C. A., Carmo, M. C. N., Santana, M. S., Ramos, J. L. D., Menezes, J. J., Lima, A. P. S., Machado, M. C. F. P., Rodrigues, P. M. B., Santana, P. M. S., & Galvão, P. V. M. (2020). Epidemiologia da Doença de Chagas aguda no Brasil de 2007 a 2018. *Research, Society and Development*, 9(10), e8449109120, 1-16. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9120>

Bortolotto, C. C., Mola, C. L., & Tovo-Rodrigues, L. (2018). Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev. Saúde Pública*, 52(supl.1), 1-11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000261>.

Brasil. Governo do Estado da Bahia. *Nota Técnica nº 01 de 2017 DIVEP/LACEN/SUVISA/SESAB. Apresenta vigilância, diagnóstico e tratamento da Doença de Chagas no estado da Bahia*. Recuperado de <http://www.cremeb.org.br/>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB: cadastramento familiar*. Brasília; 2015. Recuperado em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. *Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. Recuperado de <https://bibliotecadigital.seplan.planejamento.gov.br/handle/iditem/152>

Brown, C., Neves-Silva, P., & Heller, L. (2016). The human right to water and sanitation: a new perspective for public policies. *Ciencia & saúde coletiva*, 21(3), 661-670. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.20142015>.

Cardozo, E. J. S., Cavalcanti, M. A. F., Barreto, M. A. F., & Nascimento, E. G. C. (2017). Perfil epidemiológico dos portadores de doença de chagas: dos indicadores de risco ao processo de enfrentamento da doença. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 24(1), 41-46. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.545>.

Cavalcanti, M. F., Nascimento, E. G. C., Alchieri, J. C., & Andrade, C. M. (2019). Manifestações e estratégias de enfrentamento da Doença de Chagas que interferem na qualidade de vida do indivíduo: uma revisão sistemática. *Ciência & saúde coletiva*, 24(4), 1405-1416. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018243.11842017>.

Chen, Y., Sun, G., Guo, X., Chen, S., Chang, Y., & Li, Y. (2017). Factors affecting the quality of life among Chinese rural general residents: a cross-sectional study. *Public Health*, 146(1), 140-147. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.01.023>.

Dias, J. C. P., Ramos, Jr. A. N., Gontijo, A. D., Luquetti, A., Shikanai-Yasuda, M. A., Coura, J. R. Torres, R. M. et al. (2016a). II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 25(esp), 7-86. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000500002>

Dias, J. V. L., Queiroz, D. R. M., Diotaiuti, L., & Pires, H. H. R. (2016). Conhecimentos sobre triatomíneos e sobre a doença de Chagas em localidades com diferentes níveis de

infestação vetorial. *Ciência & saúde coletiva*, 21(7), 2293-2304.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.07792015>

Fernandes, A. L. B., Trivelli, G. G. B., Monteiro, J. A., Ribeiro, M. R., Fagundes, T. A., & Prado, R. S. (2018). Incidência e prevalência da doença de chagas no Brasil. *III CIPEEX - Ciência para a redução das desigualdades*. 2(981), 978-983. Recuperado em: <http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/CIPEEX/article/view/2989/1356>

Gontijo, E. D., Guimarães, T. N., Magnani, C., Paixão, G. M., Dupin, S., & Paixão, L. M. (2009). Qualidade de vida dos portadores de doença de Chagas. *Rev Med. Minas Gerais*, 19(4), 281-285. Recuperado em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/400>.

IBGE Cidades. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/malhada-de-pedras/panorama>.
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estados*.

Lima-Costa, M. F. (2004). A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13(4), 201 – 208.
<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000400002>.

Luna, E. J. A., Silva, J. R. *Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. (2013). Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.*
https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2017). Fundamentos de Metodologia Científica. ATLAS.

Neto, A. K., Anjos, G. M., Brandolff, R. S., Goés, T. P., & Silva, J. F. (2017). Fatores relacionados à saúde pública e ao saneamento básico em comunidade rural de Barreiras, Bahia, Brasil. *Rev. Baiana Saúde Pública*, 41(3), 668-684. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2079>.

Organização Mundial De Saúde (2020). Doença de Chagas (também conhecida como tripanossomíase americana). Brasília: OMS. [https://www.who.int/docs/default-source/documents/chagas-disease-fact-sheet-\(portuguese-pdf\).pdf?sfvrsn=64375240_4](https://www.who.int/docs/default-source/documents/chagas-disease-fact-sheet-(portuguese-pdf).pdf?sfvrsn=64375240_4)

Organização Mundial de Saúde (1998). Como pontuar o WHOQOL-bref e o WHOQOL-100. Recuperado em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol85a.html>.

Prüss-Üstün, A., & Corvalán, C. (2016). Prevenção de doenças por meio de ambientes saudáveis: uma avaliação global da carga de doenças dos riscos ambientais. *Engenharia Sanitária e Ambiental*, 12(2), 115-116. <https://doi.org/10.1590/S1413-41522007000200001>

Sangenis, L. H. C., Nielebock, M. A. P., Santos, C. S., Silva, M. C. C., & Bento, G. M. R. (2016). Transmissão da doença de Chagas por consumo de carne de caça: revisão sistemática. *Rev. bras. epidemiol.* 19(4), 803-811. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040010>

Santos, N. J. S. (2016). Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde soc.* 25 (3), 602-618. <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162627>.

Santos-Filho, J. C. L., Vieira, M. C., Xavier, I. G. G., Maciel, E. R., Rodrigues-Junior, L. F., Curvo, E. O. V., Pereira, I. M., Quintana, M. S. B., Silva, G. M. S., Veloso, H. H., Mendes, F. S. N. S., Hasslocher-Moreno, A. M., Sousa, A. S., Brasil, P. E. A. A., Saraiva, R. M., & Mediano, M. F. F. (2018). Quality of life in chronic Chagas disease. *Tropical Medicine and International Health*, 23(11), 1213–1222. <https://doi.org/10.1111/tmi.13144>.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. *Boletim Epidemiológico da Doença de Chagas. Secretaria da Saúde*. (2018). n. 01. Recuperado de <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2018-Boletim-epidemiol%C3%B3gico-Doen%C3%A7as-de-Chagas-n.-01.pdf>.

Silveira, A. C., Segura, E., Guillén, G., Dias, J. C. P., Lorca, M., Schenone, H., Padilla, J. P., Arias, A. R., Russomando, G., & Salvatella, R. (2002). O controle da doença de Chagas nos países do cone Sul da América. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/brasil>

Simões, M. V., Romano, M. M. D., Schmidt, A., Martins, K. S. M., & Neto-Marin, J. A. (2018). Cardiomiopatia da Doença de Chagas. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 31(2), 173-179. <http://www.dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20180011>.

Souza, C. L., & Andrade, C. S. (2014). Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10), 4113-4122. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.08992014>.

Vagetti, G. C., Moreira, N. B., Barbosa-Filho, V. C., Oliveira, V., Cancian, C. F., Mazzardo, O., & Campos, W. (2013). Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3483-3493. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200005>.

Willemann, J., & Burci, L. M. (2014). Os Malefícios do uso do cigarro e seu impacto na sociedade. *Revista Gestão & Saúde*, 11(1), 28-34. Recuperado de: <http://www.herrero.com.br/files/revista/filebd43a71a9c75bdae10351f3e45277080.pdf>.

Zorzi, L., Turatti, L., & Mazzarino, J. M. (2016). O direito humano de acesso à água potável: uma análise continental baseada nos Fóruns Mundiais da Água. *Rev. Ambient. Água*, 11(4), 954-971. <http://dx.doi.org/10.4136/ambi-agua.1861>.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Denise Lima Magalhães – 20%

Cinoélia Leal de Souza – 15%

Jaqueline Lopes Prates – 15%

Alaides de Oliveira Souza – 15%

Elaine Santos da Silva – 10%

Rabrine da Silva Matos – 15%

Kelly Albuquerque de Oliveira – 10%