

**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

MARTHA FRANCO DINIZ HUEB

**Doença de Chagas: indicadores cognitivos, de transtorno orgânico cerebral,
de uso de álcool e qualidade de vida.**

**Ribeirão Preto
2006**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

**Doença de Chagas: indicadores cognitivos, de transtorno orgânico cerebral,
de uso de álcool e qualidade de vida.**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP para obtenção do título de Doutor em Saúde Mental.

Área de Concentração: Saúde Mental
Orientadora: Profa. Dra. Sonia Regina Loureiro

Ribeirão Preto

2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Hueb, Martha Franco Diniz

Doença de Chagas: indicadores cognitivos, de transtorno orgânico cerebral, de uso de álcool e qualidade de vida. Ribeirão Preto, 2006.

152 f. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP - área de concentração Saúde e Mental.

Orientadora: Loureiro, Sonia Regina.

1. Doença de Chagas. 2. Cognição. 3. Memória. 4. Qualidade de vida. 5. Transtorno Orgânico cerebral

FOLHA DE APROVAÇÃO

Martha Franco Diniz Hueb

Doença de Chagas: indicadores cognitivos, de transtorno orgânico cerebral, de uso de álcool e qualidade de vida.

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP-USP para obtenção do título de Doutor em Saúde Mental.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

To meus pais:

Gerson e Aldair, que souberam seduzir-me ao prazer dos estudos, encaminhando-me com confiança a todos os passos da formação; por ensinarem-me que o trabalho é transformador da vida.

To meu marido e filhos:

Fábio, Fábio Junior e Fernando, que com amor compartilhado comigo todas as travessias da vida, num contínuo processo de construção e respeito mútuos.

rrrrrrrrrrTgradecimentos

duero tornar p• lico meu reconhecimento • pessoas que diretamente contribu• am para que este trabalho se tornasse uma realidade:

- Professora Dr• . Sonia Regina Loureiro, minha orientadora, pelo exemplo de postura cient• ica. Al• dos preciosos ensinamentos na condu• o de uma pesquisa de campo permitiu-me que o fizesse em clima de liberdade e respeito. Agrade• pelas media• es, paci• cia, carinho e coragem recebidos e pela disponibilidade com que sempre acompanhou este trabalho;

Aos Professores Dr. Ant• io Waldo Zuardi e Dr. Osvaldo Takayanagui, pela magn• ica contribui• o durante o exame de qualifica• o;

- S• ia Mitiko Takeuchi Bueno, secret• ia da P• -gradua• o em Sa• e Mental da Faculdade de Medicina de Ribeir• Preto (FMRP), pela delicadeza, prontid• e inesgot• el disponibilidade com que sempre me auxiliou;

Ao estat• tico Geraldo C• sio dos Reis, do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia M• ica da FMRP-USP, pela primorosa assessoria e orienta• o na an• ise estat• tica;

Ao Professor Dr. Alu• io Prata, Coordenador do Curso de P• -Gradua• o em Medicina Tropical e Infectologia da Universidade Federal do Tri• gulo Mineiro (UFTM), por convidar-me a participar da equipe que desenvolve estudo longitudinal sobre doen• de Chagas na zona end• ica de • gua Comprida;

Ao Professor Dr. Dalmo Correia Filho, Pr• -Reitor de Pesquisa e P• Gradua• o da UFTM, pesquisador respons• el pelo diagn• tico do grupo soropositivo e soronegativo para doen• de Chagas utilizado neste estudo; pelas prestimosas sugest• s e colabora• es;

Ao Professor Dr. • dison Reis Lopes, ent• Diretor do Instituto de Ci• cias Biol• icas e da Sa• e da Universidade de Uberaba (UNIUBE), grande incentivador, e estimulador no desenvolvimento deste estudo, inclusive disponibilizando transporte de Uberaba a • gua Comprida para a pesquisadora e colaboradores durante a coleta dos dados;

- Professora Dr• . Ana Maria Fernandes Pitta, na • oca Coordenadora do curso de P• -gradua• o em Sa• e Mental da UNIUBE, pelo incentivo constante e por inserir-me nas bases da epidemiologia em Sa• e Mental;

• s professoras e psic• ogas S• ia Maria de Barros Sousa e • ngela da Costa Almeida, antes de tudo parceiras, amigas e colegas na UNIUBE, por ajudarem-me na coleta de dados, e de modo especial • S• ia Barros pelo grande aux• io na codifica• o do teste Bender, atuando como segunda avaliadora independente;

Aos alunos do 4• per• do do curso de Psicologia, Alfredo, Beatriz, Bruna, Carmem L• ia, **L• ian, Henrique, Renata e Vivian, que trabalharam com afinco e interesse durante a** • dua coleta de dados;

Aos v• ios motoristas da UNIUBE que durante a primeira fase da coleta de dados, por diversas vezes fizeram o percurso Uberaba - • gua Comprida, em especial ao Sr. Geraldo **S• gio Moreira da Silva, o nosso mais freq• nte condutor, pelo carinho e cuidado** dispensado com os pesquisadores al• das agrad• eis conversas mantidas durante o ir e vir entre os munic• ios;

Ao ent• prefeito de • gua Comprida, m• ico Elbas Ferreira Almeida, pela infra-estrutura colocada • disposi• o da equipe de pesquisadores, inclusive oferecendo, todos os s• ados deliciosos caf• da manh• , • vezes, enriquecidos com quitutes t• icos da regi• , como p• s de queijos, pamonhas e bolos de fub• ;

De modo especial, ao dono da • ica farm• ia de • gua Comprida, o l• er comunit• io e • • ico - pr• ico• dos males f• icos e mentais dos habitantes da pequena comunidade, Sr. **Douglas de Paula, infelizmente falecido em 2003 quando se finalizava a coleta de dados;** pela grande dedica• o e disponibilidade no agendamento dos participantes, j• que em se tratando de uma pequena cidade, nem todas as casas eram identificadas com n• eros, o que dificultava enormemente para os pesquisadores a localiza• o das pessoas inclu• as no estudo;

• s enfermeiras do Centro de Sa• e da cidade de • ua Comprida, Valdirena Aparecida **Pereira Andr• e Luciana Pereira Gomes Dantas, que na aus• cia do Sr. Douglas, com** muito carinho e presteza auxiliaram na localiza• o e agendamento dos participantes;

Ao meu filho, Fl• io Miguel Hueb J• ior, por se disponibilizar ao final do trabalho de campo, a acompanhar-me at• pequenos s• ios ou fazendas, a fim de localizar alguns participantes que ainda n• haviam respondido • escala de avalia• o da qualidade de vida,

Com muito carinho, • minha irm• Telma Franco Diniz Abud, Tradutora Juramentada e de belos filmes da Videolar em S• Paulo, muitos dos quais assistimos no aconchego do nosso lar, que t• gentilmente se disp• a traduzir para o ingl• o abstract deste trabalho;

Ao Professor D• io Bragan• Silva, docente da UNIUBE na • ea da l• gua portuguesa, pela grande contribui• o na revis• do texto;

- Mara R• ia Marques, da Works Editora• o, pela prestimosa colabora• o na diagrama• o e formata• o final da tese;

E finalmente, mas n• por • timo, com muito respeito e admira• o, a minha profunda gratid• a todos os participantes, soropositivos e soronegativos de • gua Comprida, que dispensaram parte do seu tempo, muitas vezes t• atribulado com pesados afazeres cotidianos, pela grande contribui• o que prestaram para uma melhor compreens• dos aspectos cognitivos e psicossociais da doen• de Chagas.



*Pelo sinal da Santa Cruz,
chegue at• V• meu ventre dilatado
e Vos comova, Senhor, meu mal sem cura.
Inauguro o dia, eu que a meu cr• ito explico
que passei em claro a treva da noite.
Escutei – e • quando • vezes descanso –
vozes de h• mais de trinta anos.
Vi no meio da noite nescas clar• simas de sol.
Minha m• falou,
enxotei gatos lambendo
o prato da minha inf• cia.
Livrai-me de lan• r contra V•
a tristeza do meu corpo e seu apodrecimento cuidadoso.
Mas desabafo dizendo:
que irado amor V• tendes.
Tem piedade de mim,
tem piedade de mim
pelo sinal da Vossa Cruz,
que fa• na testa, na boca, no cora• o.
Da ponta dos p• • cabe• ,
de palma • palma da m• .*

AD• LIA PRADO

• m homem doente faz a ora• o da manh•

Poesias Reunidas(2002)

rrrrrrrrrrrrrr eesumo

RESUMO

HUEB, Martha Franco Diniz. Doença de Chagas: indicadores cognitivos de transtorno orgânico cerebral, de uso de álcool e qualidade de vida. 2006. 152 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

A doença de Chagas é decorrente de uma infecção parasitária produzida pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, que se reproduz no organismo humano. A associação de comprometimento psicológico da doença de Chagas e a sua influência no comportamento e na vida dos portadores já foram reconhecidas, embora pouco estudadas. Objetivou-se avaliar o funcionamento cognitivo, a memória, a qualidade de vida, a presença de indicadores de transtorno orgânico cerebral e de problemas com o uso de álcool, por meio de testes psicológicos específicos, em um grupo de soropositivos para doença de Chagas, em comparação a um grupo de soronegativos para doença de Chagas, residentes na mesma comunidade, visando analisar o impacto psicossocial da doença na vida dos portadores. Para tal, foram avaliados, 80 participantes, distribuídos em dois grupos G1-sorologia positiva e G2-sorologia negativa balanceados por idade, sexo e escolaridade, excluindo aqueles com deficiências sensoriais e problemas psíquicos previamente diagnosticados. Procedeu-se a avaliação individual dos participantes, atendo-se a um critério duplo cego quanto à alocação nos grupos, por meio dos seguintes instrumentos: Inventário de Inteligência N-Verbal - INV, Memória Auditiva e Visual - da Bateria CEPA, Escala de Avaliação da Qualidade de Vida - WHOQOL-bref, Teste Gestivo Visomotor de Bender e do Teste de screening de alcoolismo - CAGE. Os dados foram tratados por procedimentos estatísticos procedendo-se a comparação dos grupos, e destes aos dados normativos. ($p < 0,05$). Observou-se na comparação dos grupos, com significância estatística, maior prejuízo cognitivo para o grupo com doença de Chagas. Quanto à memória visual, auditiva, indicadores de transtorno orgânico cerebral e de problemas com o uso de álcool os grupos não apresentaram diferenças com significância estatística. Em comparação aos dados normativos ambos os grupos apresentaram com significância estatística, maior prejuízo cognitivo geral e específico, menor qualidade de vida nos domínios físico e psicológico e mais indicadores de problemas com o uso de álcool. Dentre as variáveis avaliadas a nível intelectual foi o que apresentou maior significância estatística e melhor poder discriminativo na comparação dos grupos, apontando que os participantes com doença de Chagas tendem a ter valores inferiores na avaliação cognitiva. Ao se comparar grupos de uma mesma comunidade, constatou-se que o impacto da doença de Chagas na vida dos portadores expresso em prejuízos de ordem cognitiva e na qualidade de vida relativo, evidenciando que as condições de precariedade de recursos a que ambos estão expostos os diferencia negativamente dos parâmetros normativos, apontando para a necessidade de políticas públicas que instrumentem práticas de saúde favorecedoras do desenvolvimento psicossocial em comunidades carentes de recursos.

Palavras-chaves: doença de Chagas, cognição, memória, qualidade de vida, transtorno orgânico cerebral.

rrrrrrrrrrrrTbstract

ABSTRACT

HUEB, Martha Franco Diniz. Chagas Disease: cognitive evidences of organic cerebral disorder, problems related to the use of alcohol, and quality of life. 2006.152 f. Thesis (Doctor) - Medical School of Ribeir• Preto, University of S• Paulo, Ribeir• Preto, 2006.

Chagas disease (American trypanosomiasis) is a protozoan infection caused by the flagellate *Trypanosoma cruzi*, which multiplies in the human body. Even though investigations on this subject are scarce, the relationship between psychological impairment and Chagas disease and its effect on the life and behavior of human reservoirs have already been acknowledged. By using specific psychological tests, this study aims to evaluate the cognitive performance, memory, quality of life, evidences of organic cerebral disorder and problems related to the use of alcohol in a chronically chagasic group compared to a non-chagasic group - both living in the same community -, and thus to analyze the psychosocial impact of Chagas disease on the reservoirs' lives. The 80 participants were divided into two groups: G1-positive serology and G2-negative serology, paired according to age, sex and schooling, excluding those who had any sensorial handicap as well as any previously diagnosed psychiatric disorders. All the participants were individually evaluated obeying a double blind criteria and using the following instruments: Non-Verbal Intelligence Test (INV), Audio and Visual Memory Test (CEPA – Center for Applied Psychology), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), the Bender Visual Motor Gestalt Test, and the CAGE screening for Alcoholism. Data were submitted to statistical analysis and the two groups were compared; and then, compared to normative ($p < 0.05$). By comparing the two groups, a greater cognitive impairment (with statistical significance) was detected in the chagasic group. As to visual and audio memories, evidences of organic cerebral disorder, and problems related to the use of alcohol, there was no statistically significant difference between the two groups. As in relation to the normative data, minding the statistical significance, both groups showed greater cognitive impairment - general as well as specific -, as well as poorer quality of life in the physical and in the psychological level, and greater evidence of problems related to the use of alcohol. Among the variables under examination, the intellectual level was the one with greater statistical significance and better discriminative power, when comparing the two groups - thus indicating that the chagasic participants tend to show inferior achievement when cognitive aspects are under evaluation. Upon comparing groups who live in the same community, it was observed that the impact of Chagas disease over the infected subjects - when expressed in terms of cognitive impairment and poorer quality of life -, is relative, demonstrating that the nearly absolute lack of resources both groups suffer from keep them far, in an adverse way, from the normative parameters; this reveals the need for public policies that can effectively implement health practices which favor psychosocial developments in needy communities.

Key-words: Chagas disease, cognition, memory, quality of life, organic cerebral disorder.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracteriza• o dos participantes inclu• os nos grupos G1- Grupo com doen• de Chagas G2- Grupo de Compara• o quanto • vari• eis de g• ero, idade e escolaridade.....	54
Tabela 2 - Avalia• o Intelectual - M• ia, Desvio Padr• , Mediana e Compara• es dos grupos G1-sorologia positiva e G2 - sorologia negativa, com rela• o • classifica• o do percentil obtido.....	73
Tabela 3 - Mem• ia Visual-M• ia, Desvio Padr• , Mediana e Compara• es dos grupos G1-sorologia positiva e G2 - sorologia negativa, aos dados normativos, com rela• o a classifica• o do percentil obtido	73
Tabela 4 - Mem• ia Auditiva - M• ia, Desvio Padr• , Mediana e Compara• es dos grupos G1-sorologia positiva e G2 - sorologia negativa, aos dados normativos, com rela• o • classifica• o do percentil obtido	74
Tabela 5 - Qualidade de Vida - M• ia, Desvio Padr• e Mediana dos Escores e Compara• es dos grupos G1 - sorologia positiva e G2- sorologia negativa a dados normativos, com rela• o aos quatro dom• ios avaliados	75
Tabela 6 - Qualidade de Vida - Porcentagem de itens espec• icos, relativos • auto-avalia• o de satisfa• o – geral e dom• io f• ico, compara• es dos grupos G1-sorologia positiva e G2- sorologia negativa	76
Tabela 7 - Qualidade de vida - porcentagem de itens espec• icos, relativos a autoavalia• o de satisfa• o-dom• io psicol• ico, compara• es dos grupos G1- sorologia positiva e G2 sorologia negativa	77
Tabela 8 - Qualidade de vida - Porcentagem de itens espec• icos, relativos • auto-avalia• o de satisfa• o dom• io social, compara• es dos grupos G1- sorologia positiva e G2 sorologia negativa.....	79
Tabela 9 - Indicadores de Transtorno Org• ico Cerebral Porcentagem de participantes e compara• es dos grupos G1-sorologia positiva e G2- sorologia negativa, a dados normativos quanto • pontua• o relativa • nota de corte significativa de problema.....	80
Tabela 10 - Problemas de Uso do • lcool - Porcentagem de participantes e compara• es dos grupos G1-sorologia positiva e G2-sorologia negativa, quanto • pontua• o relativa • nota de corte significativa de problema	81

Tabela 11 - Correla• es entre as vari• eis avaliadas para G1 - sorologia positiva e G2 -

Tabela 12 - Correlações entre as variáveis avaliadas para G1 - sorologia positiva e G2-sorologia negativa e suas associações com a escolaridade.....	82
Tabela 13 - Correlações entre as variáveis avaliadas para G1-sorologia positiva e G2-sorologia negativa e suas associações com o gênero.....	83
Tabela 14 - Correlações entre as diversas variáveis avaliadas para G1-sorologia positiva.....	84
Tabela 15 - Correlações entre as diversas variáveis avaliadas para G2 - sorologia negativa.....	87
Tabela 16 - Análise Multivariada - relativa - nove variáveis estudadas, tendo por variável independente a sorologia	89
Tabela 17 - Análise Multivariada – variável avaliada intelectual e sua associação com a variável independente sorologia	90

LISTA DE SIGLAS

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAGE Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener
CEPA Centro Editorial de Psicologia Aplicada
BHC Benzeno Hexaclorado
FMTM Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INV Inventário Não Verbal de Inteligência
LILACS Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MA Memória Auditiva
MEDLINE Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MV Memória Visual
OMS Organização Mundial da Saúde
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
PCDch Programa de Controle da Doença de Chagas
PscINFO American Psychological Association Online
SciELO Scientific Electronic Library Online
SUCAM Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
USP Universidade de São Paulo
UFTM Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNIUBE Universidade de Uberaba
WHOQOL World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Aspectos clínicos, sociais e psicológicos da doença de Chagas.....	20
1.2 A transmissão e epidemiologia da doença de Chagas	22
1.3 Aspectos Cognitivos e doença de Chagas	42
1.4 Aspectos psicossociais e doença de Chagas	44
2 OBJETIVO	50
3 MÉTODO	52
3.1 Participantes	53
3.1.1 Caracterização dos participantes	53
3.1.2 Processo de seleção dos participantes	55
3.2 Caracterização da região de estudo	59
3.3 Instrumentos	60
3.3.1 Avaliação Intelectual	60
3.3.2 Avaliação da Memória.....	61
3.3.3 Avaliação da Qualidade de Vida	62
3.3.4 Avaliação de Indicadores de Transtorno Orgânico Cerebral.....	63
3.3.5 Avaliação de problema quanto ao uso de álcool	64
3.4 Procedimentos	65
3.4.1 Coleta de dados.....	65
3.4.2 Tratamento e análise de dados.....	67
3.4.2.1 Codificação.....	67
3.4.2.2 Análise	68
3.5 Aspectos éticos	70
4 RESULTADOS	71
4.1 Análise de Comparação entre Grupos	72
4.1.1 Funcionamento Cognitivo Geral e Específico	72

4.1.2 Indicadores de Qualidade de Vida.....	75
4.1.3 Indicadores de Transtorno Org• ico Cerebral.....	80
4.1.4 Indicadores Indiretos do Uso do • lcool	80
4.2 Integra• o dos dados	81
4.3 An• ise Multivariada	88
5 DISCUSS• O	91
5.1 Funcionamento cognitivo e doen• de Chagas: impacto na vida dos portadores	92
5.2 Aspectos psicossociais e doen• de Chagas: impacto na qualidade de vida dos portadores	97
5.3 Vari• eis pessoais e contextuais: associa• es com a doen• de Chagas	107
6 CONCLUS• ES.....	111
REFER• NCIAS	117
AP• NDICES	125
Ap• dice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido P• Informado.....	127
Ap• dice B – Idade	129
Ap• dice C – Escolaridade	134
Ap• dice D – G• ero	138
ANEXOS	141
Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comit• de • tica	142
Anexo B - Artigo Publicado	146

rrrrrrrrrr \ntrodu• o

1.1 Aspectos clínicos, sociais e psicológicos da doença de Chagas

A doença de Chagas, detectada em múltiplas andinas datando de 4000 AC, começou a se expandir no final do século XIX, e atingiu seu pico na primeira metade do século XX. Trata-se de uma infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* que tem parte de seu ciclo vital na subfamília dos triatomídeos. Estende-se desde o Texas nos Estados Unidos até a extremidade dos países do cone sul. É a enfermidade humana mais relacionada com o subdesenvolvimento, o que torna mais crítica ainda a situação de milhões de pacientes chagásicos (MONCAYO, 1997). Embora a incidência da infestação no continente americano tenha decado cerca de 70% por volta do ano 2000 (MONCAYO, 2003) estima-se que há entre 16 a 18 milhões de infectados e cerca de 100 milhões, 25% da população, sob o risco de contrair a infecção na América Latina (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2006).

A fase aguda da doença de Chagas se estabelece após a contaminação por transmissão vetorial, transfusão de sangue, congênita ou transplante de órgãos. De acordo com Siqueira-Batista e Gomes (2002), essa fase na maioria das vezes passa despercebida, sem apresentar sintomas. Quando estes existem, aparecem de 4 a 12 dias após a infecção pelo *Trypanosoma cruzi* e são chamados de sinais de porta de entrada. Verifica-se dentre eles o chagoma de inoculação, o sinal de Roma, que é caracterizado por edema bipalpebral unilateral e indolor e que comumente vem acompanhado por linfadenopatia satélite preauricular e submandibular. Também pode se observar febre superior a 39°C, mialgias, astenia, anorexia, cefaleia e síndromes digestiva, cardíaca e respiratória que, em geral, duram de um a dois meses (MARQUEZ, 1994). Raramente ocorre a meningoencefalite aguda que junto com a miocardite e a insuficiência cardíaca são as responsáveis pela maioria dos óbitos nessa fase da doença, acometendo principalmente crianças.

Prata (2001), discorrendo sobre as fases e várias formas da doença de Chagas, relata que de 5 a 10% de pacientes sintomáticos morrem durante a fase aguda. Depois de 2 a 4 meses da doença nesta fase, as manifestações clínicas desaparecem e raramente se detecta parasitas no sangue periférico. A doença entra, então, na fase crônica, apresentando muitas vezes um longo período de latência, o qual é denominado de forma indeterminada. Depois do período de latência, muitos pacientes infectados podem apresentar manifestações envolvendo outros órgãos como o coração, o esôfago e o sistema nervoso, caracterizando as diversas formas da doença descritas a seguir.

A forma indeterminada é assintomática e os pacientes costumam desfrutar de boa saúde ignorando a doença. A infecção, em geral, é diagnosticada pela sorologia reativa e pelo xenodiagnóstico. É nesta forma clílica que se encontram a maioria dos pacientes na fase crônica de uma leishmaniose endêmica.

A cardiaca é a mais importante forma da moléstia devido à morbimortalidade.

Está relacionada à sobrecarga do esforço físico e com a hipertensão arterial e miocardiosclerose. Estudos longitudinais em zona endêmica (PRATA,2000) apontam que cerca de 2% dos pacientes incluídos na forma indeterminada tem evolução para a cardiaca.

Já, na forma digestiva da doença de Chagas, os grupos mais atingidos são os idosos e os idosos, os quais apresentam destruição das células nervosas do sistema nervoso autônomo. Nas áreas endêmicas, por volta de 15 a 20% de pacientes chagásicos desenvolvem alteração de motilidade, secreção e absorção do trato digestivo e em cada ano cerca de 0,33% dos pacientes incluídos na forma indeterminada evoluem para a esofagopatia (PRATA,2000).

A forma nervosa da doença de Chagas na fase crônica é objeto de controvérsia.

Carlos Chagas, em 1910, relatou esta forma da doença indicando alterações acentuadas da motricidade, da inteligência e da linguagem, principalmente em crianças. Afirmou com bases em conhecimentos médicos da época, que as alterações neurológicas encontradas eram decorrentes da ação do *Trypanosoma cruzi* no sistema nervoso, concluindo, porém, que o quadro clínico era bastante variável. Posteriormente, em 1911 e 1912, acrescentou que, além das alterações mentais, observava-se a presença de distúrbios psíquicos de manifestações variadas na doença de Chagas. No entanto, na atualidade, tais afirmações são objeto de controvérsia como relatado a seguir.

Para Nogueira (1994), os casos nervosos crônicos descritos por Chagas seriam seqüelas de casos agudos que teriam passado despercebidas, ou que encefalopatias crônicas da infância de variadas etiologias, principalmente carenciais, coexistiriam com a infecção chagásica, levando-o a definir a forma nervosa crônica. Entende que a segunda hipótese é a mais provável, pois, em se tratando de doentes residentes em áreas rurais pobres com moradias que possibilitavam a permanência e reprodução do vetor, a tripanosomose americana seria um achado constante, mas não representaria os fatores etiológicos da

encefalopatia, correspondendo apenas a uma ocorrência de processos patológicos

(p.26). Afirma ainda que a forma nervosa crônica em adultos seria a manifestação da doença em pacientes previamente assintomáticos, que provavelmente tiveram a doença reativada ou pelo HIV ou por transplante de órgãos de pessoas infectadas.

Segundo o referido autor, desnecessário distinguir a fase aguda da doença de Chagas com e sem comprometimento neurológico, como procedeu Carlos Chagas, pois o comprometimento pode ser inicialmente assintomático, levando a manifestações neurológicas muitos anos após a infecção.

Jörg, Storino e Sapino (1994) também relatam que não é suficiente encontrar a infecção por *T. cruzi* nestes casos para assinalar a etiologia da doença, pois poderia tratar-se de uma superposição, ou de uma patologia coincidente. No entanto, afirmam que, até o momento, a experiência acumulada aponta para a inexistência de uma síndrome cerebral característica da doença de Chagas crônica, que possa ser identificada em um atendimento de atenção primária básica. Contudo, afirmam que há necessidade de verificar outros fatores de risco, genéticos, nutricionais, de descendência parasitária ou imunodependentes, que interferem como predisponentes ou desencadeantes do quadro. Assim como esses pesquisadores, Marquez (1994) relata que, apesar de se encontrar na literatura relatos ocasionais de manifestações associadas a deficiência mental, diminuição do rendimento intelectual e alterações psicóticas, dificilmente se confirma o diagnóstico de uma forma neurológica crônica definida na doença de Chagas.

Prata (2001) entende que o envolvimento do sistema nervoso central é evidente na fase aguda da doença dando origem a meningoencefalite e imunodepressão; no entanto, na fase crônica, afirma como os autores anteriormente citados, há apenas referências de casos isolados de mudanças psicóticas, que não levam a um consenso que possa definir esta forma

clínica, sugerindo que as alterações eletro-fisiológicas mostram que a forma nervosa ainda uma questão em aberto.

O contato com o diagnóstico e suas implicações psicológicas e sociais também foi abordado por diversos autores.

Jörg, Storino e Sapino (1994) relatam que o paciente, ao tomar conhecimento de sua infecção chagásica, desenvolve uma sintomatologia reativa que vai desde uma depressão leve, de uma simples ansiedade até a síndrome de alexitimia. Acreditam que esse processo desencadeado pelo temor oculto da evolução maligna e pela impossibilidade de deter a doença. Nesse sentido, destacaram a associação de manifestações psíquicas e mentais nos doentes de Chagas, independente da forma da doença. Embora pouco tenha sido estudado, de forma sistemática, sobre os aspectos psicológicos associados à doença de Chagas, é evidente a sua importância na evolução da enfermidade e na vida dos portadores.

Storino (1994) aponta que é necessário valorizar os aspectos psicossociais dos portadores da doença de Chagas, ressaltando que há uma grande diferença entre ser e estar doente, sendo que o estado permanente ou transitório da doença é fundamental na formação da identidade do indivíduo. Afirma que em qualquer doente somático, chagásico ou não, o aparelho psíquico tem a exigência de processar e dar significado aos estímulos que recebe, tanto do exterior quanto do próprio corpo. Observa-se uma crise ou divisão no indivíduo doente, provocada ou pela dor e sofrimento, ou pela frustração frente à doença. Completa que o indivíduo que está enfermo sofre um ataque passageiro na sua identidade, que pode ser tanto maior quanto mais grave for a patogenia. Porém esta situação pode levar a reestruturas mais ou menos adaptativas permitindo-lhe uma volta muitas vezes enriquecida ao seu estado anterior.

Para o indivíduo enfermo, como acontece com o chagótico crônico, necessita de se organizar psicologicamente a partir de um nível estrutural. O ser doente, ao alterar a identidade do sujeito, leva-o a fazer a utilização de mecanismos de defesas mais primitivos, nem sempre bem sucedidos. Além de sofrer uma brusca mudança no seu estado de saúde e tanto físico quanto mental, o enfermo ainda sofre as repercussões da doença no seu contexto de vida.

Depois do impacto inicial do conhecimento da positividade para Chagas, geralmente, observa-se a indiferença, o rechaço e a marginalização da sociedade e de familiares, às vezes, encobertas por atitudes aparentemente superprotetoras.

A doença de Chagas é deste ponto de vista uma enfermidade social. A maioria das pessoas infectadas pertence a classes socio-econômicas e culturais desprivilegiadas, fato que por si só favorece um nível na estrutura psicoafetiva. Geralmente o doente de Chagas vê a enfermidade como uma maldição que o persegue e como defesa passa a negar a realidade. Passa a não cumprir as orientações médicas, fato que agrava ainda mais a doença e distancia o processo de comunicação médico-paciente. Sentimentos de inferioridade são facilmente observados, assim como a falta de meios defensivos adequados, como a capacidade intelectual e o pensamento lógico formal que lhe favorecem encontrar novas modalidades de readaptação.

Para Storino (1994), fica claro que se o desenvolvimento psicoafetivo do indivíduo é mais ou menos normal, é comum que surjam reações de isolamento e ideias depressivas ao tomar conhecimento da doença, mas que vão pouco a pouco se desfazendo com a ajuda de mecanismos de defesas mais adaptativos. No entanto, quando a evolução psicoafetiva foi deficiente, fazem-se presentes mecanismos de defesas mais primitivos e pouco adaptativos. A imaturidade é comum em populações com características econômicas e sócio-culturais precárias, que geralmente vivem em um meio familiar desestruturado, experimentando marginalização social, carência de necessidades básicas e poucas

oportunidades de desenvolvimento intelectual. Nesse contexto, o abuso do "cool" por parte do doente de Chagas é observado como um meio de facilitar a negação da doença e provar a si mesmo e aos outros que está saudável. Por outro lado Jung, Storino e Sapino, (1994) afirmam que os pacientes chagásicos apresentam perturbações neurológicas e psicológicas que são atribuídas exclusivamente ao T. cruzi, mesmo admitindo que possam desenvolver formas reativas frente ao conhecimento da positividade, com manifestações de ansiedade e depressão.

Neste sentido, Petana já afirmava, em 1980, que diante das incertezas sociais e das privações reais, o diagnóstico da soropositividade para Chagas pode ter um forte impacto mental nos pacientes ao ponto de levar a uma séria deterioração de seu estado.

O autor ressalta a importância de um diagnóstico apropriado do paciente chagásico. Afirma que a distinção entre a forma clínica da enfermidade e a prova sorológica positiva devem ser claramente formuladas pelo médico ao avaliar o estado físico do paciente. O uso do termo "doente de Chagas" para aqueles pacientes que são soropositivos, mas que não apresentam sintoma clínico evidente, pode levar a sérias complicações. Relata que os laboratórios deveriam informar que o paciente é "ativo" ou "reativo" contra anticorpos de T. cruzi, e por nenhum motivo deveria se interpretar o resultado como "positivo" ou "negativo" para a doença de Chagas. Essa conduta diminuiria a angústia dos pacientes frente ao medo de perder o emprego e converter-se em carga para a sociedade diante da incapacidade de sustentar-se ou de sustentar sua família.

Para melhor compreensão da doença de Chagas, faz-se necessário destacar a maneira como se processa a transmissão e os fatores associados a ela que interferem na incidência da enfermidade.

1.2 A transmissão e epidemiologia da doença de Chagas

Na maioria das doenças tropicais, a responsabilidade pelo ciclo de transmissão das endemias é composta por três fatores intervenientes: o parasito, o vetor e o homem. O parasito é o causador da enfermidade, o vetor é o que faz chegar o parasito ao homem e o homem é aquele que devido a atividades, crenças, costumes e atitudes, possibilita muitas vezes de forma involuntária que o vetor lhe transmita o parasito. Dos três fatores dois têm sido muito estudados, o parasito e o vetor. Muito se sabe sobre o comportamento dos parasitos, seus ciclos vitais, suas transformações no homem, suas reações. Com relação aos vetores, seus comportamentos seus hábitos e a maneira como chegam ao homem também se têm bons conhecimentos. No entanto, o homem enquanto ser social e psicológico parece um fator esquecido no estudo das enfermidades tropicais, dentre elas a doença de Chagas, pois pouco se tem estudado sobre suas motivações sobre a saúde e a enfermidade, sobre suas atitudes frente à doença (BRICEÑO-LEON, 1986).

No entanto, Dias (1994) afirma que é preciso reconhecer que uma visão mais holística do problema tem emergido com a evolução da chamada medicina social. Esta, ao inserir o processo saúde-enfermidade em um contexto político e sócio cultural, reforçando o conceito epistemológico do homem enquanto sujeito e objeto maior da ciência, assim como da importância de suas relações sociais com o meio ambiente, muito tem contribuído para a compreensão da epidemiologia das doenças.

Ao estudar a distribuição geográfica e o comportamento da doença de Chagas, pode-se inferir que ela era uma doença exclusivamente de animais e triatomídeos silvestres. Posteriormente passou para o homem, na medida em que este modificou ou destruiu o ciclo

silvestre natural destes insetos e animais, e construiu habitações improvisadas na zona rural, o fator mais importante na transmissão vetorial da enfermidade.

As evidências apontam que o aparecimento da enfermidade chagica no continente latino americano ocorreu a partir de focos isolados do *Triatoma infestans* no espaço compreendido entre o Vale de Cochabamba na Bolívia, e de focos de *Rhoniopsis prolixus* na Venezuela no período p-colombiano, a partir do deslocamento da população aborígene provocada pelos invasores espanhóis.

A casa de pau-a-pique da zona rural e as condições marginais e de pobreza do homem do campo latino americano foram produtos deste contexto. A pouca luminosidade interna das casas, a utilização dos materiais locais nas construções, como troncos retorcidos de árvores, o bambu, o adobe, o piso de terra batida, o teto de palha ou de folhas de palmeiras alidade internas gretas favoreceram abrigo para a instalação e multiplicação do triatomíno no meio doméstico. Também o peridomicíno, em geral, pobre, sujo e extremamente desorganizado, contribuiu para a reprodução do barbeiro e propagação da transmissão da doença. Nesse sentido, pode-se afirmar seguramente que o fenómeno mais importante na epidemiologia da doença de Chagas foi a domiciliação do vetor. No entanto são poucas as espécies domiciliadas, dentre as mais de 120 conhecidas (SIQUEIRA-BATISTA; GOMES, 2002).

Das espécies, as mais observadas no Brasil, relatadas por Dias-Lima e Sherlock (2000), em primeiro lugar vem o *Triatoma infestans*, principalmente nas regiões Centro

Oeste, Sul e Sudeste; em seguida, o *T. brasiliensis*, o *T. pseudomaculata*, o *T. sordida*,

Panstrongylus megistus e o *Panstrongylus lutzi*, na Região Nordeste. Especialmente na Bahia, onde também foram encontradas espécies de *T. pessoai* e *T. melanocephala*, levanta-se a

possibilidade do *T. tibiamaculata* ser altamente susceptível à infecção pelo *T. cruzi*. Já na Amazônia encontra-se o *Triatoma rubrofasciata*, espécie domiciliada, mas que ainda

não desenvolveu hábitos antropofílicos. Por enquanto vive em contato com morcegos e ratos.

No entanto, há relatos da infecção oral, através da ingestão acidental do triatômio esmagado no preparo do suco de abacaxi (PRATA, 2001).

A mudança dos ecossistemas naturais, devido aos projetos agropastoris, reflorestamentos, usinas hidroelétricas, condicionados a situações ou programas políticos e econômicos que venham responder apenas aos interesses das classes mais abastadas, segundo Forattini¹(1989 apud DIAS,1994) modificam e destroem os habitats naturais e os reservatórios dos triatômios o que os leva a invasões artificiais que são os domicílios ou peridomicílios. O desflorestamento em áreas do sudeste brasileiro, principalmente ao longo do rio Paraná, para a plantação de cana-de-açúcar e soja, vem fazendo com que colônias naturais de *Panstrongylus megistus* e do *T. sordida* assim como ocorreu com o *T. infestans*, por terem o seu habitat primitivo destruído, invadam domicílios do Paraguai, Argentina e Brasil.

Ressalta-se ainda que o triatômio, independente da espécie domiciliada, muitas vezes aparece como um elemento secundário na subcondição de vida desta população. Em geral, trata-se de comunidade desarraigada, submissa, buscando apenas estratégias de sobrevivência. Os camponeses, comumente ignorantes de seus direitos, não dispõem de recursos nem de motivação para melhorar suas moradias ou de combater os insetos. Há uma perpetuação do ciclo vicioso na baixa produtividade de indivíduos enfraquecidos pelos parasitos pela miocardiopatia, pela baixa ingestão proteica e calórica e pela anemia produzida diariamente pelos mesmos triatômios (DIAS, 1994).

A falta de recursos financeiros para a construção de paisais para armazenar a pequena produção agrícola, faz com que os grãos colhidos na lavoura sejam guardados dentro da habitação. Esta armazenagem improvisada atrai diferentes roedores e marsupiais portadores do *Trypanosoma cruzi*. Também a presença de animais domésticos, como galinhas

¹ FORATINI, O. P. Demography and vector borne diseases. Boca Raton : CRC Press, USA, 1989.

e cachorros, no interior da casa, aumenta a biomassa de reservatórios para o *T. cruzi* e de mais alimentos para os triatomídeos. Portanto, ainda hoje, os denominadores comuns da endemia chagásica se encontram em grande parte do continente latino americano, bastando apenas o componente biológico para que se desenvolva a enfermidade de acordo com Bucher e Shofield (1981)², Briceño-Leon, (1990)³ e Shofield, (1985)⁴ (apud, DIAS, 1994).

Faz-se necessário ainda ressaltar a migração como disseminadora da endemia chagásica. A migração, observada em toda América Latina desde o México até a Patagônia, que se dá em busca de melhores condições de vida, muitas vezes faz com que o prático migrante, sem desejo e sem saber, torne-se um agente de dispersão de triatomídeos e do parasito de uma zona endêmica para uma não endêmica. Também o modo rural, levando o camponês a se fixar em favelas das grandes cidades, faz com que junto com a mudança traga exemplares de triatomídeos. Como são habitáculos improvisadas, geralmente feitas de materiais aproveitados ou de tijolos sem reboco, facilitam a instalação domiciliar do vulgo barbeiro. Já a dispersão do parasito propriamente dito se dá pela transfusão de sangue. Nem sempre o migrante consegue empregos nas grandes cidades, ou se o tem, em geral, temporário, levando-o a doar sangue por razões de subsistência. Portanto, nesta situação a doença de Chagas tornou-se uma zoonose típica, passando da zona rural, para a periurbana e urbana.

Estudo caso-controle desenvolvido por Gontijo, Rocha e Oliveira (1996) traçou o perfil clínico-epidemiológico de chagásicos atendidos em ambulatório de referência da grande Belo Horizonte. Verificaram que houve, dentre os chagásicos, um predomínio de homens jovens, clientela preferencial dos serviços de hemoterapia, de cor parda ou negra, com idade média de 37,8 anos e pouca escolaridade. Desses, 70% dedicavam-se a atividades braçais.

2 BUCHER, E.H.; SCHOFIELD, C.J. Economic assault on Chagas disease, *New Scientist* v.92 p.321, 1981

3 BRICEÑO-O-LEON, R. et al. Housing and Health: psychosocial and situational effects in a rural disease control program. *J. Soc. Issues* v.46, p.109, 1990.

4 SCHOFIELD, C.J. Control of Chagas disease vectors. *Br. Med. Bull.*, v.14, p. 187, 1985.

Evidenciaram que a via vetorial é realmente a que representa o mais importante mecanismo de infecção. A grande maioria dos sujeitos do estudo (90%) relatou ter nascido na zona rural, sendo que 81% deles nasceram em área endêmica. Também foram colhidos relatos de cardiopatia e morte súbita em familiares com menos de 40 anos, fato que reforça o mecanismo vetorial de transmissão, além da necessidade de desdobrar ações preventivas e coletivas para o grupo familiar destes indivíduos. A forma clínica predominante foi a indeterminada (56%), por ser a principal reação frente à infecção de soro-positividade foi a preocupação, seguida de tristeza e medo de morrer. Já as principais dúvidas levantadas pelos pacientes foram quanto à transmissão e evolução da doença e a possibilidade de cura, fato que também reforça a necessidade do profissional de saúde, quando do atendimento ao chagásico, prestar informações científicas, por serem desconhecidas sobre a soro-positividade.

Prata (2001), em artigo de revisão, também encontrou dados semelhantes ao estudo de Gontijo, Rocha e Oliveira (1996) anteriormente relatado. O perfil de pacientes chagásicos que foi traçado pelo referido autor é igualmente de pessoa de origem rural, com idade média de 38 anos, com baixo nível cultural, trabalhador braçal e em sua maioria vivendo na periferia das cidades.

Tendo-se em vista as características do perfil descrito nos estudos citados, ressalta-se a importância de conscientização para a redução de sangue, da infecção dos

riscos existentes ao desenvolver certos tipos de trabalho braçal e do impacto sobre a evolução da doença, para aqueles pacientes que manifestem formas clínicas específicas da

doença. Mas também se entende que é dever médico, esclarecer que ser soro-positivo para

Chagas, ou como prefere Petana (1980) ser reativo para Chagas, não equivale a estar doente a apresentar uma forma clínica da doença, embora esta possibilidade possa vir ou não a ocorrer ao longo da vida.

A maior parte dos infectados, portanto, permanece na forma indeterminada da doença de Chagas o que na prática não apresenta qualquer limitação no desempenho laboral. No entanto, verifica-se muitas vezes o rechaço indiscriminado de indivíduos com a sorologia positiva nos mais distintos mercados de trabalho da América Latina, fato que leva ao desemprego e a grande inquietação social. Esse esclarecimento poderia minimizar o sofrimento emocional e social imposto ao indivíduo e a sua família (DIAS,1994).

Para a compreensão do sentido social da doença de Chagas, segundo Brice Leon (1986,1994), pode-se fazer uma análise tendo em vista diferentes dimensões e diferentes escalas. As dimensões através das quais se interpreta a enfermidade se referem principalmente ao tipo de causa a qual é atribuída. Nesse sentido tanto, a doença pode ser vista numa situação situacional, como resultado das condições objetivas externas de pobreza e miséria nas quais vive a população em risco de contrair a doença as quais existem independentemente dos indivíduos, quanto pode ser compreendida na dimensão psicossocial. Nessa, é presumido que a transmissão da doença é responsabilidade do indivíduo, de maneira que não importa se de forma intencional ou não, porém, nesta visão são os riscos externos que se impõem na transmissão, mas sim as circunstâncias internas dos indivíduos que a determinam. São as expectativas que os indivíduos têm sobre o controle de suas vidas, assim como sobre o controle da doença que parecem ser os fatores mais importantes. Muitas vezes, o indivíduo não acredita que está em suas mãos o poder de controlar a enfermidade, mas sim que a doença possui condições independentes de sua vontade de sua ação.

Na dimensão situacional, está muito claro que a doença está ligada à pobreza, mas muito raramente se questiona a origem desta pobreza, principalmente na zona rural. Há uma grande distinção em apenas dizer que a causa da transmissão vetorial se dá pela pobreza e em dizer que a transmissão tem sua origem na baixa produção agrícola ou na exploração dos trabalhadores rurais e na forma e organização do trabalho nas cidades. Já na dimensão

psicossocial, • poss• el dizer com seguran• que a doen• est• relacionada com a educa• o das pessoas. Est• diretamente relacionada com seu n• el de informa• o sobre a enfermidade, com os h• itos sanit• ios que por sua vez s• derivados de uma forma• o inadequada e com a apatia produzida pela ignor• cia. Presentes no interior do indiv• uo, derivados de id• as informa• es, valores, cren• s ou expectativas, esses fatores atuam de forma a possibilitar o surgimento ou mesmo a persist• cia das condi• es que favorecem a transmiss• vetorial.

A abordagem situacional assim como a psicossocial tamb• podem ser compreendidas tanto na escala de n• el macro social quanto na escala micro social. Ou seja, no n• el macro social, a sociedade globalizante, seja ela regional, nacional ou internacional, se torna respons• el pelo controle da doen• . J• no n• el micro social, o indiv• uo, a fam• ia e o grupo social s• igualmente respons• eis pelo controle.

Independente se por quest• s situacionais ou se por psicossociais, Brice• Leon (1994) aponta seis vari• eis a serem destacadas, tr• delas situacionais e tr• psicossociais.

Das situacionais destaca a propriedade da terra onde se trabalha, a propriedade da moradia e o recurso financeiro com sal• io fixo e regular. Quanto • vari• eis psicossociais, ressalta as expectativas do controle do futuro e do controle da doen• al• do estabelecimento de ra• es em um determinado lugar.

Destacando as vari• eis situacionais, relata que se o homem do campo trabalha em uma terra que lhe pertence, tender• a ter mais recursos para melhorar a sua moradia. Por• , se a casa n• for pr• ria haver• poucas raz• s e est• ulos para melhor• -la. No entanto, a realidade na Am• ica Latina mostra que muitos s• propriet• ios da casa na zona rural, mas n• o s• da terra, portanto n• poderiam vender a casa que constru• am; da• o n• investimento na sua melhoria. Tamb• na condi• o situacional, o recurso financeiro do doente de Chagas • uma vari• el importante, pois h• uma rela• o direta com a propriedade da terra. Dificilmente poder• melhorar sua habita• o se n• possu• em recursos materiais para

faz-lo. Muitos são camponeses que trabalham com o cultivo e assim recebem um montante financeiro apenas na venda da colheita, o que ocorre uma ou duas vezes ao ano. Outros, paralelamente ao cultivo, têm empregos temporários em alguns dias ou meses do ano.

É um terceiro grupo composto por aqueles que têm um trabalho permanente e recebem regularmente. Portanto, observou-se que a melhoria das moradias estaria relacionada diretamente com a maior ou menor regularidade de recebimento de salário.

Quanto aos variáveis psicossociais, Brice Leon (1994) explica sobre as expectativas do controle do futuro. Aqui se verificam as crenças que as pessoas podem ter com o que acontecer em suas vidas, que podem ser internas e externas. Quando internas, as pessoas têm consciência de que o controle do futuro está em suas próprias mãos, e assim podem se dedicar ao cuidado com seus pertences; já as crenças do controle externo são consideradas ligadas ao destino, sorte, ou vontade de pessoas muito poderosas que poderiam ajudá-las como, por exemplo, os políticos.

Quanto às expectativas de controle da enfermidade, se comportar de modo muito distinto aquele que acredita que independentemente do que possa fazer, a manutenção de sua saúde, depender do azar, do destino e da vontade de Deus. Portanto quem acredita que será infrutífero realizar qualquer ação para o controle da enfermidade, dificilmente desenvolverá uma atividade que considera inútil.

Quanto ao estado da moradia, relacionada à terceira variável psicossocial considerada, a de estabelecer raízes, depende do sentimento de permanência que as pessoas tenham. Não se trata efetivamente de quanto tempo estarão ali, mas sim do quanto crêm que vão permanecer no lugar, pois da mesma forma pensam não haver sentido em melhorar a moradia se poderiam mudar a qualquer momento.

A compreensão das seis variáveis que dificultam a melhoria das residências dos moradores de zona endêmica, as quais permitem a transmissão da enfermidade de Chagas, extremamente importante para as políticas de saúde pública.

Ainda Briceño-Leon (1994) ressalta que as características micro sociais, anteriormente citadas, estão relacionadas com dois fatores que são gerais na população endêmica da América Latina. O primeiro é que o futuro não é imaginado como algo que se constrói baseado no comportamento presente, mas sim é visto como algo predestinado. O segundo está relacionado à desesperança que a população mais pobre da zona rural latino americana tem aprendido na vida social. Os anos de abandono e frustração que tem vivenciado faz com que seja muito difícil a crença de que realizando esforços possam melhorar algo na vida. Portanto, acredita-se que a passividade e a dificuldade de encontrar respostas na população, tornadas infrutíferas muitas ações governamentais na prevenção da doença de Chagas.

Como ainda não existe uma vacina segura e eficaz contra a doença de Chagas, a alternativa contra a enfermidade deve incidir sobre o controle vetorial e transfusional, já que as outras formas de transmissão seja por via oral, por transplantes de órgãos ou via uterina são menores, embora existentes como já relatados.

Os aspectos sociais, econômicos e políticos estão intimamente intrincados no controle vetorial. Dias (1994) relata que, em 1911, Carlos Chagas já havia identificado esses pontos como uma questão de segurança nacional. Afirma que os países que ainda não mantêm um controle efetivo sobre a enfermidade, assim agem ou por ignorar o peso médico social da endemia, ou porque não possuem recursos técnicos e financeiros ou porque não priorizam os extratos sociais atingidos pelo T. cruzi.

O controle de vetores tem exposto claramente a vulnerabilidade dos triatomídeos que apresentam alta sensibilidade aos inseticidas, reproduzem uma ou duas vezes ao ano, além de possuir baixa variabilidade genética o que os deixa pouco resistentes aos inseticidas (PRATA, 2001).

No entanto, apesar de parecer simples, este controle é bastante complexo devido a atitudes, vontades políticas, crenças e valores da sociedade vigente. Haja vista que estratégias modernas para o combate ao vetor já haviam sido definidas por sanitaristas, dentre eles o mineiro Emanuel Dias, na década de 40. As estratégias haviam sido iniciadas com sucesso em projetos pilotos como o de Bambuí, MG assim como já se encontrava disponível o conhecimento da profilaxia da transmissão transfusional, desde 1951, como relatado por Schumilas (1991 apud DIAS, 1994), mas foi só na década de 70 que o controle de transmissão foi implementado no Brasil.

Dias (1994) afirma ainda que a modernização e a mecanização da agricultura, assim como as novas técnicas de armazenamento de cereais, podem influir positiva e indiretamente no combate aos triatomídeos. As novas técnicas, ao modificar o comportamento de aves, roedores e mamíferos de pequeno porte, associados ao ecossistema dos triatomídeos, influem diretamente na ecologia do peridomicílio e minimizam os riscos de transmissão do *T. cruzi*.

Por outro lado, o controle da transmissão através da transfusão sanguínea, também leva as reflexões sociais, políticas e econômicas. Até a década de 70 eram poucos os países que faziam efetivamente tal controle em seus serviços de hemoterapia. Havia muitos médicos profissionais, e os bancos de sangue dificilmente adotavam procedimentos de controle apesar de terem acesso desde os anos 50, a medidas medidas para selecioná-los. Foi

5 SCHUMILAS, G. Trypanosoma cruzi the etiologic agent of Chagas disease: status in the blood supply in edemic and non endemic countries. Transfusion, v.3, p.547,1991.

sua incidência de 80 que se disseminaram tais práticas em alguns países e regiões. Tal fato se deve muito mais ao surgimento de programas específicos de controle em razão da aids, que ameaça a todos indiscriminadamente, inclusive populações urbanas e de maior poder aquisitivo, do que ao controle de enfermidade de Chagas propriamente dito (DIAS, 1994).

Ainda sobre a prática do controle da transmissão através da transfusão de sangue em nosso país, Dias (1994) afirma que se pode avaliar a qualidade e a responsabilidade dos sistemas de saúde. No Brasil, foi verificado que a transfusão muitas vezes era feita de forma equivocada. Utilizava-se o sangue total e não frações ou hemoderivados, o que seria muito mais adequado. Além disso, descobriu-se um aspecto médico social grave vinculado à questão. Pouco se sabia do destino do doador que se descobria soropositivo. Na maioria das vezes este era abandonado a sua própria sorte, sem a mínima orientação, sobre o que fazer com a condição de se descobrir infectado.

Sendo assim, em 1975, no Brasil, quando se deu a instituição do Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh), pela então Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde, iniciou-se a fase de reconhecimento da endemia. Os primeiros inquéritos sorológicos e entomológicos foram realizados por amostragem em todo o país no período compreendido de 1975 a 1983 (CAMARGO et al., 1984; SILVEIRA; FEITOSA; BORGES, 1984).

Em 1983, foram priorizadas no Brasil as áreas com inquéritos considerados de maior risco. A área endêmica correspondia a 36% do território nacional, com triatomíneos domiciliados em 50,1% do total de municípios. Já quanto às outras áreas consideradas não endêmicas, as ações de controle foram de difícil inserção, devido à presença de vetores que eram naturalmente encontrados.

A Iniciativa dos Países do Cone Sul, do qual o Brasil faz parte, comprometeu-se desde 1991, quando foi iniciada, a erradicar o T. infestans, e a eliminar a transmissão através da transfusão de sangue utilizando de triagem adequada dos doadores em potencial, além de fortalecer a rede de bancos de sangue segundo a OPAS6 (1992, apud, RAMOS JUNIOR; CARVALHO, 2001).

No entanto, chamou a atenção da comunidade científica, segundo Ramos Junior e Carvalho (2001), a não definição do controle das demais espécies de triatomídeos registradas no país, que seguramente também transmitem a doença de Chagas. Ficou claro por dedução, que outras espécies, consideradas secundárias, seriam reduzidas ou eliminadas somente nas áreas endêmicas onde se observava a presença do T. infestans. Fato bastante preocupante já que em muitas regiões do país, principalmente em alguns estados do Nordeste e outras da região Norte o T. infestans não representa o principal vetor do T. cruzi.

Nesse sentido, faz-se necessário discutir o programa de controle da endemia e o que significa a certificação conferida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao Brasil e a outros países da América Latina, como o Uruguai, em 1997, e o Chile, em 1999, como países livres da doença de Chagas.

A informação inicial, divulgada pela OMS, gerou informações distorcidas em reportagens de veículos de comunicação de grande circulação no país como a Folha de São Paulo, e O Globo (O BRASIL, 2000; DOENÇA...,2000) dando como certa a erradicação da enfermidade em seis estados brasileiros, dentre eles a Paraíba. Além de pouca precisão quanto às informações técnicas-científicas relacionadas ao controle da doença de Chagas, as matérias publicadas tiveram repercussão política, provocando questionamentos. Exemplificando, deputado do PT, partido de oposição na época, entendeu que a divulgação da erradicação da

6 OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), 1992. Documento OPS.PNS/92-18 sobre a Iniciativa do Cone Sul Washington, DC: Organização Mundial da Saúde.

doença tinha o caráter de um golpe publicitário, do então governo de Fernando Henrique Cardoso. Tal parlamentar levantou questões com o Sindicato dos Médicos da Paraíba, informando que havia vetores responsáveis pela transmissão da doença de Chagas em 182 municípios do Estado.

Segundo Ramos Junior e Carvalho (2001) mesmo erradicando o *T. infestans*, ainda havia na região outros vetores naturais, como o *T. brasilienses*, o *T. pseudomaculata*, o *T. sordida* e o *Panstrongylus megistus*.

Ramos Junior e Carvalho (2001) afirmam ainda, com certa ironia, que o sucesso do controle do *T. infestans* fez com que os estados do Nordeste apresentem 65% da atual transmissão da doença no Brasil, sendo que os triatomídeos mais capturados pelo PCDCh nestas áreas são o *T. brasiliense* e o *T. pseudomaculata*. Ainda afirmam que a Paraíba contribuiu entre os anos de 1989 e 1994, com 50% das amostras sorológicas reativas em todo o Brasil, sendo identificados municípios com presença de diferentes triatomídeos apesar de não se encontrar o *T. infestans*, fato também observado nos estados de Pernambuco e Piauí. Nesse sentido, a situação ainda se torna mais crítica, pois as mudanças ocasionadas pela implementação do turismo no Parque Nacional da Serra da Capivara apresentam a possibilidade de reativação de antigos focos de transmissão. O aumento da densidade da população humana em determinadas áreas e a mobilidade das pessoas cada vez mais intensa, devido ao grande desenvolvimento dos setores de transporte e turismo, indicam que a vigilância do *T. infestans* deve ser continuada, apesar do sucesso de seu controle no Brasil, Chile e Uruguai.

Portanto, a interpretação por parte da imprensa quanto à erradicação da doença de Chagas em algumas regiões brasileiras, sugere que tais informações podem provocar uma desmobilização ainda maior da sociedade, a qual tem papel ativo no controle, além de prejuízos para as ações de vigilância sanitária. Fato extremamente importante, levando-se em

considera-se o que a transmissão pode ser interrompida em uma escala temporária ou limitada, com chance variável de ser reinstalada, a depender das definições estabelecidas pelas ações de vigilância e controle (RAMOS JUNIOR; CARVALHO, 2001, p. 1409).

Não raro, vê-se relato de pessoas que se surpreenderam frente à existência da doença. Recentemente, a população brasileira ficou perplexa com a transmissão oral do triatomíneo através do caldo de cana no sul do país no início do ano de 2005. Destaca-se ainda que pesquisadora da Unicamp informa que, apesar de não ter sido amplamente divulgado pela mídia como foram os casos de Santa Catarina, no início deste mesmo ano, houve 26 casos por ingestão do suco de água contaminado pelas fezes do barbeiro confirmados no Amapá (LEWINSOHN, 2005).

Vale ressaltar que, apesar de descoberta no início do século XX, pode-se considerar que a doença de Chagas relativamente nova, portanto ainda não foi culturalmente incorporada de forma maciça pela população, e se não há uma cultura da enfermidade, em contrapartida não há uma cultura da saúde. A ilusão da modernidade e do desenvolvimento dos grandes centros faz com que muitas pessoas creiam que esta seja uma enfermidade do passado relacionada exclusivamente com a vida rural.

Neste sentido, Briceño-Leon (1994), ressalta que já que se reconhece a impossibilidade de um controle adequado da enfermidade de Chagas sem a participação da população em risco, é preciso construir uma cultura que leve a ações de controle necessárias em atividades cotidianas e não necessariamente que se projetem ações consideradas excepcionais. Portanto, o controle da doença de Chagas pode se dar por fatores macro sociais que tratam de eliminar as condições que permitam a colonização de vetores nas moradias e por ações de controle micro social as quais podem evitar a propagação da enfermidade apesar do subdesenvolvimento. Porém, essas estratégias não devem estar ligadas somente a ações do tipo biomédico, que apesar de serem exclusivas. Investir recursos governamentais

disponíveis em uma vacina contra a doença, pode ser muito bom, porque aceitar que as famílias das áreas endêmicas continuem vivendo nas mesmas casas miseráveis, sendo picados pelos mesmos vetores, apesar de não apresentarem a enfermidade em decorrência de serem vacinadas, é desumano.

Entre os dois extremos, o macro e o micro, há que se vislumbrarem muitas possibilidades de atuação. Uma atuação micro social adequada pode se converter em alavanca que impulsiona as mudanças macro sociais. Portanto, um adequado programa de controle na atualidade deve conter ações que incluam a borrifa domiciliar e peridomiciliar a intervalos regulares de inseticidas, além da melhoria das casas. Sabe-se que o melhoramento das habitações é um processo lento e dispendioso, porém muito mais completo do ponto de vista da saúde e da família. O custo que a princípio pode parecer alto, não se compara com o despendido no controle exclusivo da doença de Chagas. Uma moradia adequada leva ao melhoramento das condições globais de saúde e das pessoas que a habitam. Assim, um programa integrado de controle da enfermidade tem sua base de atuação no nível micro social, porque pode-se converter em formadora de ações que tornem a sociedade mais justa.

Doenças com dimensões sociais tão explícitas como a doença de Chagas evidenciam questionamentos de natureza diversa que, muitas vezes, se sobrepõem dificultando o real reconhecimento do seu impacto. As implicações psicossociais e os prejuízos cognitivos têm sido frequentemente associados à doença de Chagas. Visando analisar de tais implicações associadas à doença de Chagas, Hueb e Loureiro (2005) procederam a identificação na literatura científica de estudos sistemáticos sobre o tema, tendo por fonte a pesquisa eletrônica da literatura nas bases de dados Lilacs, Medline, PsycINFO e SciELO no período de 1972 a 2005, sendo identificados 15 artigos empíricos. Estendendo-se a busca a 2006, foram identificados mais dois resumos publicados sobre aspectos psicossociais e doença de Chagas. O conjunto das 17 produções foi alocado em duas

categorias, a saber: aspectos cognitivos e aspectos psicossociais, associados à doença de Chagas que serão apresentados e analisados nos próximos capítulos.

1.3 Aspectos cognitivos e doença de Chagas

Com base na referida revisão sistemática, Hueb e Loureiro (2005) identificaram cinco estudos que abordaram os aspectos cognitivos (JORG et al., 1972; MANGONE et al., 1994a, 1994b; MONCADA et al., 1987; PEREYRA et al., 1992). Tais estudos trataram da inteligência em seus aspectos gerais e específicos, trabalhando com a hipótese de que a doença de Chagas afeta o funcionamento cognitivo dos portadores.

Todos os cinco estudos identificados utilizaram amostras de conveniência, grupos de comparação e, em geral, instrumentos padronizados, explicitando critérios bem definidos de inclusão e exclusão dos participantes. Utilizaram em geral as escalas Wechsler para a avaliação da capacidade cognitiva, visando à avaliação da inteligência geral e adicionalmente dois deles (JORG et al., 1972; PEREYRA et al., 1992) avaliaram funções específicas através de provas neuropsicológicas. Apenas um dos cinco artigos (MANGONE et al. 1994 a) utilizou uma amostra com mais de 100 participantes descritos como casos crônicos.

Os estudos de Mangone et al., (1994a; 1994b) se propuseram também a avaliar a capacidade mnemônica, utilizando instrumentos padronizados tais como, Folstein Minimental State e Weschesler Memory Scale .

O estudo relatado por Moncada et al.(1987), além da avaliação da inteligência geral e específica, avaliou também a percepção visual através do teste Ayres e a capacidade

de organização e representação, habilidade motora, memória, conceitos temporais e espaciais através do Bender.

Utilizando as provas neuropsicológicas de Lúcia, Pereyra et al. (1992) avaliaram tanto os processos mnésicos quanto os intelectuais. No estudo, o grupo controle pertencia a uma comunidade sócio-cultural urbana, o que de certa forma pode ter influenciado o resultado dada a peculiaridades do grupo de casos procedentes de uma região rural. Os autores ressaltaram tal ponto crítico, chamando a atenção para a necessidade de cuidado no pareamento dos grupos, já que a escolaridade primária associada a experiência de vida em zona rural guarda diferenças com tal escolaridade e experiência de vida em uma metrópole. Nos demais artigos, os grupos pareados eram procedentes de grupos sócio-culturais semelhantes.

Em dois estudos que tiveram como sujeitos crianças de uma idade média de 12 anos, (Jorge RG et al., 1972; MONCADA et al., 1987), além dos testes psicológicos e neurológicos específicos utilizados, os pesquisadores entrevistaram os familiares dos sujeitos visando obter informações sobre a história de vida da criança de modo a descartar outros comprometimentos que pudessem influenciar os achados.

Dos cinco artigos identificados quatro confirmaram a hipótese de prejuízo cognitivo associados a doença de Chagas, tendo por base grupos comparativos de casos e não casos, sendo que o único que não identificou tal associação, (MONCADA et al., 1987), utilizou para avaliar o um instrumento não padronizado para a população investigada, a qual habitava a zona rural.

Os quatro artigos que confirmaram a hipótese de prejuízos cognitivos (Jorge RG et al., 1972; MANGONE et al., 1994a; 1994b; PEREYRA et al., 1992), identificaram tanto o comprometimento da inteligência geral quanto o da inteligência específica, no que diz

respeito aos processos mnemônicos, sendo que dois deles (Jung et al., 1972; MANGONE et al., 1994a) relataram também déficit de atenção. O estudo de Jung et al. (1972) além das deficiências citadas, apontou para prejuízos quanto ao desempenho no que diz respeito à coordenação visomotora, à leitura, à escrita e à capacidade de compreensão. Destacaram como consequência destes prejuízos outras dificuldades como pobres ajustes ao senso comum, além de déficits em habilidades de vida diária envolvendo baixa tolerância à frustração.

A análise de tais estudos evidenciou a associação de prejuízo cognitivo à doença de Chagas, especialmente quando da comparação de grupos e do uso de instrumentos padronizados para as características sócio-culturais da população estudada, destacando-se inclusive que as alterações podem ser observadas independentes da identificação da forma nervosa da doença.

14. Aspectos psicossociais e doença de Chagas

Com base na revisão sistemática já referida Hueb e Loureiro (2005) identificaram 12 estudos que abordaram aspectos psicossociais associados à doença de Chagas. De um modo geral, tais estudos enfatizaram a compreensão do paciente chagótico dentro de uma realidade que vai além das condições biológicas.

A dimensão psicossocial no contexto destes estudos é entendida como condições da enfermidade que podem ser relacionadas ao nível educacional dos portadores, as informações que têm sobre a doença e a sua influência sobre os hábitos sanitários e as

condições pessoais e de vida, além das ideias, valores, crenças ou expectativas pessoais que têm com relação à doença (BRICEIRO LEON, 1994).

Segundo Dias (1994), tal compreensão envolve aspectos sócio-culturais relacionados ao contexto político e econômico mais amplo, que tem como denominador comum a pobreza.

Este conjunto de estudos abordou aspectos diversos quanto às variáveis psicológicas pesquisadas, tendo como foco principal variáveis pessoais ou contextuais.

Em quatro estudos (ARAÚJO et al. 2000; GALVÃO, 1976; MARCHI; GURGEL; BLATT, 1998; MOTA et al., 2005) o foco principal foram as variáveis pessoais do indivíduo associadas a aspectos clínicos específicos e detalhadas nos critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos.

Dentre eles, o estudo de Marchi, Gurgel e Blatt, (1998) utilizou amostra randômica com número razoável de casos. Avaliou sintomas depressivos e stress através dos instrumentos padronizados, a escala Hamilton-Depressão, e a escala Montgomery-Asberg objetivando verificar a influência do fator emocional sobre as formas clínicas da doença de Chagas. Constataram que não há uma correlação da depressão como fator emocional no agravamento das formas clínicas da doença de Chagas.

O estudo de Mota et al., (2005) trabalhou com 100 participantes, dos quais, 50% apresentavam sintomatologia positiva para Chagas e 50% eram assintomáticos. Para avaliar o stress e a resiliência na doença de Chagas, utilizaram três instrumentos: a entrevista sociodemográfica, o Inventário de Sintomas de Estresse e o Inventário de Estilos de Resiliência constatando diferenças psicológicas importantes nos grupos de soropositivos sintomáticos. Relataram que os chagáticos sintomáticos apresentaram número mais elevado de sintomas psicológicos e físicos de stress. Em relação à resiliência apresentaram fatores

indicativos de sentimento de desesperança e dificuldades emocionais mais elevados e fatores indicativos de tenacidade e de inovação mais rebaixados, em relação aos chagásicos assintomáticos.

A avaliação da personalidade de indivíduos chagásicos através do teste Bender foi o objeto de estudo de Galvan (1976) que identificou a presença de indicadores de comprometimento não associados a uma patologia exclusiva, referindo desde pequenas alterações até patologias mais graves da personalidade, o relato não referiu quais e quantos indicadores foram considerados suficientes para a caracterização de uma patologia leve ou grave.

Focalizando variáveis pessoais e do contexto, o estudo de Araújo et al. (2000) avaliou 131 pacientes atendidos em um ambulatório de atenção ao chagásico, com a metodologia de pesquisa-ação, visando o apoio psicossocial. Traçaram o perfil do enfermo de Chagas, apontando para a presença de indicadores de medo, de redução da auto-estima, e de estigma frente à doença, além de prejuízos na qualidade de vida e na convivência com a família e com o grupo social.

O impacto da doença de Chagas com a fase no contexto e na inserção do sujeito no ambiente, foi a questão de pesquisa de oito estudos detalhados a seguir que tiveram como foco a qualidade de vida, abordando variáveis de natureza sócio-cultural.

Amato, Amato Neto e Uip (1997) avaliaram especificamente a qualidade de vida de 11 sujeitos doentes de Chagas na forma cardíaca, após o transplante de coração, utilizando entrevista semi-estruturada. Concluíram que na forma crônica da doença, o transplante cardíaco melhorou a qualidade de vida dos indivíduos, com base em informações retrospectivas relativas à situação prévia de vida.

Dias e Guariento (2005) utilizando-se da Escala da Organização Mundial da Saúde e a WHOQOL-bref avaliaram a importância da percepção dos indivíduos quanto ao acesso à saúde e à influência de fatores financeiros e sociais na qualidade de vida de portadores de doença de Chagas. Foram avaliados 122 pacientes do Ambulatório do Grupo de Estudos em Doença de Chagas do Hospital das Clínicas da Unicamp, constatando que o fator relacionamento social é um indicador positivo para implementar a qualidade de vida dos enfermos em Chagas.

Guariento, Camilo e Camargo (1999) investigaram através de um questionário estruturado a discriminação contra o trabalhador chagótico, verificaram que há um grande preconceito contra esses indivíduos, o que leva a uma pior condição de vida, com consequências sociais desastrosas.

Gontijo, Rocha e Oliveira (1996) analisaram dados retrospectivos dos prontuários de um ambulatório de referência em doença de Chagas, visando traçar o perfil do chagótico e aspectos relativos ao estigma da enfermidade. Afirmaram que a realidade que se observa na América Latina é de que a grande maioria dos chagóticos não é tratada nem sequer diagnosticada. O estudo apontou que tal fato ocorre mesmo dentro de uma grande capital com maiores recursos de saúde, como em Belo Horizonte, onde somente 80% dos casos por doença de Chagas no ano de 1989 receberam assistência médica, sugerindo que a atenção aos doentes menos graves deve ter sido ainda menor.

As crenças, representações sociais e os significados da doença de Chagas foram tratados em quatro estudos.

Dias (1998) e Williams-Blangero, Vandeberg e Teixeira (1999), utilizando tratamento qualitativo etnográfico, focalizaram o impacto da doença de Chagas enquanto fonte de preconceito.

Brice Leon (1986), al• desse enfoque, avaliou atrav• da escala de Levenson, adaptada para a popula• o de uma zona end• ica, a fun• o espec• ica de 'locus de controle' relativa • cren• quanto • dire• o do controle frente aos eventos, tendo analisado a rela• o desta vari• el, com a transmiss• da enfermidade. Apontou que pessoas miser• eis, vivendo em zona end• ica, tendem a ter cren• s externas quanto • causas controladoras de sua vida, portanto n• investem na melhoria de suas habita• es, pois ficam na expectativa de que a sorte as guiar• ou que outras pessoas poderosas, como os pol• icos, poder• ajud• -las.

Uch• et al. (2002), utilizando de uma abordagem antropol• ica, investigaram a maneira de pensar e de agir dos chag• icos, apontando para as repercuss• s ps• uicas da doen• e suas interfer• cias na qualidade de vida dos portadores.

Analisando o conjunto de estudos que abordaram aspectos psicossociais, destaca-se que os que avaliaram as vari• eis do indiv• uo, utilizaram instrumentos padronizados; os demais, ao avaliar as vari• eis contextuais, utilizaram entrevistas estruturadas e observa• o participante que permitiram uma abordagem mais aprofundada de aspectos s• io-culturais visando • compreens• das hist• ias e dos estilos de vida dos portadores.

De um modo geral, os estudos abordaram uma grande diversidade de vari• eis, adotando delineamentos pr• rios de estudos qualitativos e s• io-antropol• icos, que n• t• como objetivo isolar vari• eis ou verificar o peso ou somat• ia de efeitos em grupos de sujeitos, constatando a presen• de m• tiplos preju• os associados • doen• de Chagas.

Tendo por fonte a revis• sistem• ica da literatura indexada em tr• d• adas, constata-se a presen• de preju• os cognitivos e psicossociais associados • doen• de Chagas, chamando a aten• o para o impacto da doen• para o portador, destacando as condi• es contextuais como perpetuadoras da mis• ia e do estigma, dificultando a implanta• o de pr• icas preventivas.

Considera-se que, em contraste com os aspectos clínicos o número de estudos identificados que abordaram aspectos psicológicos, foi pequeno apontando para a necessidade de estudos sistemáticos que avaliem os tipos de prejuízos psicossociais associados à doença, em contextos sócio-culturais e populacionais diversas.

Dado o impacto da doença de Chagas, enquanto uma enfermidade crônica, potencialmente capaz de desenvolver diversas lesões graves em diferentes órgãos, com consequências importantes para a sobrevivência de seus portadores e sua associação ao subdesenvolvimento e a pobreza, fazem-se necessários estudos sistemáticos que instrumentem as práticas educativas de saúde, na medida em que as variáveis psicossociais envolvidas podem atuar como mediadoras ou moderadoras do impacto da enfermidade no que diz respeito à qualidade de vida do portador e à proteção de novas gerações. Neste contexto se insere o objetivo do presente estudo.

rrrrrrrrrrrr bjetivo

Tem-se como objetivo geral avaliar o funcionamento cognitivo, a memória, a qualidade de vida e a presença de indicadores de transtorno orgânico cerebral e de problemas relacionados ao uso do álcool por meio de testes específicos, em uma amostra de chagricos crônicos (soropositivos para doença de Chagas), residentes em uma comunidade do interior de Minas Gerais, registrada em doença de Chagas. Objetiva-se comparar os resultados obtidos aos de um grupo controle de residentes na mesma comunidade, constituídos por não portadores de doença de Chagas, visando analisar o impacto da doença na vida dos portadores. Para tal desenvolver-se um delineamento transversal de comparação de grupos, avaliados segundo um critério duplo cego quanto à sorologia.

rrrrrrrrrrr `• odo

3.1 Participantes

3.1.1 Caracteriza• o dos Participantes

Foram inclu• os no estudo 80 participantes adultos, de ambos os sexos, na faixa et• ia compreendida entre 21 a 70 anos, residentes, h• aproximadamente 20 anos, em uma regi• end• ica para doen• de Chagas (• gua Comprida, MG), sem problemas psiqui• ricos e sem defici• cias sensoriais graves diagnosticados e tratados previamente. Foram distribu• os em dois grupos:

G1: 40 participantes portadores de doen• de Chagas nas formas indeterminada, card• ca e digestiva, diagnosticados por meio de provas espec• icas⁷, denominado sorologia positiva para doen• de Chagas.

⁷ O diagn• tico foi realizado pelo Prof. Dr. Dalmo Correia Filho, pertencente • equipe de pesquisadores em Medicina Tropical da ent• Faculdade de Medicina do Tri• gulo Mineiro (FMTM) e desde agosto de 2005, Universidade Federal do Tri• gulo Mineiro (UFTM). Esta equipe, coordenada pelo Prof. Dr Alu• io Prata, desenvolve estudo longitudinal na regi• end• ica de • gua Comprida, desde 1976.

G2: 40 participantes, n• portadores de doen• de Chagas, sistematicamente avaliados por meio de provas cl• icas espec• icas, denominado sorologia negativa para doen• de Chagas.

A caracteriza• o dos sujeitos de G1 e G2 • apresentada na Tabela 1 na p• ina a seguir:

Tabela 1 - Caracteriza• o dos participantes inclu• os nos grupos G1- Grupo com doen• de Chagas, e G2- Grupo de Compara• o quanto as vari• eis de g• ero, idade e escolaridade.

<i>Vari• el positiva para DC DC</i>	<i>G1 Sorologia DC</i>		<i>G2 Sorologia negativa para DC</i>	
	<i>n=40</i>	<i>n=40</i>		
Sexo	Masculino	18	18	
	Feminino	22	22	
	21__30	1	1	
	31__40	4	4	
	41__50	9	9	Idade
	51__60	19	19	
	61__70	7	7	
	Analfabetos	7	7	
	1• a 4• s• ie	27	27	Escolaridade
	5• a 8• s• ie	6	6	

Foram inclu• os em cada grupo, 18 homens (45%) e 22 mulheres (55%) soropositivos para a doen• de Chagas, perfazendo um total de 40 pessoas. O G2, composto por n• portadores da doen• de Chagas, foi pareado por sexo e escolaridade e balanceado por idade, tendo por refer• cia as caracter• ticas de G1.

Em cada um dos grupos, o maior n• ero de participantes encontra-se na faixa et• ia de 41 a 60 anos (70%), tendo apenas cinco sujeitos (12,5%) abaixo de 41 anos e sete (17,5%) acima de 61 anos. Provavelmente em fun• o da doen• j• se encontrar sobre controle

no munic• io h• mais de 20 anos, n• havendo mais aportes de casos novos, foi observada uma maior concentra• o de pessoas na faixa et• ia de 51 a 60 anos.

Com rela• o • escolaridade, predominou a etapa de 1• a 4• s• ie do Ensino Fundamental (67,5%), tendo 17,5% de analfabetos e 15% de 5• a 8• s• ie do Ensino Fundamental.

Considerando a popula• o geral do munic• io de • gua Comprida, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estat• tica (IBGE) (2002), ressalta-se ainda que a maioria dos moradores se encontra na fase de vida adulta. Dos 2092 mun• ipes, 363 apresentam menos de 10 anos de idade, 399 t• entre 11 e 19 anos e 1239 se encontram na faixa de 20 a 69 anos, a faixa et• ia utilizada pelo estudo, e 91 apresentam mais de 71 anos.

Tamb• se observou uma maior concentra• o de participantes com pouca escolaridade, dado concordante com a caracteriza• o do perfil do munic• io segundo estat• tica do IBGE de 2002. Esta, considerando habitantes com mais de 10 anos de idade, aponta que 103 pessoas n• possuem nenhuma instru• o e que 358 possuem apenas de um a tr• anos de estudo. J• o restante da popula• o com mais de 10 anos de idade, 1262 pessoas, possuem mais de quatro anos de estudo, sendo que destes, apenas 26 estudaram mais do que 15 anos.

3.1.2 Processo de sele• o dos participantes

O estudo obedeceu a um crit• io duplo-cego, no qual os examinadores desconheciam as caracter• ticas do grupo avaliado, visando reduzir os vieses dos avaliadores, possibilitando assim um maior controle metodol• ico.

Em uma primeira etapa, tendo como base estudo desenvolvido no munic• io de • gua Comprida por Correia (2000), visando • avalia• o cl• ica de residentes em uma regi• end• ica de doen• de Chagas, foram identificadas 230 pessoas de ambos os sexos, com idade entre 21 e 87 anos, com n• el de instru• o variando de analfabetos ao ensino m• io incompleto.

Levando-se em conta as caracter• ticas demogr• icas descritas pelo IBGE (2002), e que a doen• est• controlada no munic• io h• cerca de 20 anos e que a idade avan• da poderia comprometer a avalia• o psicol• ica, adotou-se como crit• ios de inclus• a faixa et• ia de 20 a 70 anos, participantes de ambos os sexos, com escolaridade abrangendo de analfabetos ao ensino fundamental completo. Adotou-se, como crit• io de exclus• , a presen• de outras doen• s cr• icas ou defici• cias sensoriais graves previamente diagnosticadas ou tratadas.

Das 230 pessoas inicialmente identificadas pelo estudo de Correia (2000), foi localizada no munic• io a moradia de familiares de 167 pessoas. Dessas, 21 tinham mais de 70 anos, enquanto quatro haviam transferido resid• cia para outra localidade, duas j• haviam falecido e um se encontrava foragido da justi• em lugar incerto e n• sabido.

Procedeu-se a apresenta• o do projeto seguindo as orienta• es do Comit• de • tica em Pesquisa com Seres Humanos aos 139 poss• eis participantes localizados sendo que todos concordaram com a inclus• no estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Do total de 139 que inicialmente aceitaram participar, alguns foram eliminados ap• o inicio da avalia• o pelas raz• s expostas a seguir. Cinco participantes foram eliminados por defici• cias importantes de vis• ou de audi• o e um por problema

psiqui• rico grave com diagn• tico anterior de psicose, hist• ia de interna• es psiqui• ricas e com manifesta• es de del• ios e alucina• es.

Das 133 pessoas restantes e que inicialmente aceitaram participar e se encontravam dentro dos crit• ios de inclus• , quatro desistiram por motivos diversos, perfazendo ent• um total de 129 poss• eis participantes eleg• eis.

Por se tratar de um estudo duplo-cego, somente ap• o t• mino de toda a coleta de dados tomou-se o conhecimento de que das 129 pessoas avaliadas 77 eram positivas para a doen• de Chagas e 52 eram negativas.

Tendo-se por base a sorologia, os grupos foram, ent• , pareados pelo sexo e balanceados pela idade e escolaridade, sendo algumas avalia• es desprezadas em fun• o de n• ser poss• el o pareamento em raz• da vari• el escolaridade. Havia soros positivos para Chagas de uma mesma faixa et• ia e g• ero que possu• m n• eis de escolaridade totalmente diferentes de seus poss• eis pares soro negativos do mesmo sexo e faixa et• ia. Dessa forma, para atender aos crit• ios de pareamento e balanceamento, foram descartadas 37 avalia• es de soropositivos e 12 avalia• es de soronegativos para doen• de Chagas. No estudo final foram inclu• os 80 participantes que foram distribu• os em dois grupos de 40 pessoas cada, um denominado de grupo com sorologia positiva para a doen• de Chagas independente da forma cl• ica, e outro denominado de grupo com sorologia negativa, composto por n• portadores de doen• de Chagas .

A inclus• de participantes no grupo soropositivos comp• -se de enfermos portadores de doen• de Chagas, nas formas indeterminada, card• ca e digestiva.

O protocolo m• ico para o diagn• tico das formas cl• icas da doen• de Chagas envolveu procedimentos de entrevista de anamnese, exame f• ico e realiza• o de sorologia para doen• de Chagas simultaneamente em dois laborat• ios, a saber: No Banco de Sangue

do Hemominas, dentro do Hospital Escola da FMTM, e no Laborat• io de Imunologia da Universidade Federal de Goi• (UFGO). Em ambos os laborat• ios, foram realizadas rea• es de imunofluorescencia e hemaglutina• o indiretas segundo crit• io de Cerisola⁸ (1970, apud CORREIA,2000). Na UFGO, quando necess• io, foi realizada a rea• o de ELISA orientada por Souza e Camargo⁹ (1996), Camargo e Shimizu¹⁰ (1974), Voller¹¹ et al. (1975) (apud, CORREIA, 2000).

Tamb• foram realizados os exames complementares de eletrocardiograma convencional de 12 deriva• es, radiografia de t• ax com es• ago contrastado em PA e perfil, radiografia de abdome, ecodoplercardiograma e teste ergom• rico, atendendo a padr• recomendado pelo estudo sistem• ico desenvolvido por Correia (2000).

Com base nos crit• ios m• icos adotados para a classifica• o das formas cl• icas da doen• de Chagas, quando o indiv• uo apresenta apenas rea• o sorol• ica positiva, com aus• cia de demais sinais e sintomas da doen• de Chagas, ele deve ser inclu• o na categoria de portador da forma indeterminada. Quando j• apresenta altera• o radiol• ica do es• ago ou do c• on, deve ser inclu• o na forma digestiva. E a inclus• na forma card• ca deve ser feita quando da presen• de bloqueio atrioventriculares, bradicardia sinusal e extra-s• toles ventriculares (PRATA,1999; CORREIA,2000).

⁸CERISOLA, J. A. Immunodiagnosis of Chagas' disease: hemagglutination and immunofluorescent test. *Journal of Parasitology*, v. 50,p. 409,1970

⁹ SOUZA, S. L.; CAMARGO, M. E. The use of filter paper: blood smears in a practical fluorescent test for American trypanosomiasis serodiagnosis. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de S• Paulo*, v.2, p.255-58, 1996.

¹⁰ VOLLER, A. DRAPER; BIDWELL, D.E.; AERTJETT, A. A micro plate enzyme linked immunosolvent assay for Chagas' disease. *The Lancet*, v.305, p.246, 1975

¹¹ CAMARGO, M. E.; SHIMIZU, S. H. Metodologia sorologica na infec• o pelo *Trypanosoma cruzi*. *Revista Goiana de Medicina*, v. 20, p.47-65, 1974.

3.2 Caracteriza• o da regi• de estudo

Este estudo foi desenvolvido em • gua Comprida, interior do estado de Minas Gerais, cidade com 2092 habitantes, segundo o censo de 2000. Seu nome origina do riacho que banha a cidade. Est• localizada no Vale do Rio Grande, regi• que abrange a zona do Tri• gulo Mineiro e o Alto Parana• a, a 42 km de Uberaba e 222 km de Ribeir• Preto, cidades que contam com Hospitais Universit• ios, que atendem aos casos mais graves na • ea de sa• e, que n• t• condi• o de serem atendidos a contento no munic• io de origem. O clima no local • tropical quente e • ido. • uma regi• que se mant• basicamente pelas atividades agropecu• ias, seja com gado leiteiro, gado de corte, granjas, su• os, ou cultura da cana-de-a• car, milho soja e algod• , em ordem de prioridade. Tamb• se cultiva arroz, mandioca, abacate, banana e manga, por• com menor produ• o (IBGE, 2002).

O munic• io de • gua Comprida foi inclu• o na primeira Campanha Nacional contra o mal de Chagas no in• io de 1950. Nesta • oca foi implantado o sistema de borrifa• o domiciliar e peridomiciliar a intervalos regulares com BHC e Rhodiatox, inseticidas de grande pot• cia t• ica e poder residual muito expressivo que colocaram a transmiss• vetorial sobre controle (CORREIA, 2000). No entanto at• 1976 foi considerada uma regi• hiperend• ica para a doen• de Chagas, com cerca de 40% da popula• o soropositiva. Hoje, n• apenas em decorr• cia do • odo rural e dos • itos naturais, mas tamb• devido • implanta• o de medidas mais eficazes de controle, as quais evitam aportes de novos casos, observou-se em um levantamento de 1998, um decr• cimo para 16% da popula• o soropositiva, segundo estudos relatados por Prata (2000).

3.3 Instrumentos:

3.3.1 Avaliação Intelectual - Teste de Inteligência N• Verbal - INV - Forma C

O teste INV tem sido utilizado, nos últimos anos, com finalidades diversas. Seu uso se dá tanto como medida de inteligência geral, quanto como instrumento auxiliar no diagnóstico de debilidade mental ou de déficits psiconeurológicos dentre outros (CUNHA, 2000).

O INV é apresentado em três formas: A, B e C, sendo que a forma C foi especialmente desenvolvida para aplicação em populações analfabetas ou procedentes de zona rural, como a no estudo em questão. Foi selecionado por ser um teste padronizado no Brasil e de fácil aplicação e correção. A forma C, criada especialmente para a pesquisa nacional de nível mental, é constituída dos itens de mais alto poder discriminante da forma A e B, tendo ainda sido acrescentados mais alguns itens. Pesquisas realizadas na década de 70 comprovaram a validade do INV na sua forma C (WEIL; NICK, 1971).

A precisão do teste INV foi verificada através do cálculo de correlação entre os resultados obtidos nos itens pares e ímpares, sendo que o coeficiente de correlação de Pearson correspondeu a 0,82. A validade foi investigada através da correlação com a prova de inteligência de Binet-Terman, obtendo o valor de 0,73 através do coeficiente de Spearman (RAINHO,1994, 2002)

3.3.2 Avalia• o da Mem• ia Visual e da Mem• ia Auditiva - Aptid• Mnem• ica – Teste Fator M

Com a finalidade de avaliar a aptid• mnem• ica, foram utilizados no presente estudo dois testes da Bateria CEPA: Mem• ia Auditiva e Mem• ia Visual. A Bateria CEPA (RAINHO, 2002) • composta de um teste de intelig• cia geral, o INV que foi utilizado neste estudo, e de sete testes de aptid• s espec• icas, dentre eles os testes de Mem• ia Visual e Auditiva, designados como Fator M.

O Fator M visa medir a capacidade de aten• o visual e auditiva, sendo considerada uma aptid• espec• ica prim• ia. Pesquisas comprovam que nenhum procedimento inteligente seria poss• el sem mem• ia, sendo a mesma essencial para a aprendizagem (CUNHA, 1993)

A escolha dos instrumentos baseou-se no fato de ambos poderem ser aplicados em pessoas de pouca instru• o e mesmo em analfabetos. Os testes constam de duas s• ies, a A e a B; sendo que se optou nesta pesquisa pela s• ie A, por consider• -la mais adequada ao contexto sociocultural da amostra.

O Teste de Mem• ia Auditiva • composto por 30 palavras, lidas pausadamente, as quais o indiv• uo deve reproduzir posteriormente de forma oral ou escrita. No Teste de Mem• ia Visual, s• apresentados ao sujeito 30 cart• s contendo figuras, com intervalos de dois segundos entre um cart• e outro. Ao final da apresenta• o de todos os cart• s, o indiv• uo dever• dizer se analfabeto for, ou escrever o nome das figuras, podendo ser aceitas como v• idas muitas palavras de uso freq• nte na regi• da amostra.

A precis• do fator M, foi verificada atrav• da correla• o com o teste de Aten• o Concentrada, apresentado o coeficiente de 0,51.

3.3.3 Avalia• o de qualidade de vida - Escala WHOQOL-bref

Qualidade de vida, • definida segundo a Organiza• o Mundial de Sa• e, como a • ercep• o do indiv• uo de sua posi• o na vida no contexto a cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em rela• o aos seus objetivos, expectativas, padr• s e preocupa• es

(FLECK et al.,2000 p.179).

No estudo em quest• , utilizou-se a Escala da Avalia• o da Qualidade de Vida da Organiza• o Mundial da Sa• e, a WHOQOL-bref, vers• em portugu• realizada por Fleck et al. (2000). Esta escala • uma vers• abreviada da WHOQOL-100 que possui 100 itens de avalia• o. A vers• abreviada ficou composta por 26 quest• s, sendo duas gerais que avaliam qualidade de vida, em geral, e as demais 24 representando cada uma das 24 facetas que comp• m o instrumento original, divididos em quatro dom• ios: F• ico, Psicol• ico Rela• es Sociais e Meio Ambiente.

As quest• s do WHOQOL-bref possuem quatro tipos de escalas de respostas a saber: intensidade, capacidade, freq• ncia e avalia• o, com cinco n• eis cada uma. As escalas s• do tipo Likert. N• se pode utilizar um escore total de qualidade de vida para o WHOQOL-bref, uma vez que o instrumento foi desenvolvido a partir da premissa de que qualidade de vida • um constructo multidimensional. O instrumento foi testado no Brasil com 250 pacientes de um hospital de cl• icas e 50 controles, mostrando bom desempenho psicom• rico com caracter• ticas satisfat• ias de consist• cia interna, validade discriminante, validade de crit• io, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. A consist• cia interna medida atrav• do coeficiente de Cronbach apresentou-se igual a 0,84 para o Dom• io F• ico, de 0,79 para o Dom• io Psicol• ico, de 0,69 para o Dom• io das Rela• es Sociais e de 0,71 para o Dom• io do Meio Ambiente. Todos os coeficientes de correla• o das medidas do teste-

reteste realizado foram considerados significativos, apresentando coeficientes superiores a 0,62 (FLECK et al., 2000).

3.3.4 Avalia• o de Indicadores de Transtorno Org• ico Cerebral - Teste Gest• tico Viso-motor de Bender

O teste cl• ico de Bender consiste em pedir ao sujeito que copie nove figuras dadas e em analisar e avaliar atrav• das reprodu• es obtidas, como os est• ulos perceptuais s• estruturados considerando-se que o produto reflete um padr• viso motor do indiv• uo (BENDER, 1980).

O teste Bender, tem diferentes avalia• es e interpreta• es. Para este estudo, adotou-se o sistema de escores de Lacks. Segundo Cunha (2000, p.332), o • ender-Lacks, devido a suas qualidades metodol• icas, tem assegurado propriedades psicom• ricas satisfat• ias• . Esse sistema de escores apresentado por Lacks • origin• io de uma lista de 12 indicadores, discriminadores essenciais de les• intracraniana, descritos por Hutt e Briskin¹², na d• ada de 60. Tais discriminadores s• observa• es feitas a partir da execu• o da c• ia das nove figuras originais de Lauretta Bender, constando dos seguintes itens: 1) rota• o severa, 2) dificuldade de superposi• o, 3) simplifica• o, 4) fragmenta• o, 5) retrogress• o, 6) persevera• o, 7) colis• ou tend• cia • colis• o, 8) impot• cia, 9) dificuldade de fechamento, 10) incoordena• o motora, 11) dificuldade de angula• o, e 12) coes• o (CUNHA, 2000).

O teste Bender foi utilizado no estudo em quest• para a avalia• o de indicadores de transtorno org• ico cerebral.

12 HUTT, M. L.; BRISKIN, G.J. The clinical use of the revised Bender Gestalt Test. New York: Grune & Stratton, 1960.

3.3.5 Avalia• o de problema quanto ao uso do • lcool - Question• io CAGE

No Brasil, onde estudos t• mostrado que a taxa de preval• cia de alcoolismo varia entre 3% e 6% na popula• o geral (ALMEIDA; COUTINHO,1993; BAUS; KUPEK; PIRES, 2002), o question• io CAGE tem sido adotado para a identifica• o de pessoas com problemas quanto ao uso de • cool. Esse instrumento foi padronizado no Brasil por Masur e Monteiro em 1983 com pacientes de um hospital psiqui• rico de S• Paulo.

Trata-se de instrumento utilizado como rastreador quanto ao uso de • cool. Foi composto inicialmente por 14 quest• s, dentre as quais, quatro foram identificadas como sendo potencialmente discriminativas no screening ($p < 0,001$) de problemas quanto ao uso do • cool. Nesse sentido, o teste ficou conhecido como CAGE, cujas palavras-chave s• inclu• as nas quatro quest• s: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (MASUR; MONTEIRO, 1983).

Quanto • validade, existem estudos realizados no pa• e no exterior. Mayfield, McLeod e Hall (1974) relataram bons indicadores de validade concorrente ($r = 0,89$) e o estudo brasileiro de Masur e Monteiro (1983) relatou sensibilidade e especificidade de 0,88 e 0,83, respectivamente.

Ap• a realiza• o de estudos em hospitais gerais, com amostras da popula• o brasileira para avaliar suas caracteristicas de validade, fidedignidade e sensibilidade, o question• io CAGE foi considerado um instrumento • til na identifica• o de pessoas com problemas quanto ao uso de • cool em popula• o cl• ica em nosso meio, possuindo sensibilidade igual a 84,74% e especificidade igual a 73,33% para um ponto de corte igual a duas respostas afirmativas (PAZ FILHO et al., 2001).

Em outro trabalho realizado com popula• o n• hospitalar, o CAGE, tamb• se mostrou sens• el na indica• o da preval• cia de positividade do uso de • cool entre estudantes de terceiro ano do ensino m• io (TROIS et. al.,1997). O CAGE foi utilizado neste estudo visando • identifica• o de uso problem• ico de • cool.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora auxiliada por mais duas psic• ogas e oito alunos do 4• per• do do curso de Psicologia da Universidade de Uberaba (UNIUBE), previamente treinados para a fun• o. Os avaliadores foram orientados e monitorados na avalia• o dos participantes, tendo como base as normas contidas nos manuais espec• icos do testes e em literatura espec• ica da • ea de avalia• o psicol• ica.

Os participantes foram avaliados de forma individual, em salas apropriadas, cedidas pelo posto de sa• e da referida cidade. As avalia• es, em geral, foram realizadas aos s• ados pela manh• , por tratar-se de per• do mais adequado para os trabalhadores da zona rural. Em alguns casos, as pessoas foram avaliadas aos s• ados ou domingos • tarde em suas resid• cias, por n• terem disponibilidade de hor• io pela manh• , em fun• o do trabalho rural. Procurou-se manter condi• es adequadas para a avalia• o quanto ao ambiente e em rela• o • privacidade.

Inicialmente, estabeleceu-se um rapport e, em seguida, apresentou-se-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comit• de • tica em Pesquisa da ent• Faculdade de Medicina do Tri• gulo Mineiro (FMTM) e desde agosto de 2005,

Universidade Federal do Tri• gulo Mineiro (UFTM); o qual foi assinado quando consentiam em participar da pesquisa. Para os analfabetos, lia-se o referido termo e, que em seguida, imprimiam sua digital, caso concordassem em participar.

Os participantes foram avaliados em at• tr• sess• s, sendo que duas das sess• s ocorreram no mesmo dia com um pequeno intervalo entre uma e outra. O tempo m• io das duas sess• s foi de aproximadamente de uma hora e 15 minutos, sendo que v• ios participantes conseguiam responder a toda avalia• o em cerca de 60 minutos.

Inicialmente na primeira sess• , foram aplicados o Bender, em seguida aplicava-se o teste de Mem• ia Visual e posteriormente o INV. Na segunda sess• , realizada ap• um breve intervalo, aplicava-se o teste de Mem• ia Auditiva e o question• io CAGE. Em uma terceira sess• , foi aplicada a escala de qualidade de vida WHOQOL-bref.

Os instrumentos foram aplicados conforme as recomenda• es t• nicas, sendo as instru• es apresentadas verbalmente aos participantes, por meio de leitura pausada dos itens.

Quanto ao assinalar as respostas, cabia aos aplicadores a tarefa de faz• -lo considerando os seguintes instrumentos: Mem• ia Visual, Mem• ia Auditiva, Qualidade de Vida e CAGE. Com rela• o ao INV, os participantes assinalavam com um X a resposta que consideravam corretas, cabendo aos aplicadores fazerem a apresenta• o dos itens, um de cada vez, de forma a garantir a avalia• o de todos os itens.

3.4.2 Tratamento de An• ise de Dados

3.4.2.1 Codifica• o

O teste INV Forma C foi codificado de acordo com o manual de Rainho (1994), j• que a atualiza• o de 2002 n• incluiu a forma C, usada no estudo. Os acertos foram somados, computados e comparados com os dados normativos para a classifica• o dos percentis.

Os testes de Mem• ia Visual e Mem• ia Auditiva, Fator M, tamb• foram codificados segundo orienta• es contidas no manual da Editora CEPAL, de 1994. O manual de 2002, revisado pela editora, indica que na atualiza• o das tabelas percent• icas realizadas em 1999, n• foram referidas as caracter• ticas de escolaridade da amostra; portanto, assim como se deu com o INV, optou-se pelas tabelas de adultos do manual de 1994, a fim de avaliar a popula• o estudada, j• que a vari• el escolaridade pode ter forte influ• cia sobre os resultados. A soma dos acertos foi comparada aos dados normativos e transformada em percentis (RAINHO, 1994).

A classifica• o dos percentis tanto no teste INV quanto no Fator M correspondem a sete categorias. O estabelecimento das categorias foi baseado na curva normal de probabilidades, sendo que a primeira categoria corresponde aos percentis abaixo de 11 e equivale • classifica• o - Infradotado. J• a s• ima categoria corresponde aos percentis acima de 89 e equivale • classifica• o - Superdotado. A categoria classificada como m• ia • a quarta categoria (n=4) e corresponde aos percentis situados entre 41 e 60 (RAINHO, 1994, 2002).

A escala WHOQOL-bref foi codificada segundo as orientações do estudo de Fleck et al. (2000) utilizado como padrão normativo para a comparação quanto aos Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

O teste Bender foi codificado, segundo os estudos de Lacks, publicados por Cunha (2000). Considerando que o Bender é uma técnica de julgamento, adotou-se o critério de dois avaliadores independentes, sendo que os desacordos foram avaliados por um terceiro psicólogo, todos com experiência na utilização do instrumento. Para o cálculo de acordo simples, considerou-se a porcentagem de acordos no conjunto da avaliação para cada sujeito, em particular. Adotou-se como aceitável, resultado maior ou igual a 70% de acordos para cada sujeito e para os grupos. Os itens pontuados foram somados e os escores comparados ao valor normativo quanto à nota de corte, menor ou igual a cinco para a identificação de casos sugestivos de transtorno orgânico cerebral.

O CAGE foi codificado, segundo orientações de Masur e Monteiro (1983), que apontam que duas respostas positivas frente aos itens do instrumento são indicadoras de problemas com o uso de álcool.

3.4.2.2 Análise

Foi realizado o teste de normalidade para todas as variáveis avaliadas em cada grupo, utilizando-se do Teste de Kolmogorov-Smirnov. Na comparação de grupos, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney para variáveis que não apresentaram distribuição normal e naquelas que apresentaram distribuição normativa, foi usado o Teste t de Student, para duas amostras independentes. Para a comparação com os dados normativos, utilizou-se o Teste de Wilcoxon

para uma amostra, tendo por refer• cia os padr• s normativos e os valores das medianas dos estudos espec• icos.

Os dados dos testes INV e do Fator M, relativos • Mem• ia Visual e Auditiva, foram comparados com a m• ia normativa, correspondente • categoria 4.

Quanto aos dados da escala WHOQOL-bref, selecionaram-se ainda alguns itens espec• icos (Q1, Q2, Q4, Q5 Q6, Q7, Q11, Q17, Q19, Q20, Q21, Q22 e Q26), relativos • avalia• o de satisfa• o e agruparam-se os cinco n• eis de avalia• o em tr• n• eis, a saber: primeiro n• el – Nenhuma / Insatisfeito, agrupando as categorias 1 e 2, nomeadas como *Insatisfa• o*; segundo n• el – Regular / Mais ou Menos - correspondendo a categoria 3, nomeadas como Regular/Razo• el e terceiro n• el - Bastante / Satisfeito - correspondendo as categorias 4 e 5 nomeadas como Satisfa• o. Considerou-se a freq• ncia e porcentagem em cada um dos n• eis e procedeu-se a compara• o dos grupos por meio do Teste do Qui-Quadrado.

Para compara• o dos grupos • nota de corte, indicativa de problema (Bender e CAGE) aplicou-se tamb• o Teste do Qui-Quadrado.

Procedeu-se a integra• o das vari• eis por meio da an• ise correlacional.

Realizou-se a correla• o univariada objetivando relacionar os escores das nove vari• eis: n• el intelectual, mem• ia visual, mem• ia auditiva, qualidade de vida-dom• ios-f• ico, psicol• ico, social, ambiental, indicador de transtorno org• ico cerebral e h• ito etilista • vari• eis, idade, escolaridade, g• ero e cada vari• el separadamente, tendo como refer• cia os grupos de sorologia. Para tal, aplicou-se o Coeficiente N• Param• rico de Spearman.

Em seguida, realizou-se a an• ise multivariada relacionando as nove vari• eis estudadas • vari• el independente sorologia, visando verificar por meio da Regress•

Log• tica Multivariada o quanto separadamente, ou em conjunto, elas discriminam os grupos quanto • sorologia positiva (G1) e negativa (G2).

Em todos os testes estat• ticos aplicados, adotou-se o n• el de signific• cia de $p < 0,05$.

3.5 Aspectos • icos

O estudo, em quest• , decorre de um acordo de reciprocidade entre a pesquisadora e a FMTM e foi apreciado e aprovado pelo Comit• de • tica dessa institui• o, conforme resolu• o 196/96 do Conselho Nacional de Sa• e (ANEXO A).

A participa• o na pesquisa foi volunt• ia, ap• apresenta• o oral e por escrito do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (AP• NDICE A). Os envolvidos foram informados dos objetivos do estudo, do tipo de participa• o requerida, da manuten• o do sigilo quanto aos dados coletados e assegurada ainda, a desist• cia da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhes acarretasse preju• o de alguma ordem. Quatro pessoas se negaram a participar, ou mesmo tendo concordado no in• io desistiram durante o processo, fato que foi prontamente respeitado. Foi ainda realizada, como previsto, uma entrevista devolutiva com todos os participantes, sendo encaminhados para atendimentos psicol• icos os que apresentaram necessidades. Na • oca da coleta, o munic• io n• contava com atendimento psicol• ico. Mais recentemente, uma psic• oga contratada pela prefeitura se desloca de Uberaba, duas vezes por semana, oferecendo apoio psicoterap• tico a pacientes que necessitam de tal atendimento no posto de sa• e local.

rrrrrrrrrrr resultados

Os dados obtidos em cada instrumento serão apresentados separadamente, dando prioridade aos que apresentaram diferenças estatisticamente significativa na comparação entre os grupos.

Serão apresentados os dados obtidos na seguinte ordem: avaliação da capacidade cognitiva geral e específica, indicadores da qualidade de vida, de transtorno orgânico cerebral, de problemas quanto ao uso de álcool e, por fim, a integração dos dados por meio de correlações univariadas e multivariadas. Destacar-se-ão as comparações dos dois grupos e a comparação com os dados normativos.

4.1. Análise de comparação entre grupos

4.1.1. Funcionamento Cognitivo Geral e Específico

Os dados relativos à comparação dos grupos serão apresentados sob a forma de classificação do percentil obtido como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação Intelectual - Média, Desvio Padrão, Mediana e Comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2 - sorologia negativa, aos dados Normativos N, com relação à classificação do percentil obtido. (Valor Médio=4)

Grupos	Média	Desvio Padrão	Mediana	comparações
G1	2,58	1,30	3,00	G1<G2* 0,05 G1<N**
G2	3,25	1,45	3,00	G2<N**

*Teste não paramétrico de Mann-Whitney

p < 0,05

**Teste Não Paramétrico de Wilcoxon

Segundo o estudo de padronização para avaliação intelectual, o valor médio corresponde à categoria 4, relativa ao percentil 41 a 60.

Observou-se que ambos os grupos apresentaram valores incluídos nas categorias relativas aos níveis inferiores ao dado normativo, sendo que o G1, de sorologia positiva, situou-se no percentil categorizado entre inferior e médio inferior e o G2, de sorologia negativa, no percentil entre médio inferior e médio. Os resultados apontam que o G1, apresenta com diferença estatisticamente significativa, menor capacidade intelectual geral que o G2.

A Tabela 3 apresenta dados obtidos pelos dois grupos na avaliação da capacidade cognitiva específica relativa à memória visual, sob a forma de classificação do percentil.

Tabela 3 - Memória Visual - Média, Desvio Padrão, Mediana e Comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2 - sorologia negativa, aos dados Normativos-N, com relação à classificação do percentil obtido. (Valor Médio=4)

Grupos	Média	Desvio Padrão	Mediana	comparações
G1	2,10	1,41	1,00	G1=G2* 0,26 G1<N**
G2	2,48	1,57	2,50	G2<N**

De acordo com o estudo de padronização para a avaliação da memória visual, o valor médio corresponde à categoria 4, equivalente ao percentil de 41 a 60.

Observou-se que os grupos estudados apresentaram valores incluídos nas categorias relativas aos percentis inferiores ao dado normativo, situando-se no percentil categorizado entre o inferior e inferior, no entanto sem diferença estatisticamente significativa na comparação dos grupos.

A Tabela 4 apresenta dados relativos à categorização dos percentis quanto à memória auditiva, apresentados por G1 e por G2.

Tabela 4 - Memória Auditiva - Média, Desvio Padrão, Mediana e Comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2 - sorologia negativa, e aos dados Normativos-N, com relação à classificação do percentil obtido. (Valor Médio=4)

Grupos Média Desvio Padrão Mediana Comparações

Grupos	Média	Desvio Padrão	Mediana	Comparações
G1	1,25	0,67	1,00	G1=G2*
G2	1,43	0,81	1,00	G2<N**
				0,35 G1<N**

*Teste não paramétrico de Mann - Whitney

p < 0,05

**Teste Não Paramétrico de Wilcoxon

Segundo o estudo de padronização para a avaliação da Memória Auditiva, o valor médio corresponde à categoria 4, relativa ao percentil 41 a 60.

Observou-se que tanto o grupo de soros positivos (G1) quanto o de soros negativos (G2) apresentaram valores categorizados entre infradotados e inferior média, quando da comparação com os dados normativos, e não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

4.1.2. Indicadores de Qualidade de Vida

Os indicadores de Qualidade de Vida relativos • compara• o dos grupos ser• apresentados e comparados com o padr• normativo estabelecido pelo estudo de padroniza• o brasileira como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 - Qualidade de Vida- M• ia, Desvio Padr• e Mediana dos Escores e Compara• es dos grupos G1- sorologia positiva e G2- sorologia negativa e dados Normativos-N com rela• o aos quatro dom• ios avaliados.

Dom• ios/

<i>Valor</i>	<i>Grupos</i>	<i>M• ia</i>	<i>Desvio</i>	<i>Padr•</i>	<i>Mediana</i>	<i>p</i>	<i>Compara• es</i>
<i>normativo</i>							
							G1=G2
	G1	13,76	2,91	14,25			
F• ico						0,29	
							G1<N
(16,6)	G2	14,44	2,78	14,80			
							G2<N
	G1	13,43	2,46	14,00	G1=G2		
Psicol• ico							G1<N
(15,6)	G2	14,16	2,58	14,00	0,20		
							G2<N
Rela• es							G1=G2
	G1	14,85	3,16	14,70			
Sociais						0,69	G1=N
(15,5)	G2	15,11	2,64	14,70	G2=N		
	G1	13,23	2,10	12,75	G1=G2		
Meio Ambiente						0,88	
(14,0)	G2	13,29	1,74	13,50			G1=N
							G2=N

Teste t de Student para duas amostras independentes
p < 0,05

Observou-se que tanto o grupo com sorologia positiva para doen• de Chagas

Tabela 6 - Qualidade de vida – Porcentagem de itens específicos, relativos à auto-avaliação de satisfação-geral e domínio físico, comparações dos grupos G1- sorologia positiva e G2- sorologia negativa.

<i>Itens Avaliados</i>	<i>G1 (%)</i>	<i>G2 (%)</i>	<i>Comparações</i>
QV Geral Regular	42,5	47,5	G1=G2
	Insatisfação 17,5	0,0	G1>G2*
	Satisfação 40,0	52,5	G1=G2
Saúde Geral Regular	15,0	27,5	G1<G2*
	Insatisfação 20,0	10,0	G1>G2*
	Satisfação 65,0	62,5	G1=G2
Necessidade de tratamento			Nenhuma 35,0 25,0 G1=G2
Músculo			Razoável 12,5 47,5 G1<G2*
			Bastante 52,5 27,5 G1>G2*
Desempenho de Atividades de Vida diária			Insatisfação 20,0 5,0 G1>G2*
			Regular 12,5 20,0 G1=G2
			Satisfação 67,5 75,0 G1=G2

Com relação à necessidade de tratamento médico para levar a vida diária, observou-se com diferença estatisticamente significativa que uma menor porcentagem de participantes de G1 considera tal necessidade razoável e uma maior porcentagem avaliou que necessitam bastante de tratamento médico, comparativamente a G2.

Observou-se maior porcentagem de insatisfação quanto ao desempenho das atividades diárias para G1 em comparação a G2 com diferença estatisticamente significativa.

Embora tenha se observado uma maior porcentagem de satisfação com o desempenho das atividades diárias para G2 em comparação a G1 tal diferença não foi significativa.

A Tabela 7 apresenta os dados relativos à auto-avaliação da satisfação quanto à qualidade de vida no domínio psicológico, destacando itens específicos, na comparação entre os grupos.

Tabela 7 - Qualidade de vida – porcentagem de itens específicos, relativos a auto-avaliação de satisfação – domínio psicológico, comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2- sorologia negativa.

<i>Itens Avaliados</i>	<i>G1 (%)</i>	<i>G2 (%)</i>	<i>Comparações</i>
	Insatisfação	37,5 17,5	G1>G2*
Aproveitar a vida	Razoável	25,0 40,0	G1<G2*
	Satisfação	37,5 42,5	G1=G2
		12,5 15,0	G1=G2
	Nenhum		
Significado da Vida		25,0 25,0	G1=G2
	Razoável		
		62,5 60,0	G1=G2
	Bastante		
		35,0 25,0	G1=G2
	Nenhuma		
Capacidade de concentração		35,0 42,5	G1=G2
	Razoável		

Freq• ncia Nenhuma 25,0 25,0

G1=G2

de sentimentos Razo• el 47,5 45,0

G1=G2

negativos Bastante 22,5 20,0

G1=G2

Teste do Qui Quadrado *p < 0.05

Observou-se com diferença estatisticamente significativa maior porcentagem de participantes de G1 em comparação a G2 que relatou percepção de insatisfação quanto ao aproveitar a vida. Também foi significativa a diferença de porcentagem de participantes de G2 em comparação a G1 que consideraram razoável o aproveitar a vida. Embora tenha sido observada maior porcentagem em G2 do que em G1 referente a percepção de satisfação quanto ao aproveitar a vida, esta diferença não foi significativa.

Quanto à avaliação relativa ao atribuir significado à vida, não foi encontrada nenhuma diferença significativa entre os grupos nos testes de avaliação. A maior porcentagem de participantes tanto de G1 como de G2 considerou que a vida lhes parece ter bastante sentido.

Com relação à capacidade de concentração não se observou diferença significativa entre os grupos nos testes considerados.

Observou-se ainda ausência de diferença significativa nas comparações relativas aos itens Aparência Física e Frequência de Sentimentos Negativos nos testes de comparação. Para G1 e G2 predominaram avaliações de Satisfação com a Aparência Física e a avaliação de Razoável para a Frequência de Sentimentos Negativos.

Quanto ao item específico que avaliou a satisfação consigo próprio, observou-se uma maior porcentagem de avaliação de satisfação, tanto para G1 como para G2, sem diferença estatisticamente significativa. Observou-se com diferença significativa uma menor porcentagem de participantes de G1 que avaliou como regular a satisfação consigo próprio em comparação a G2.

Os dados relativos à comparação dos grupos quanto à autoavaliação de satisfação para a qualidade de vida no domínio social são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Qualidade de vida- Porcentagem de itens específicos, relativos a auto-avaliação de satisfação – domínio social, comparações dos grupos G1 – sorologia positiva e G2 – sorologia negativa.

Itens	Avaliação	G1 (%)	G2 (%)	Comparações
Relações	Insatisfação	7,5	5,0	G1=G2
	Regular	10,0	22,5	G1<G2*
Sociais	Satisfação	82,5	72,5	G1=G2
	Insatisfação	35,0	15,0	G1>G2*
Atividade Sexual	Regular	15,0	22,5	G1=G2
	Satisfação	50,0	62,5	G1=G2
Apoio/ Suporte de Amigos/familiares	Insatisfação	12,5	5,0	G1>G2*
	Regular	7,5	22,5	G1<G2*
	Satisfação	80,0	62,5	G1>G2*
	Satisfação			

Teste do Qui Quadrado * $p < 0.05$

Observou-se com relação a Relações Sociais uma maior porcentagem de satisfação avaliada tanto por G1 como por G2, sem diferença significativa. Foi observada uma menor porcentagem de satisfação avaliada como regular por G1 em comparação G2, com diferença significativa

Foi observada uma maior porcentagem de avaliação de satisfação com a atividade sexual tanto para G1 como para G2, sem diferença estatisticamente significativa. Observou-se

com diferença estatisticamente significativa uma maior porcentagem de participantes de G1

4.1.3. Indicadores de Transtorno Orgânico Cerebral

A Tabela 9 apresenta a porcentagem de participantes de G1 e G2 com indicadores sugestivos de transtorno orgânico cerebral, segundo os dados normativos, tendo por referência o sistema de escores apresentados por Lacks, o qual tem como nota de corte o valor igual ou maior que cinco.

Tabela 9 - Indicadores de Transtorno Orgânico Cerebral - Porcentagem de participantes e comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2- sorologia negativa, quanto a pontuação relativa à nota de corte (= 5) significativa de problema.

Grupos Porcentagem p Comparação

G1 45	
	0,36 G1=G2
G2 35	
Teste do Qui-Quadrado	
p< 0,05	

O G1, sorologia positiva para a doença de Chagas, apresentou porcentagem maior de indicadores sugestivos de transtorno orgânico cerebral em comparação a G2, embora tal diferença tenha sido estatisticamente significativa.

4.1.4. Indicadores Indiretos do Uso de Alcool.

A Tabela 10 apresenta os dados relativos aos indicadores de problemas em relação ao uso de álcool considerando a porcentagem de participantes de G1 e G2 que apresentaram tais indicadores.

Tabela 10 - Problemas - Uso de • lcool - Porcentagem de participantes e compara• es dos grupos G1-sorologia positiva e G2-sorologia negativa, quanto • pontua• o relativa a nota de corte (= 2) significativa de problema.

Grupos Porcentagens p compara• o

G1	25
G2	15 0,26 G1=G2

Teste do Qui-Quadrado

$p < 0,05$.

Foi observada uma maior porcentagem de participantes de G1 em compara• o a G2, com escore total igual ou superior • pontua• o de corte ($\equiv 2$), indicadora de problemas com o uso do • cool em compara• o a G2, embora tal diferen• n• tenha sido significativa do ponto de vista estat• tico.

4.2. Integra• o dos dados - correla• es univariadas

A Tabela 11 apresenta as correla• es entre as vari• eis estudadas e suas associa• es com a idade.

Tabela 11 - Correla• es entre as vari• eis avaliadas para G1 - sorologia positiva e G2-sorologia negativa e suas associa• es com a idade.

Vari• eis/Idade	G1		G2	
	r	P	r	p
N• el Intelectual	-0,04	0,79	-0,18	0,27
Mem• ia Visual	-0,03	0,86	-0,18	0,27
Mem• ia Auditiva	0,30	0,05*	-0,39	0,02*
QV - Dom• io F• ico	0,19	0,23	0,06	0,70
QV - Dom• io Psicol• ico	-0,31	0,05*	0,07	0,69
QV - Dom• io Social	0,04	0,80	0,11	0,49
QV - Dom• io Ambiental	-0,10	0,55	0,24	0,13
Transtorno Org• ico Cerebral	0,17	0,29	0,02	0,88
Problemas-Uso de • lcool	0,07	0,68	0,08	0,62
Coeficiente de correla• o n• param• rico de Spearman				
* $p < 0,05$				

Considerando as nove variáveis dependentes estudadas para os dois grupos e suas associações com a variável demográfica Idade, observaram-se três correlações significativas, sendo duas para o G1 e uma para o G2.

Observou-se para o G1, soropositivo para doença de Chagas, associação da idade com a memória auditiva e a qualidade de vida no domínio psicológico, sendo positiva a associação com relação à memória e negativa quanto à qualidade de vida, caracterizando que quanto maior a idade, menor a qualidade de vida no domínio psicológico (Apêndice B, Tabela B7) e quanto maior a idade, maior a capacidade mínima auditiva (Apêndice B, Tabela B3).

Observou-se ainda para G2, grupo com sorologia negativa para Chagas, correlação negativa quanto à memória auditiva e à idade, indicando que quanto maior a idade menor a capacidade de memória auditiva (Apêndice B, Tabela B3).

A Tabela 12 apresenta dados das correlações entre as variáveis estudadas para os dois grupos e a escolaridade.

Tabela 12 - Correlações entre as variáveis avaliadas para G1- sorologia positiva e G2- sorologia negativa e suas associações com a escolaridade.

G1 G2

Variáveis/Escolaridade r p r p

Nível Intelectual	0,10	0,55	0,16	0,33
Memória Visual	0,15	0,35	0,22	0,89
Memória Auditiva	0,02	0,89	0,35	0,03*
QV - Domínio Físico	0,49	<0,001**	0,28	0,08
QV - Domínio Psicológico	0,53	0,001**	0,23	0,15
QV - Domínio Social	0,40	0,01**	0,07	0,69
QV - Domínio Ambiental	0,33	0,04*	0,19	0,25
Transtorno Orgânico Cerebral	-0,41	0,01*	-0,24	0,13
Problemas-Uso de álcool	-0,38	0,02*	0,02	0,89

Coefficiente de correlação não paramétrico de Spearman
 *p<0,05.
 **p<0,01

Levando-se em consideração as nove variáveis estudadas para os dois grupos, e suas associações com a escolaridade, observaram-se sete correlações significativas, sendo seis observadas para G1 e uma para G2.

O grupo G1, soropositivo para doença de Chagas, apresentou correlação positiva da escolaridade com a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, social e ambiental; e correlação negativa da escolaridade com a presença de indicadores de transtorno orgânico cerebral e de problemas quanto ao uso do álcool. Estes dados caracterizam que quanto maior a escolaridade, maior a qualidade de vida nos quatro domínios estudados (Apêndice C,

Tabelas C6, C7, C8 e C9), e quanto maior a escolaridade, menor a associação com indicadores de transtorno orgânico cerebral e de problemas quanto ao uso do álcool.

(Apêndice C, Tabelas C4 e C5). Já a associação positiva da memória auditiva e escolaridade para G2 caracteriza que quanto maior a escolaridade, melhor é a capacidade de memória auditiva (Apêndice C, Tabela C3).

A Tabela 13 apresenta as correlações entre as nove variáveis estudadas e o gênero dos participantes dos dois grupos.

Tabela 13 - Correlações entre as variáveis avaliadas para G1 - sorologia positiva e G2 - sorologia negativa e suas associações com o gênero.

Variáveis/Gênero	G1		G2	
	R	p	R	p
Nível Intelectual	0,03	0,84	0,11	0,48
Memória Visual	0,03	0,87	0,10	0,55
Memória Auditiva	0,03	0,86	0,23	0,16
QV - Domínio Físico	-0,26	0,11	-0,33	0,04*
QV - Domínio Psicológico	0,28	0,08	0,50	0,00**
QV - Domínio Social	0,20	0,21	0,48	0,00**
QV - Domínio Ambiental	0,18	0,26	0,39	0,01*
Transtorno Orgânico Cerebral	-0,11	0,50	-0,03	0,85
Problemas-Uso de álcool	-0,06	0,72	0,32	0,04*
Coeficiente de correlação não paramétrico de Spearman				
*p<0,05				
**P<0,01				

Levando-se em conta as nove variáveis estudadas e suas associações com a variável gênero, observaram-se cinco correlações positivas e significativas para G2, grupo com sorologia negativa para doença de Chagas, e nenhuma correlação significativa para o G1, grupo com sorologia positiva. Para o G2, soronegativo para doença de Chagas, observou-se maior porcentagem de participantes do sexo masculino com a presença de indicadores de problemas quanto ao uso do computador comparativamente as participantes do sexo feminino (Apêndice D, Tabela D5). Quanto à qualidade de vida, observou-se que os participantes do sexo masculino apresentaram comparativamente aos participantes do sexo feminino, melhores indicadores quanto aos domínios físico e psicológico (Apêndice D, tabelas D6 e D7), e piores indicadores quanto aos domínios social e ambiental (Apêndice D tabelas, D8 e D9)

A tabela 14 apresenta as correlações entre as nove variáveis estudadas para G1-grupo com sorologia positiva para a doença de Chagas.

Tabela 14 - Correlações entre as diversas variáveis avaliadas para G1 - sorologia positiva

Variáveis 1 2 3 4 5 6 7 8 9

1. Avaliação Intelectual	1	0,33*	0,29	0,29	0,14	0,07	0,34*	-0,46*	-0,14
2. Memória Visual	1	0,27	0,33*	0,22	0,13	0,35*	-0,32*	-0,35*	
3. Memória Auditiva	1	0,50*	0,28	0,24	0,35*	0,25	0,09		
4. Q.Vida Físico	1	0,63*	0,52*	0,60	-0,31*	-0,38*			
5. Q.Vida Psicológico	1	0,53*	0,52*	-0,13	-0,17				
6. Q.Vida Relações Sociais	1	0,70*	-0,07	-0,43*					
7. Q.Vida Meio Ambiente	1	-0,27	-0,05*						
8. Transtorno Org. cerebral	1	0,29							
9. Problemas Uso de computador	1								

Coefficiente n° paramétrico de Spearman
*p<0,05

No conjunto das nove variáveis estudadas observaram-se para G1- soro positivo para doença de Chagas, 18 associações com significância estatística.

Com relação à variável intelectual, observaram-se correlações positivas com a memória visual e a qualidade de vida-meio ambiente, o que caracteriza que quanto maior a capacidade cognitiva, melhor a memória visual e melhor a qualidade de vida ambiente.

Observou-se ainda, correlação negativa entre o nível intelectual e indicadores de transtorno orgânico cerebral, o que sugere que quanto maior o nível intelectual, menor a presença de indicadores de transtorno orgânico cerebral.

Quanto à memória visual, observaram-se correlações positivas com a qualidade de vida nos domínios físico e ambiental, sinalizando que quanto melhor a memória visual, melhor a qualidade de vida física e do meio ambiente. Verificaram-se duas correlações negativas entre a memória visual e indicadores de, transtorno orgânico cerebral e de problemas quanto ao uso de álcool, o que caracteriza que quanto melhor a memória visual, menor a presença de indicadores de transtorno orgânico cerebral e de problemas quanto ao uso de álcool.

Quanto à memória auditiva, observaram-se duas correlações positivas com a qualidade de vida-domínio físico e qualidade de vida-domínio ambiental, caracteriza-se assim que quanto melhor a memória auditiva, melhor a percepção do sujeito quanto a qualidade de vida nos domínios físico e ambiental.

Para a avaliação da qualidade de vida-domínio físico, foi detectada a presença de quatro correlações significativas. Observaram-se duas associações positivas da qualidade de vida física com a qualidade de vida-domínio psicológico e relações sociais, caracterizando que quanto melhor a qualidade de vida no domínio físico, maior a presença de indicadores de qualidade de vida nos domínios físico e de relações sociais. As duas correlações negativas

foram observadas quanto à qualidade de vida no domínio físico e a presença de indicadores de transtorno orgânico cerebral e de problemas quanto ao uso de álcool, apontando que quanto melhor a qualidade de vida no domínio físico menor, a presença de indicadores de problemas quanto ao uso do álcool e de transtorno orgânico cerebral.

Com relação à associação da qualidade de vida no domínio psicológico, observaram-se duas correlações positivas entre esse domínio e a qualidade de vida no domínio das relações sociais e meio ambiente, sugerindo que quanto melhor a qualidade de vida psicológica, melhor é a qualidade de vida nos domínios das relações social e ambiental.

Observou-se ainda uma correlação positiva entre a variável qualidade de vida nas relações sociais e qualidade de vida ambiental. Identificou-se também uma correlação negativa entre a qualidade de vida nas relações sociais e os indicadores de problemas quanto ao uso do álcool, sugerindo que quanto mais positivos são os indicadores de qualidade de vida-relações sociais menores são os indicadores de problemas quanto ao uso de álcool e melhor a qualidade de vida ambiental.

Quanto à associação da qualidade de vida ambiental com as demais variáveis, observou-se correlação negativa com os indicadores de problemas quanto ao uso de álcool, caracterizando que quanto melhor a qualidade de vida no domínio ambiental, menores são tais indicadores.

A Tabela 15 apresenta as correlações entre as nove variáveis estudadas para o G2, grupo sorológico negativo para a doença de Chagas.

Tabela 15 - Correlações entre as diversas variáveis avaliadas para G2- sorologia negativa

Variáveis 1 2 3 4 5 6 7 8 9

1. Avaliação Intelectual	1	0,99	0,22	0,01	-0,02	0,01	-0,11	-0,44*	-0,20
2. Memória Visual	1	0,37*	-0,22	-0,22	-0,18	-0,32*	-0,19	0,03	
3. Memória Auditiva	1	0,26	0,22	0,19	0,03	-0,27	0,12		
4. Q.Vida Físico	1	0,59	0,72*	0,64*	-0,03	0,00			
5. Q.Vida Psicológico	1	0,72*	0,51	-0,15	0,11				
6. Q.Vida Relações Sociais	1	0,64*	0,13	0,04					
7. Q.Vida Meio Ambiente	1	0,08	0,20						
8. Transtorno Org. cerebral	1	0,13							
9. Problemas Uso de álcool	1								

Coeficiente de correlação não-paramétrico de Spearman
*p<0,05

No conjunto das nove variáveis estudadas, observaram-se para G2 - sorologia negativa para doença de Chagas, sete associações significativas.

Quanto ao nível intelectual, observou-se uma correlação negativa com indicadores de transtorno orgânico cerebral, assinalando que quanto maior o nível intelectual, menor a presença de indicadores de tal transtorno.

Em relação à memória visual, observou-se uma correlação positiva com memória auditiva e uma correlação negativa com a qualidade de vida no domínio meio ambiente. Os dados indicam que quanto melhor a memória visual, melhor a memória auditiva e quanto melhor a memória visual menor a qualidade de vida-meio ambiente.

Quanto à qualidade de vida no domínio físico, observaram-se duas correlações positivas entre este domínio e os domínios de relações sociais e o ambiental, apontando que

quanto melhor a qualidade de vida-dom•io f•ico, melhor a qualidade de vida nos dom•ios das rela•es sociais e ambiental.

Em rela•o • qualidade de vida no dom•io psicol•ico, observou-se uma correla•o positiva com a qualidade de vida nas rela•es sociais indicando que quanto melhor a qualidade de vida psicol•ica, melhor • a qualidade de vida nas rela•es sociais.

Quanto • qualidade de vida nas rela•es sociais, observou-se ainda uma correla•o positiva com a qualidade de vida ambiental, sugerindo que quanto melhor a qualidade de vida nos relacionamentos sociais, melhor • a percep•o da qualidade de vida-meio ambiente.

N• foram observadas associa•es significativas com a vari•el designada de problemas relativos ao uso de •cool.

4.3. An•lise multivariada entre as nove vari•eis independentes estudadas

Com o objetivo de verificar a influ•cia conjunta das nove vari•eis, objeto do estudo, a saber: avalia•o do n•el intelectual (INV), mem•ia auditiva e mem•ia visual (MA e MV), qualidade de vida em quatro dom•ios: f•ico, psicol•ico, rela•es sociais e meio ambiente (WHOQOL-bref, QV- f•ico, QV- psicol•ico, QV- meio ambiente e QV- rela•es sociais), indicadores de transtorno org•ico cerebral (Bender) e indicadores de problemas quanto ao uso do •cool, (CAGE), buscou-se associar a estas vari•eis a vari•el independente sorologia, utilizou-se, para tal, o m•odo da regress•log•tica multivariada.

A Tabela 16 apresenta o coeficiente estimado das vari•eis, e o n•el de signific•cia.

Tabela 16 - Análise Multivariada- relativa • nove variáveis estudadas, tendo por variável independente a sorologia (G1- positiva para doença de Chagas e G2- negativa para doença de Chagas).

<i>Variáveis/instrumentos</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>p</i>
Avaliação Intelectual (INV)	0,699	0,07
Memória Visual (MV)	0,903	0,56
Memória Auditiva (MV)	0,896	0,77
QV - Físico (WHOQOL-bref)	0,974	0,84
QV - Psicológico (WHOQOL-bref)	0,851	0,26
QV - Meio Ambiente (WHOQOL-bref)	1,051	0,71
QV - Relações Sociais (WHOQOL-bref)	1,113	0,56
Transtorno Org. Cerebral (BENDER)	0,696	0,52
Problemas - Uso do álcool (CAGE)	1,804	0,38

Considerando o conjunto das nove variáveis estudadas, a análise multivariada

mostrou no modelo completo que nenhuma das variáveis isoladamente atingiu níveis de significância estatística. Sendo que a variável com nível de significância mais aproximado do crítico foi a medida da avaliação intelectual.

Procedeu-se, então, a análise interativa, passo a passo, retirando do modelo uma variável de cada vez; para tal observaram-se na sequência os valores de p de menor significância (maior valor de p).

A Tabela 17 apresenta o modelo final com a identificação da variável que apresentou maior associação com a sorologia, destacando o coeficiente estimado, o nível de significância e o intervalo de confiança.

Tabela 17 - Análise Multivariada – variável avaliação intelectual e sua associação com a variável independente sorologia. (G1- positiva para doença de Chagas e G2 negativa para doença de Chagas)

Variável Odds Ratio IC - 95% p

Avaliação Intelectual 0,694 0,49-0,98 0,05*

* p<0,05

No modelo final a variável avaliação intelectual foi identificada como aquela que apresentou, com maior nível de significância, associação com a variável independente sorologia, observando-se que os participantes de G1, com sorologia positiva para doença de Chagas, tendem a ter valores inferiores na avaliação intelectual, comparativamente aos participantes de G2 com sorologia negativa para doença de Chagas.

rrrrrrrrrrrWiscuss•

As condições de saúde e mental dos participantes portadores de doença de Chagas foram analisadas através da avaliação de aspectos cognitivos gerais e específicos, corroborados com dados relativos à presença de indicadores de transtorno orgânico cerebral, qualidade de vida e problemas com uso de álcool, tendo como referência a comparação com um grupo de não portadores de doença de Chagas da mesma comunidade. A comparação entre os grupos e destes a dados normativos atuais evidenciou peculiaridade dos grupos estudados, tanto nos aspectos cognitivos quanto nos aspectos psicossociais, independente da positividade para doença de Chagas como se vê a seguir.

5.1 Funcionamento cognitivo e doença de chagas: impacto na vida dos portadores

Comparando a avaliação do nível intelectual, da memória visual e auditiva com os dados normativos, tanto o grupo de soropositivos quanto o grupo de soronegativos para a

doen• de Chagas apresentaram indicadores de dificuldades, caracterizando uma produ• o inferior • m• ia esperada, com base nas normas de Rainho (2002).

Esses dados sugerem que provavelmente as prec• ias condi• es de vida e as poucas oportunidades de desenvolvimento psicossocial, caracter• ticas do pequeno munic• io rural, onde o estudo foi desenvolvido, afetam toda a pequena comunidade independente de ser ou n• soropositivo para Chagas, embora o preju• o seja significativo quanto a menor capacidade cognitiva para o grupo soropositivo para a enfermidade.

Tal dado vai ao encontro dos achados de J• g et al. (1972), Mangone et al. (1994a, 1994b) e Pereyra et al. (1992), que utilizando de delineamento semelhante, quanto • compara• o entre grupos caso e controle, tamb• encontraram indicadores de performance cognitiva rebaixados em chag• icos cr• icos. No entanto, vale ressaltar que diferentemente do estudo em quest• , Pereyra et al. (1992) pesquisaram grupos caso e controle pertencente a comunidades diferentes. O grupo utilizado para controle no estudo referido, pertencia • comunidade s• io-cultural urbana enquanto o grupo de casos pertencia • comunidade rural. No estudo em discuss• tomou-se como delineamento a compara• o de pessoas da mesma comunidade, o que de certo modo diminui o vi• relativo a diferentes oportunidades.

No estudo em quest• tamb• identificou-se menor capacidade mnem• ica verbal e auditiva para o grupo de soropositivos para Chagas, semelhante aos achados de J• g et al. (1972), Mangone et al. (1994a, 1994b) e Pereyra et al. (1992), que utilizando de instrumentos padronizados para a comunidade estudada, apontaram preju• os quanto ao desempenho mn• ico. Vale ressaltar que o • ico dos cinco estudos sobre a avalia• o cognitiva de chag• icos cr• icos identificados na revis• da literatura que n• apontou preju• os quanto a capacidade cognitiva geral e espec• ica de chag• icos cr• icos, foi o de Moncada et al. (1987) que apesar de trabalhar com a compara• o entre grupos e de ter

crit• ios precisos de inclus• e exclus• , n• utilizou de instrumento padronizado para uma zona end• ica rural, como se procedeu neste trabalho.

Ainda em rela• o • capacidade cognitiva, se observou neste estudo, que o decr• cimo do n• el intelectual mostrou-se relacionado ao aumento de indicadores de problemas com o uso de • cool e a presen• de mais indicadores de problema org• ico cerebral em ambos os grupos, o que foi observado de forma mais acentuada para o grupo de soropositivos para Chagas.

A maior porcentagem de indicadores de comprometimento org• ico cerebral encontrada no grupo de soropositivos para Chagas, foi constatada atrav• de resposta motora na realiza• o da c• ia de figuras geom• ricas do teste Guest• tico Visomotor de Bender (1980). J• g et al. (1972) tamb• utilizando de instrumento semelhante de avalia• o da psicomotricidade, encontraram menor desempenho na coordena• o visomotora de crian• s soropositivas para Chagas, relacionando o indicador ao comprometimento de atividades corriqueiras da vida di• ia, como vestir-se, abotoar-se ou cal• r-se.

Os indicadores de problema org• ico cerebral mostraram ainda, alta correla• o com baixo n• el cognitivo. Quanto menor a escolaridade maior foi o numero de indicadores de problemas de transtorno org• ico cerebral. No entanto, ressalta-se que ambos os grupos possuem pouca ou nenhuma escolaridade e baixo desempenho motor, o que novamente coloca em destaque as poucas oportunidades a que tiveram acesso e os limites que os participantes trazem para a aprendizagem de novas habilidades.

Quanto ao problema com o uso do • cool, os dados encontrados s• semelhantes • descri• o de Storino (1994), que ressalta que popula• es em condi• es socioecon• icas e s• io-culturais prec• ias, com poucas oportunidades de desenvolvimento intelectual, como a

da pequena comunidade do estudo, geralmente sentem-se • margem da sociedade e costumam abusar do • cool.

No Brasil, pesquisas t• mostrado que a taxa de preval• cia de alcoolismo varia entre 3% e 6% na popula• o geral (ALMEIDA; COUTINHO, 1993; BAUS; KUPEK; PIRES, 2002). Ambos os grupos deste estudo apresentaram porcentagem de indicadores de problemas quanto ao uso do • cool, que superam em muito o observado na popula• o geral. Cerca de 15% dos soronegativos e 25% dos soropositivos relatam problemas quanto ao uso de • cool.

Embora n• se tenha constatado diferen• com signific• cia estat• tica entre eles, pode-se observar que o grupo de soropositivos apresentou mais indicadores de problemas quanto ao uso do • cool comparativamente aos soronegativos, sugerindo mais uma vez o impacto negativo da doen• na vida de seus portadores.

A presen• de indicadores de problema de transtorno org• ico cerebral no grupo de portadores de doen• de Chagas evidencia uma quest• amplamente discutida na literatura relativa • forma nervosa da enfermidade.

Como se sabe, a forma nervosa cr• ica da doen• de Chagas • objeto de controv• sia. Para N• rega (1994), os casos nervosos cr• icos descritos por Carlos Chagas, em 1910, s• na verdade, seq• las de casos agudos que teriam passados despercebidos na inf• cia; J• g et al. (1994) apontam que n• • suficiente encontrar a infec• o pelo T. cruzi para caracterizar a forma nervosa; M• quez (1994) ressalta ainda que apesar de relatos ocasionais na literatura de diminui• o do rendimento intelectual e altera• es ps• uicas, dificilmente se consegue precisar um diagn• tico da forma neurol• ica cr• ica da enfermidade. O delineamento adotado neste estudo n• permite a associa• o direta dos indicadores de transtorno org• ico cerebral com a forma neurol• ica da doen• de Chagas.

Contudo, ao se destacarem os achados relativos aos indicadores de tais transtornos e as suas

rela• es com o preju• o das fun• es intelectuais espec• icas ressalta-se que independente da forma manifesta da doen• , esta favorece preju• os ao funcionamento cognitivo de seus portadores.

A integra• o dos dados atrav• das correla• es univariadas indicou um decr• cimo da capacidade mnem• ica auditiva com o aumento da idade nos indiv• uos soronegativos para enfermidade de Chagas. Em contrapartida, foi observado que este mesmo grupo apresentou melhor capacidade mnem• ica auditiva quando inclu• os em um maior n• el de escolaridade, fato que ressalta a influ• cia da escolaridade na manuten• o de melhor capacidade mnem• ica auditiva.

Ressalta-se, assim, para ambos os grupos, a relev• cia dos indicadores cognitivos como elemento favorecedor da vida di• ia. Tal constata• o coloca em evid• cia o rebaixamento observado na compara• o com o padr• normativo, deixando como questionamento as condi• es psicossociais dos grupos estudados e a adequa• o para tal compara• o do padr• normativo adotado, constru• o para uma comunidade predominantemente urbana.

Esse dado aponta a escolaridade como fator favorecedor da mem• ia auditiva tanto em soropositivos quanto em soronegativos para doen• de Chagas, e que o aumento da idade favorece a deteriora• o da capacidade mnem• ica auditiva nos soronegativos.

Destaca-se, ainda, que ambos os grupos apresentaram escores abaixo dos dados normativos tanto para a mem• ia visual e auditiva quanto para o n• el intelectual.

Apresentaram ainda porcentagens acima da m• ia para a popula• o geral quanto ao uso do • cool e a indicadores de problema org• ico cerebral. Tal dado ganha relev• cia no estudo em quest• , pois a avalia• o intelectual foi a que apresentou maior n• el de signific• cia e melhor poder discriminativo, na compara• o dos grupos, apontando que os participantes com

sorologia positiva para doen• de Chagas tendem a ter valores inferiores na avalia• o intelectual, comparativamente aos com sorologia negativa para a enfermidade.

5.2 Aspectos psicossociais e doen• de chagas: impacto na qualidade de vida dos portadores

No presente estudo, os dados relativos aos aspectos psicossociais dos participantes foram analisados atrav• da avalia• o da qualidade de vida em seus quatro dom• ios: f• ico, psicol• ico, rela• es sociais e percep• o do meio ambiente sendo posteriormente associados a indicadores de problemas com o uso de • cool. A compara• o dos grupos entre si e destes aos dados normativos atuais tamb• evidenciou peculiaridades quanto ao perfil dos grupos com e sem positividade para a doen• de Chagas.

Comparados aos dados normativos, tanto o grupo de soropositivos quanto os de soronegativos para doen• de Chagas apresentaram resultados referentes • qualidade de vida em todos os dom• ios numericamente abaixo da norma para a popula• o geral (FLECK, 2000), por• observou-se maior preju• o da qualidade de vida no grupo de soropositivos para doen• de Chagas, embora sem signific• cia estat• tica como analisado a seguir.

Do ponto de vista da compara• o entre os grupos quanto • auto-percep• o da qualidade de vida geral e da sa• e geral, quando comparada aos dados normativos, observaram-se maiores indicadores de insatisfa• o nos soropositivos em rela• o aos soronegativos para doen• de Chagas.

Os participantes soropositivos para a enfermidade de Chagas, indicaram significativamente que necessitam de acompanhamento m• ico constante, al• de se

perceberem mais insatisfeitos quanto ao desempenho das atividades de vida diária. Dado semelhante aos achados de Amato, Amato Neto, Uip, (1997) que em um estudo retrospectivo quanto à percepção da qualidade de vida de 11 transplantados de coração que apresentavam doença de Chagas na forma cardíaca, constataram que houve melhora significativa da qualidade de vida geral após o transplante.

Quando a autoavaliação do ponto de vista do domínio psicológico a comparação entre os grupos evidenciou que uma maior porcentagem de soropositivos percebem-se insatisfeitos consigo mesmo e relataram que significativamente aproveitam pouco a vida, em comparação com uma maior porcentagem de soronegativos que avaliam aproveitar um pouco melhor a vida. Os dados são semelhantes aos achados de Araújo et al. (2000), que avaliando pacientes ambulatoriais, verificou redução na auto-estima e prejuízos na qualidade de vida geral de indivíduos chagásicos. O referido estudo constatou ainda a presença de indicadores de medo e de estigma frente à doença, evidenciando dificuldades nos relacionamentos familiares e sociais, os quais seguramente refletem na qualidade de vida dos soropositivos para Chagas.

Outro ponto a ser destacado na comparação entre os grupos foi evidenciado através de correlações univariadas, identificando que no grupo de soropositivos, o aumento da idade favorece um maior comprometimento no domínio psicológico, o que pode interferir na percepção da qualidade de vida. Entretanto, por meio de outro tipo de delineamento, Uchida et al. (2002), ao utilizar de uma abordagem antropológica, encontraram dados que sugerem o aumento do comprometimento psicológico com a idade, como identificado no estudo em questão. Os pesquisadores verificaram nas entrevistas certa apreensão que transforma toda a vida do indivíduo ao intensificar os sentimentos, de que medida que o tempo passa, a morte eminente fica sempre espreita, sem que, contudo haja uma previsão. Os relatos de Jung, Storino e Sapino (1994) assim como os de Uchida et al. (1996), apontaram que muitos

dizem ficar esperando que o coração possa parar de bater e que podem cair a qualquer momento sem aviso prévio. Outros já dizem que tentam não ficar tão preocupados, porque a recuperação mata ainda mais depressa (p. 75).

Análise dos dados relativos a prejuízo na qualidade de vida, no que diz respeito à saúde e geral e ao domínio psicológico, aponta também para semelhanças quanto ao relatado por Storino (1994). Segundo o autor, o fato do indivíduo soropositivo para a doença de Chagas se perceber como sendo doente, um estado permanente, diferentemente de estar doente, um estado transitório, faz grande diferença. Qualquer doença somática exige que o aparelho psicológico do indivíduo enfermo tenha que processar e dar significado aos estímulos recebidos do meio ambiente e do interior de seu próprio corpo, o que favorece uma condição do indivíduo doente, a qual é provocada pela dor e sofrimento físico e pela frustração frente à doença. Com base nessas afirmativas, o referido autor sugere que o indivíduo com doença de Chagas, ao se perceber em um estado permanente de doença, apresenta maior tendência ao sofrimento psicológico do que os soronegativos para enfermidade, o que foi observado de forma semelhante no estudo em questão, principalmente porque o portador vive na expectativa de que pode morrer repentinamente, fato sobre o qual tem consciência de não possuir controle.

Dados semelhantes à identificação de maior comprometimento psicológico interferindo na qualidade de vida de chagásicos também foram relatados por Mota et al.

(2005). Os autores identificaram um número maior de sintomas psicológicos e físicos de *stress*, *menor capacidade de resiliência*, *mais sintomas de desesperança* e *de dificuldades emocionais*, além de baixa capacidade de tenacidade e inovação em chagásicos sintomáticos.

Ressalta-se que os dados do estudo em questão vão ao encontro dos relatados no estudo de Mota et al. (2005), apesar de terem investigado mais indivíduos assintomáticos do que sintomáticos. Dos 40 participantes soropositivos para Chagas, 87% se encontravam na forma indeterminada e 13% na forma cardíaca da doença. Segundo Prata (2000), por ano em

uma zona end• ica, cerca de 2% dos soropositivos assintom• icos evoluem para a forma card• ca e uma percentagem menor, cerca de 0,33%, evoluem para a esofagopatia. Analisando os dados desse estudo, sob a perspectiva apontada por Prata (2000), pode-se pensar que os 87% de participantes assintom• icos provavelmente vivem na expectativa de evolu• o da enfermidade de uma forma indeterminada para a forma card• ca ou digestiva da doen• de Chagas. Fato que muitas vezes j• observaram ocorrer com familiares ou pessoas pr• imas. Inclusive, a prov• el evolu• o de uma forma a outra da doen• , faz parte das orienta• es que na maioria das vezes, os pacientes recebem dos profissionais da sa• e. Considera-se, portanto, que tal condi• o provavelmente aumenta o comprometimento das manifesta• es psicol• icas.

Do ponto de vista psicossocial, como j• relatado, a avalia• o da qualidade de vida geral apontou que, quando comparada aos dados normativos, ambos os grupos apresentaram indicadores de preju• os. No entanto, a avalia• o da qualidade de vida nos dom• ios espec• icos: f• ico, psicol• ico, de rela• es sociais e do meio ambiente, apresentou peculiaridades. Tanto os soropositivos quanto os soronegativos para doen• de Chagas apresentaram escores inferiores • norma quanto • qualidade de vida nos dom• ios f• icos e psicol• icos, e escores semelhantes • norma quanto • qualidade de vida nos dom• ios de rela• es sociais e meio ambiente.

Nesse estudo n• se levou em considera• o o tempo do diagn• tico da doen• de Chagas e nem se esta evoluiu para outra forma cl• ica no per• do de um ano e meio em que se coletaram os dados. Considerando que 87% do grupo soropositivo para doen• de Chagas se encontravam na forma indeterminada ou assintom• ica, n• se sabe se o impacto desta seria maior em indiv• uos sintom• icos do que nos assintom• icos. O restante do grupo se encontrava na forma card• ca da doen• e predominantemente ao se analisar a qualidade de vida no dom• io psicol• ico, constatou-se a presen• de ind• ios de depress• . Pode-se

especular que se houvesse mais participantes nesta forma do que na indeterminada talvez se encontraria mais indícios de depressão, já que a maioria dos participantes vive na expectativa de que podem morrer subitamente.

A baixa qualidade de vida verificada no domínio psicológico dos soropositivos mostrou-se semelhante aos dos estudos de Araujo et al. (2000), Gontijo, Rocha e Oliveira, (1996) e Marchi, Gurgel e Blatt (1998). Tais estudos apontaram que o paciente portador de Chagas apresenta alterações comportamentais que estão associadas a angústia frente ao diagnóstico e limitações provocadas pela enfermidade, o que por sua vez pode influenciar na qualidade de vida geral.

Já a baixa qualidade de vida no domínio físico sugere que a doença de Chagas está associada a impedimentos de ordem física que interferem na vida diária dos portadores. Levando-se em consideração o dado específico sobre a percepção da necessidade diária de tratamento médico, cerca de 52% de soropositivos disseram necessitar de bastante acompanhamento médico para o desempenho das atividades diárias, enquanto que nos soronegativos apenas 27% afirmaram tal necessidade.

No estudo em questão, observou-se ainda quanto à auto-avaliação em relação às atividades sexuais, que cerca da metade dos soropositivos e dos soronegativos se disseram satisfeitos. No entanto, as análises relativas àqueles que não estão satisfeitos, considerando as respostas que apontam graus que vão de insatisfação a satisfação regular com as atividades sexuais, indicaram que os soropositivos, comparativamente aos soronegativos, apresentam significativamente maior insatisfação.

Já Dias e Guariento (2005) utilizando do mesmo instrumento dessa pesquisa para a avaliação da qualidade de vida, a escala WHOQOL-bref, apontaram que uma porcentagem grande de pacientes chagásicos ambulatoriais apresentou bom índice de satisfação quanto

atividades sexuais. No estudo em quest• , desenvolvido em uma realidade de uma zona rural com grande incid• cia de pacientes soropositivos para Chagas, tal associa• o n• foi observada quanto • sexualidade, o que sugere que o delineamento adotado por Dias e Guariento (2005), n• utilizando de compara• o entre grupos e trabalhando com pacientes ambulatoriais de um grande centro, reflete demandas diferentes. Nesse sentido, sup• -se que indiv• uos portadores de doen• de Chagas que conseguiram migrar de uma zona end• ica para outra de maiores recursos, o fizeram em busca de melhor qualidade de vida, portanto, parecem conseguir lidar melhor com quest• s pessoais, o que provavelmente sugere que apresentam mecanismos de defesas mais adaptativos do que aqueles que permaneceram na zona rural.

Entretanto quanto • auto-avalia• o dos relacionamentos sociais, a compara• o entre grupos indicou que cerca de 80% dos participantes, tanto de soropositivos quanto de soronegativos, se mostraram satisfeitos. Da mesma forma, a auto-avalia• o da percep• o em rela• o ao apoio que recebem dos amigos indicou que ambos os grupos se mostraram predominantemente mais satisfeitos do que insatisfeitos, por• os soropositivos se apresentaram significativamente mais satisfeitos com o apoio que recebem dos amigos do que os soronegativos.

J• os dados relativos quanto • satisfa• o nas rela• es sociais e no suporte recebido dos amigos, s• semelhantes aos relatados por Dias e Guariento (2005). As autoras apontaram que uma porcentagem grande de pacientes chag• icos ambulatoriais, apresentou bom • dice de satisfa• o quanto • rela• es sociais e ao apoio que recebem dos amigos.

Embora as autoras tenham adotado delineamento diferente, n• utilizando de compara• o entre grupos e nem de participantes de uma mesma comunidade como j• relatado anteriormente, os dados guardam sentido quanto • rela• es sociais e ao apoio que recebem dos amigos, o que sugere com rela• o a estes quesitos que as pessoas que procuram por

tratamento da doen• de Chagas em uma grande cidade se assemelham aos portadores da enfermidade que residem em uma zona end• ica de uma pequena comunidade rural. Considerando que a grande maioria dos pacientes que residem em uma grande cidade s• oriundos de zona end• ica como apontam os estudos que tra• m o perfil do chag• ico (GONTIJO; ROCHA; OLIVEIRA, 1996; PRATA, 2000), provavelmente a satisfa• o com os relacionamentos sociais e com o apoio recebido dos amigos, se deva ao fato de terem convivido por algum per• do de suas vidas em pequenas comunidades onde geralmente as pessoas tendem a se conhecer e a se comunicar mais, e a serem mais solid• ias umas com as outras, o que, de certa forma, fez com que perpetuassem os antigos sentimentos e atitudes para com os outros, apesar de atualmente viverem em outro lugar. Ao se observarem semelhan• s do grupo estudado com os dados relatados pelos referidos autores, considera-se que a presen• de tais indicadores em uma popula• o de moradores de uma zona end• ica para doen• de Chagas, em compara• o aos seus pares da mesma comunidade, • sugestiva de recursos de enfrentamento positivos quanto • demandas sociais.

No entanto, ao analisar a porcentagem dos que n• est• satisfeitos com os relacionamentos sociais e apoio que recebem dos amigos, verificaram-se certas peculiaridades. Entre os cerca de 20% que n• apontaram satisfa• o com os relacionamentos sociais, os soronegativos • que se mostraram mais insatisfeitos, e a diferen• foi estatisticamente significativa. Da mesma forma, com rela• o aos 20% , que n• apresentaram satisfa• o quanto ao apoio recebido dos amigos, verificou-se com diferen• estat• tica que uma maior porcentagem de soronegativos n• considerou satisfat• io o apoio recebido dos amigos, por• a insatisfa• o declarada foi significativamente maior para os soropositivos.

Esse dado • concordante em parte com o relato de Storino (1994). O autor aponta que ao tomar conhecimento da positividade para Chagas, os pacientes experimentam em geral uma indiferen• , recha• e marginaliza• o da sociedade e familiares. Muitas vezes, amigos e

a sociedade em geral, adotam atitudes que aparecem disfar• das como superprote• o, mas que, na verdade, • express• de estigma, fato que os deixam insatisfeitos com seus relacionamentos.

Quanto ao suporte recebido pelos amigos, faz-se necess• io comentar a presen• de diferen• nas tr• categorias avaliadas, numa grada• o de satisfa• o a insatisfa• o, mostrando que embora a maior porcentagem esteja satisfeita, h• tamb• relatos que diferem significativamente quanto • maior insatisfa• o e menor satisfa• o, refletindo assim diversidade de avalia• es e poss• eis peculiaridades dos indiv• uos.

Pode-se pensar que como o estudo envolveu uma comunidade rural, carente do ponto de vista cultural e socioecon• ico, pode apresentar certas particularidades. Sup• -se que tais participantes indistintamente experimentam pouco suporte para ativar a esperan• e enfrentar as adversidades do cotidiano. Tal afirmativa tem suporte no apontado por Brice• - Leon (1994) quanto • comunidades pobres de recursos, o qual afirma que esta descren• pode estar associada a sentimentos depressivos, que afetam inclusive a percep• o dos relacionamentos sociais, independentemente da presen• da enfermidade.

Vale ainda destacar que a identifica• o de diferen• s e semelhan• s, respectivamente quanto • satisfa• o em rela• o • sexualidade e • rela• es sociais e ao apoio que recebe dos amigos, entre esse estudo e o de Dias e Guariento (2005), n• se mostra contradit• ia. Os dados encontrados sugerem que possivelmente o esfor• adaptativo dispensado por parte dos participantes soropositivos da zona end• ica investigada, est• dando conta de demandas mais coletivas como as rela• es sociais e de amizade, o que pode estar se estendendo • rela• es mais pessoais, como a sexualidade.

Ambos os grupos apresentaram qualidade de vida no dom• io f• ico inferiores • norma, como relatado anteriormente. Considerando que a amostra estudada procedente de

uma zona end• ica, de um modo geral, vive do trabalho bra• l, pode-se supor que a baixa qualidade de vida f• ica tem realmente um impacto negativo na vida de grande parcela dos participantes, o que provavelmente est• associado • baixa qualidade de vida no dom• io psicol• ico, relatada pela grande maioria.

Estes dados, v• ao encontro, em parte, dos de Gontijo, Rocha e Oliveira (1996).

Com base em um estudo caso-controle, utilizando de levantamento em prontu• ios de um ambulat• io de refer• cia da grande Belo Horizonte, os autores apontaram que cerca de 70% dos indiv• uos chag• icos dedicavam-se a atividades bra• is, sendo que o grau de esfor• nas atividades laborativas era significativamente maior para os chag• icos em compara• o aos n• chag• icos. O estudo encontrou diferen• significativa entre chag• icos e n• chag• icos quanto ao desempenho de atividades f• icas e comprometimento psicol• ico sugerindo que a principal rea• o frente • informa• o da soropositividade foi de preocupa• o, seguida de tristeza e medo de morrer.

Ao analisar os achados de Gontijo, Rocha e Oliveira (1996) e os do estudo em quest• , pode se supor que, ao contr• io, os primeiros constataram diferen• s quanto • qualidade de vida f• ica e psicol• ica entre chag• icos e n• chag• icos, devido ao fato de terem trabalhado com grupos contrastantes, n• provenientes da mesma comunidade como o deste estudo. Inclusive os autores chamam a aten• o para a proced• cia de zona end• ica por parte dos chag• icos em contraposi• o a uma popula• o mais urbana no que diz respeito aos n• chag• icos.

Nesse sentido, faz-se necess• io refletir como Storino (1994) que as popula• es com condi• es s• io-culturais prec• ias, como s• as caracter• ticas da popula• o de uma zona end• ica, experimentam marginaliza• o social, car• cias de necessidades b• icas e poucas oportunidades de desenvolvimento intelectual. Tais peculiaridades foram observadas quanto aos participantes deste estudo.

Esta percepção quanto a menos recursos de saúde e física, sugere que as condições socio-culturais e socio-econômicas precárias da população da zona endêmica, de um modo geral, são de grande impacto para a qualidade de vida dos habitantes desta comunidade, pois ambos os grupos relataram necessitar de bastante ou de pelo menos algum acompanhamento médico no dia a dia. Ao analisar tal dado, faz-se necessário destacar os limites dos recursos de saúde e que esta comunidade contava no momento da coleta de dados a saber: uma Unidade Básica de Saúde com médico, dentista, enfermeira e auxiliar de enfermagem, acrescido de uma ambulância e motorista para transportar para centros maiores quando se tratava de casos de maior gravidade. Pode-se questionar se este modelo de atendimento na percepção dos participantes é suficiente para a comunidade ou ainda se experimentam realmente problemas de saúde física já que isto não foi objeto de investigação sistemática, com exceção dos aspectos relativos à doença de Chagas.

Ainda quanto à igualdade na percepção da qualidade de vida relativa ao meio ambiente e as relações sociais encontrada entre os grupos e semelhantes aos valores normativos, faz-se necessário destacar algumas peculiaridades da amostra estudada que podem ter favorecido esse dado. Os participantes provêm de uma pequena comunidade rural onde não há poluição e pode-se vislumbrar o horizonte¹³ com vasta vegetação, a maioria delas de campos cultivados com soja, milho ou arroz. Os habitantes podem ainda ter em seus quintais hortifrutigranjeiros para o seu sustento, podem contar com a colaboração de vizinhos no empréstimo dos mantimentos que possam vir a faltar e por último podem contar com a colaboração dos pequenos comerciantes da cidade. Padeiros, açougueiros e o dono da farmácia no município, costumam vender a prazo as suas mercadorias. Ainda utilizam do sistema de cadernetas, onde o comprador marca o que adquiriu acertando a sua conta ao final

13 Segundo o psicanalista e livre docente pela USP-SP Dr. Gilberto Safra, em comunicação oral na PUC-SP (2002), a possibilidade de avistar o horizonte, faz com que se tenha uma melhor percepção de mundo externo o que seguramente reflete na melhor percepção do mundo interno.

do município. Vale comentar um fato pitoresco que revela o quanto a vida no município costuma ser pacata. O antigo dono da farmácia, Sr. Douglas falecido em 2003 durante a coleta de dados deste estudo, costumava deixar a loja aberta, sem nenhum balconista, caso ele tivesse necessidade de se ausentar por um pequeno período. Provavelmente as condições de reconhecimento e familiaridade com que contam no cotidiano estão favorecendo a percepção positiva de qualidade de vida relativa ao ambiente e relações sociais minimizando o impacto da pobreza material e de oportunidades sobre esses domínios.

5.3. Variáveis pessoais e contextuais: associações com a doença de Chagas

Destaca-se, a seguir, a análise das associações observadas entre aspectos pessoais e condições contextuais.

A análise integrada dos dados através de correlações univariadas evidenciou também que o nível de escolaridade foi, de um modo geral, fator bastante influente na qualidade de vida do soropositivo para doença de Chagas. Um melhor nível de estudos mostrou-se associado a uma melhor qualidade de vida geral, tanto no domínio físico quanto no psicológico, nas relações sociais e no domínio ambiental. Maiores níveis de escolaridade mostraram-se também associados a menores indicadores de transtorno orgânico cerebral e a menores indicadores de problemas quanto ao uso de álcool.

O aumento da escolaridade pode favorecer o desenvolvimento do potencial intelectual e do pensamento lógico formal que, por sua vez, favorecem ao portador do mal de Chagas a encontrar novas modalidades de readaptação frente à vida. Esse fato sugere que o aumento da escolaridade pode levar o indivíduo soropositivo, a utilizar de mecanismos de

defesas mais adaptativas frente • frustra• o e • cis• pela dor provocadas pela doen• e a minimizar a utiliza• o de mecanismos de defesas mais primitivos como a nega• o da doen• muito observada naqueles soropositivos que fazem uso inadequado do • cool, como forma de provar a si mesmo e aos outros que est• saud• el (STORINO,1994).

Pode-se considerar ainda que o aumento da escolaridade pode facilitar a compreens• do soropositivo para Chagas de que ser reativo contra anticorpos do T. cruzi • diferente de ser doente em uma das formas da enfermidade como ressalta Petana (1980).

- preciso salientar que facilitar a distin• o entre a forma cl• ica da enfermidade e a prova sorol• ica positiva, • tamb• um dever do m• ico e deve ser claramente explicada numa linguagem compreens• el para indiv• uos de baixa escolaridade como • , em geral, o morador de zonas end• icas. Dado corroborado por Storino (1994) que afirma que saber-se enfermo de uma doen• incur• el pode alterar a identidade do sujeito, fato que tem resson• cias no estado de sa• e f• ica e mental, al• de repercuss• s no contexto de vida, o que obriga o indiv• uo a tentar se organizar psiquicamente a partir de um d• icit estrutural.

Outro ponto a ser destacado diz respeito • vari• el g• ero. Observou-se uma maior porcentagem de homens soronegativos para doen• de Chagas com indicadores de uso inadequado do • cool e uma maior porcentagem de homens com a percep• o de melhor qualidade de vida f• ica e psicol• ica comparativamente • mulheres.

Os dados sugerem que, em se tratando de uma pequena cidade, com poucos atrativos para atividades de lazer, provavelmente os homens de um, modo geral, independente de ser chag• ico, procurem na bebida uma forma de divers• , como uma v• vula de escape para a rotina cotidiana.

Pode-se pensar que, em geral, a bebida provoca certa euforia, e que tal possibilidade poderia estar associada • percep• o de melhor qualidade de vida psicol• ica

comparativamente • mulheres. Os achados tamb• levam a supor que a melhor qualidade de vida no dom• io f• ico encontrada em homens comparativamente • mulheres, se deva ao fato de que, em se tratando de regi• agr• ola, na qual se empregam basicamente trabalhadores bra• is, desde muito cedo, os homens s• estimulados • utiliza• o do corpo como for• motriz, fato que leva ao desenvolvimento da massa muscular e conseqüentemente da percep• o de melhor qualidade de vida f• ica.

A an• ise das correla• es entre as vari• eis, mostrou que a qualidade de vida nos seus quatro dom• ios mostrou-se influenciada pelos indicadores de problemas quanto ao uso de • cool. Evidenciou-se que nos soropositivos para doen• de Chagas quanto melhor os relacionamentos sociais, melhor • a percep• o da qualidade de vida ambiental e menor a presen• de indicadores de problemas quanto ao uso do • cool.

Em rela• o • qualidade de vida no dom• io das rela• es sociais, vale relatar um comportamento observado entre os habitantes da amostra estudada, que pode ser considerado uma atividade de lazer. Esse que consiste em colocar cadeiras na cal• da defronte • moradias e permanecer horas a fio, principalmente nos finais de semana, observando o movimento dos carros que cortam a cidade em dire• o • fazendas ou ranchos que se encontram • margem do Rio Grande. Esta atividade parece favorecer um maior contato com os vizinhos, o que sugere que provavelmente tanto os soropositivos quanto os soronegativos para a enfermidade chag• ica percebem o meio ambiente e as rela• es sociais como mais positivas apesar de ambos os grupos viverem na sua grande maioria em prec• ias condi• es de vida. No entanto, tomando a qualidade de vida geral como refer• cia, constatou-se que esta • mais negativa nos soropositivos, o que sugere que a doen• de Chagas agrava situa• es de vida j• prec• ias, com impacto negativo para a vida dos portadores.

Observou-se ainda que a boa qualidade de vida f• ica para os soropositivos para doen• de Chagas mostrou-se associada • aus• cia de indicadores de problemas quanto ao

uso do *cool* e de indicadores de problemas e de transtorno orgânico cerebral. Tal dado coloca em destaque que as boas condições de qualidade de vida fica mantida associada com a ausência de problemas com o uso do *cool* e de boa saúde física.

Igualmente, o grupo soropositivo para doença de Chagas apresentou forte correlação da qualidade de vida nas relações sociais com o meio ambiente e domínio psicológico, indicando que quanto melhor os relacionamentos sociais, mais positivas são a percepção do meio ambiente, e a percepção da qualidade de vida psicológica, evidenciando as relações sociais como importante indicador de saúde mental.

Dados semelhantes foram identificados no estudo de Dias e Guariento (2005). As autoras relataram que a possibilidade da manutenção de bons relacionamentos sociais pode atenuar os indicadores de sintomas psicológicos e implementar a qualidade de vida desses indivíduos, apesar da consciência do estado permanente da doença, e das dificuldades referentes à situação social e econômica enfrentada pelos portadores de doença de Chagas.

rrrrrrrrrrr Vonclus• s

O delineamento de corte transversal, duplo cego e de comparação entre grupos adotado no presente estudo, permitiu analisar as condições de saúde e mental dos participantes quanto aos aspectos cognitivos e psicossociais. Enquanto os aspectos cognitivos foram analisados de forma geral e específica, os aspectos psicossociais foram avaliados através da autoavaliação da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Tanto os aspectos cognitivos quanto os psicossociais foram associados a problemas quanto ao uso de álcool e a indicadores de transtorno orgânico cerebral.

A avaliação dos aspectos cognitivos gerais e específicos apontou para prejuízo para ambos os grupos; no entanto, verificou-se maior prejuízo quanto ao funcionamento cognitivo dos soropositivos para doença de Chagas. Essa variável foi a de maior poder discriminativo apontando para o impacto negativo da doença de Chagas sobre os aspectos cognitivos e a associação desses aos indicadores de transtorno orgânico cerebral e de problemas quanto ao uso do álcool. Apesar de alta percentagem de indicadores de tais problemas em ambos os grupos, esta foi maior nos soropositivos o que permitiu afirmar a

importância dos recursos cognitivos na vida de toda comunidade, principalmente na dos soropositivos para doença de Chagas.

O alcance dos dados tem sustentação no delineamento duplo-cego adotado em que foram incluídas nas amostras pessoas da mesma comunidade, balanceadas pelas variáveis sexo, idade e escolaridade.

A avaliação de nove variáveis psicossociais incluindo a avaliação de vários componentes da qualidade de vida, além de indicadores de transtorno orgânico cerebral e de problemas quanto ao uso do álcool, permitiu uma ampla compreensão do indivíduo portador de doença de Chagas em comparação ao não portador, proveniente da mesma comunidade acrescentando assim dados relevantes aos estudos prévios publicados sobre o tema e analisados com base em revisão sistemática recente (HUEB; LOUREIRO, 2005).

A comparação de grupos procedentes da mesma comunidade permitiu de forma sistemática caracterizar as peculiaridades da doença de Chagas e a associação com a característica sociocultural e socioeconômica, avaliando a sua repercussão nos aspectos cognitivos e psicossociais.

Tendo por referência os dados obtidos pode-se afirmar que a doença de Chagas favorece prejuízos de ordem cognitiva e prejuízos na qualidade de vida de seus portadores. No entanto, os dados também apontaram que mais do que ser soropositivo para Chagas, talvez o prejuízo maior esteja em viver em uma comunidade carente, pois os resultados de ambos os grupos apresentaram-se inferiores à norma quanto à capacidade cognitiva, memória visual, memória auditiva e qualidade de vida nos domínios psicológicos e físicos, além da presença de mais indicadores de transtorno orgânico cerebral e problemas quanto ao uso do álcool. Em uma comunidade rural, onde as oportunidades são poucas para ambos os grupos e não exigem muita escolaridade nem muita competência no desempenho especializado de tarefas que na

sua maioria estas síndromes ou doenças, o impacto da doença de Chagas não se mostrou tão evidente.

Provavelmente se a avaliação tivesse utilizado de grupo de comparação de outra comunidade, como o estudo de Galvão (1976), se encontraria diferenças mais significativas entre os grupos, maiores diferenças entre as normas e talvez se verificasse um impacto maior da doença de Chagas em seus portadores do que o encontrado neste estudo.

Contudo, ao se comparar o perfil cognitivo dos grupos normativos, as diferenças tornaram-se mais evidentes chamando a atenção para a necessidade de padrões normativos que atendam as peculiaridades de comunidades rurais.

Observou-se ainda que a repercussão da doença de Chagas sobre a qualidade de vida dos participantes, não foi generalizada. As associações com as demais variáveis permitiram esclarecer melhor os resultados. No grupo de soropositivos o menor nível intelectual mostrou-se associado a prejuízos na memória visual, na qualidade de vida meio ambiente e a presença de indicadores de transtorno orgânico cerebral. Já a baixa qualidade de vida no domínio psicológico do mesmo grupo, mostrou-se associada à baixa qualidade de vida quanto aos relacionamentos sociais, ao meio ambiente e a qualidade de vida física. Tal dado coloca em destaque o peso da variável nível cognitivo como um indicador relevante dos recursos e prejuízos dos portadores de doença de Chagas.

Vale ressaltar que a avaliação da qualidade de vida domínio psicológico e físico mostrou-se abaixo da norma para ambos os grupos. O resultado sugere que em uma comunidade de zona rural a presença de indicadores de baixa qualidade de vida no domínio psicológico e físico pode estar relacionada a diferenças quanto aos recursos disponíveis em um grande centro. Tal diferença é mais contrastante para a comunidade de um modo geral do que a positividade para doença de Chagas propriamente dita. Esse dado comparado aos referentes à qualidade de vida nas relações sociais e no meio ambiente, os quais foram

semelhantes aos normativos, sugere que provavelmente os relacionamentos se comportam mais como variáveis pessoais do que contextuais, estando sujeitos mais marcados de aspectos dos participantes do que do contexto no qual estão inseridos.

Faz-se necessário também apontar os limites do estudo em questão.

Apesar de o nível intelectual ter sido avaliado como o aspecto de maior peso, por se tratar de um estudo transversal, não se pode afirmar com segurança se decresceu com a doença ou se potencialmente já era mais rebaixado antes da sorologia positiva para a doença de Chagas.

Outro limite importante a ser levado em conta, é que apesar de se ter trabalhado com instrumentos psicométricos padronizados para o Brasil, as peculiaridades das amostras estudadas de uma zona rural com pouca escolaridade ou analfabeta dificultaram as comparações com as normas, que, em geral, não incluem essas características. Na avaliação do nível cognitivo em seus aspectos geral e específicos, as normas foram padronizadas em 1994 e revisadas em 2001 para população do estado do Rio de Janeiro, incluindo sujeitos analfabetos. Já a escala para a avaliação da qualidade de vida tem padronização recente, por isso incluiu sujeitos da grande Porto Alegre para sua validação.

Os dados apontaram para a necessidade de normas regionais, especialmente para comunidades rurais e carentes, onde vivem pessoas de baixa escolaridade, com pouco acesso a melhores níveis de instrução e de melhores condições de trabalho, o que por sua vez reflete de um modo geral na qualidade de vida e nos recursos de saúde e mental.

Do ponto de vista específico da saúde e mental, destaca-se a necessidade de práticas psicoprofiláticas, com enfoque educativo, que priorizem informações e orientações adequadas às necessidades das pessoas que moram em comunidades rurais, independente de serem ou não soropositivas para doença de Chagas, de modo a favorecer atitudes e ações protetoras frente à vulnerabilidade psicossocial a que estão expostas.

Conclui-se que o desenvolvimento de um estudo sistemático sobre variáveis psicossociais de pessoas portadoras de doença de Chagas e não portadoras de uma mesma comunidade evidenciaram a necessidade de políticas públicas que deem suporte a práticas de saúde e promotoras do desenvolvimento psicossocial em comunidades carentes de recursos. Os dados obtidos abrem a perspectiva para novos estudos que abordem a comparação de participantes sintomáticos e assintomáticos, e que, adotando um delineamento longitudinal possam identificar e mapear o impacto da doença de Chagas para a vida dos portadores.

rrrrrrrrreefer• cias*

14

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 27, p. 23-9, 1993.

AMATO, S. M.; AMATO NETO V.; UIP, D. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos a transplante de coração. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba*, v. 30, p. 159-60, 1997.

ARAÚJO, S. M.; ANDRADE, M. H.; CASSAROTTI, D. J.; MOTA, C. G. D.; BORGES, S. M. R.; GOMES, M. L. Programa ACHEI: atenção ao chagótico com educação integral no município de Maringá e região noroeste do Paraná, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba*, v. 33, p. 565-72, 2000.

BENDER, L. Test gestivo visomotor: usos y aplicaciones clínicas. Buenos Aires: Paidós, 1980.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 36, p. 40-6, 2002.

*14 De acordo com: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. Diretrizes para apresentação de teses e dissertações da USP: documento eletrônico ou impresso. São Paulo: USP/SIBi, 2003.

BRICEÑO LEON, R. Aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y psicológicos. In: STORINO, R.; MILES, E. J. (Orgs.). *Enfermedad de Chagas*. Buenos Aires: Mosby Doyma, 1994. p. 534-41.

_____. R. et al. Housing and Health: psychosocial and situational effects in a rural disease control program. *J. Soc. Issues* v.46, p.109, 1990.

_____. Aspectos psicossociais de la enfermedad de Chagas. *Boletín de la AVEPSO*, Caracas, v. 9, n. 3, p. 37-41, dic. 1986.

BUCHER, E. H.; SCHOFIELD, C.J. Economic assault on Chagas disease, *New Scientist* v.92 p.321, 1981.

CAMARGO, M. E.; SHIMIZU, S. H. Metodologia sorológica na infecção pelo *Trypanosoma cruzi*. *Revista Goiana de Medicina*, v. 20, p.47-65, 1974.

CAMARGO, M. E.; SILVA, G. R.; CASTILHO, E. A.; SILVEIRA, A. C. Inquérito sorológico da prevalência de infecção chagásica no Brasil, 1975-1980. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, São Paulo*, v. 26, p. 192-204, 1984.

CERISOLA, J. A. Immunodiagnosis of Chagas' disease: hemagglutination and immunofluorescent test. *Journal of Parasitology*, v. 50, p. 409, 1970

CORREIA FILHO, D. Avaliação do clínico funcional, bioquímica e imunológica do sistema nervoso autônomo em residentes em área endêmica da doença de Chagas. 2000.207 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

CUNHA, J. (Org.) *Psicodiagnóstico-R*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CUNHA, J. (Org.) *Psicodiagnóstico V*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DIAS, E. L. F.; GUARIENTO, M. E. Qualidade de vida dos portadores de doença de Chagas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba**, v. 38, n. 1, p. 333, mar. 2005. Suplemento I; XLI Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, I Encontro de Medicina Tropical do Cone Sul, 2005, Florianópolis.

DIAS, J. C. P. Aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y psicológicos. In: STORINO, R.; MILES, E. J. (Orgs.). *Enfermedad de Chagas*. Buenos Aires: Mosby Doyma, 1994. p. 534-7.

DIAS-LIMA, A. C.; SHERLOCK, J. A. Sylvatic vectors invading houses and risk of emergence of cases of Chagas disease in Salvador State of Bahia, Northeast Brasil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v. 95 p. 611-3, 2000.**

DIAS, R. B. *Quem sou eu? Eu estou aqui, compondo o mundo: uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanão, Minas, Brasil.* Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 149-57, 1998.

DOENÇA de Chagas erradicada em seis estados. Folha de São Paulo, São Paulo, 22 mar. 2000. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/geral/ult22032000027.htm>>. Acesso em 24 mar.2005.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVIC, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 178-83, abr. 2000.

FORATINI, O. P. Demography and vector borne diseases. Boca Raton: CRC Press, USA, 1989.

GALVÃO, R. M. Test gestivo visomotor de Bender. ACHAMA- Associação Chagas-Mazza, Buenos Aires, v. 4, p. 11-20, out. 1976.

GONTIJO, E. D.; ROCHA, O. M. C.; OLIVEIRA, U. T. Perfil clínico-epidemiológico de chagricos atendidos em ambulatório de referência e proposição de modelo de atendimento ao chagrico na perspectiva do SUS. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 29, p. 101-8, 1996.

GUARIENTO, M. E.; CAMILO, M. V. F.; CAMARGO, A. M. A. Situação trabalhista do portador de doença de Chagas crônica, em um grande centro urbano. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 381-6, abr./jun. 1999.

HUEB, M. F. D.; LOUREIRO, S. R. Revisão: aspectos cognitivos e psicossociais associados à doença de Chagas. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 1, p. 138-49, jan./abr. 2005.

HUTT, M. L.; BRISKIN, G.J. The clinical use of the revised Bender Gestalt Test. New York: Grune & Stratton, 1960.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidade de Guapimirim - Produção da Pecuária Municipal. 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ciddaesat/xtras/temas..php?nomemun=%C1gua%20Comprida...>> Acesso em: 17 out. 2004.

J• RG, M. E.; BUSTAMANTE, A. G.; PELTIER, Y. A.; FREIRE, R.; FIGUEIREDO, R. C.; OLIVA, R.; ORLANDO, A. S. Disfunção cerebral mínima como seqüela de meningoencefalitis aguda por Trypanosoma cruzi. Prensa Médica Argentina, Buenos Aires, v. 59, n. 44, p. 1658-69, 1972.

J• RG, M.; STORINO, R.; SAPINO, R. V. Participación encefalopática en la enfermedad de Chagas crónica. Reflexiones derivadas de experiencia personal. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 27, n. 2, p. 31-7, 1994.

LEWINSOHN, R. Do caldo de cana ao suco do açaí. Jornal da UNICAMP, Campinas, abr. 2005. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/abril2005/ju.283pag02html>. Acesso em: 18 set. 2005.

MANGONE, C. A.; SICA, R. E. P.; PEREYRA, S.; GENOVESE, O.; SEGURA, E.; RIARTE, A.; STORINO, R.; SANZ, O. P.; SEGURA, M. Cognitive impairment in human chronic Chagas' disease. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 200-3, 1994a.

MANGONE, C. A.; SICA, R. E. P.; PEREYRA, S.; GENOVESE, O.; SEGURA, E.; RIARTE, A.; STORINO, R.; SEGURA, M.; SANZ, O. P. Cognitive impairment in human chronic Chagas' disease. Revista Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 27, n. 2, p. 27-31, 1994b.

MARCHI R.; GURGEL, C. B. F. M.; BLATT, A. M. Depressão e doença de Chagas: um estudo preliminar do estado emocional em pacientes chagásicos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 47, n. 9, p. 461-3, 1998.

MARQUEZ, J. O. Forma nervosa da doença de Chagas: aspectos históricos e atuais. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 27, n. 2, p. 16-21, 1994.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the CAGE alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Brazilian Journal of Medical Biological Research, Ribeirão Preto, v. 16, p. 215-8, 1983.

MAYFIELD, D. G.; McLEOD, G.; HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. American Journal of Psychiatry, Washington, v. 131, p. 1121-3, 1974.

MONCADA, G. B.; ROMERO, J.; ESPINOZA, E.; LEAL, F. M. Desarrollo mental en niños con infección chagásica crónica. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, Caracas, v. 50, n. 3-4, p. 106-10, dic. 1987.

MONCAYO, A. Progress towards the elimination of transmission of Chagas' disease in Latin America. *World Health Statistics Quarterly*, Geneva, v. 50, p. 195-7, 1997.

MONCAYO, A. Chagas disease: current epidemiological trends after the interruption of vectorial and transfusional transmission in the southern cone countries. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro*, v. 98, n. 5, p. 577-91, Jul. 2003.

MOTA, D.; GOMES, M.; PEREIRA, A. M.; ARAUJO, S. Stress e resiliência em doença de Chagas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 38, n. 1, p. 333, mar. 2005. Suplemento I; XLI Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, I Encontro de Medicina Tropical do Cone Sul, 2005, Florianópolis.

NUNES BREGA, J. P. S. Estudo clínico das manifestações neurológicas descritas por Carlos Chagas na tripanossomose cruzi. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 27, n. 2, p. 22-27, 1994.

O BRASIL está mais perto de vencer o mal de Chagas. *O Globo*, Rio de Janeiro, 22 mar. 2000. Disponível em: <<http://www.globo.com/noticias/arquivo/20000322>>. Acesso em: 24 mar. 2005.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), 1992. Documento OPS.PNS/92-18 sobre a **Iniciativa do Cone Sul Washington, DC: Organização Mundial da Saúde**.

PAZ FILHO, G. J.; SATO, L. J.; TAKATA, S. Y.; RANZI, C.; SARUMASHI, S. Y.; SPADONI, B. O emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, Curitiba, v. 47, n. 1, p. 65-9, 2001.

PEREYRA, S.; MANGONE, C.; SEGURA, E.; GENOVESE, O.; SICA, R. E. P. Rastreo cognitivo en pacientes con enfermedad de Chagas en estado clínico: estudio preliminar. *Revista Neurológica Argentina, Buenos Aires*, v. 17, n. 2, p. 37-40, 1992.

PETANA, W. B. La importancia de los efectos clínicos psicológicos y sociales experimentados por pacientes con tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington*, v. 88, n. 3, p. 214-7, 1980.

PRATA, A. Evolution of the clinical and epidemiological knowledge about Chagas disease 90 years its discovery. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 94, p. 81-88, 1999.

_____. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. *The Lancet Infectious Diseases*. v. 1, p. 92-100, sep. 2001.

- _____. O aumento da prevalência da forma indeterminada em relação a outras formas clínicas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 33, n. 2, p.44, out. 2000.
- RAINHO, O. Bateria fatorial CEPA: testes de aptidões específicas. Rio de Janeiro: CEPA, 1994.
- _____. Bateria fatorial CEPA: testes de aptidões específicas. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPA, 2002.
- RAMOS JUNIOR, A. N.; CARVALHO, D. M. Os diferentes significados da certificação conferida ao Brasil como estando livre da doença de Chagas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1403-12, nov./dez. 2001.
- SCHOFIELD, C.J. Control of Chagas disease vectors. *Br. Med. Bull*, v.14, p. 187, 1985.
- SCHUMUIS, G. Trypanosoma cruzi the etiologic agent of Chagas disease: status in the blood supply in edemic and non endemic countries. *Transfusion*, v.3, p.547,1991.
- SILVEIRA, A. C.; FEITOSA, V. R.; BORGES, R. Distribuição de triatomídeos capturados no ambiente domiciliar no período de 1975/83. Brasil. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, v. 36, p. 15-312, 1984.
- SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P. Infecção pelo Trypanosoma cruzi: revisitando o mal de Chagas. *Jornal Brasileiro de Medicina*, Rio de Janeiro, v. 82, n. 5, p. 28-41, maio 2002.
- SOUZA, S. L.; CAMARGO, M. E. The use of filter paper: blood smears in a practical fluorescent test for American trypanosomiasis serodiagnosis. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v.2, p.255-58, 1996.
- STORINO, R. Aspectos sociales, económicos, políticos, culturales y psicológicos. In: STORINO, R.; MILES, E. J. (Orgs.). *Enfermedad de Chagas*. Buenos Aires: Mosby Doyma, 1994. p. 541-6.
- TROIS, C.; FRANTZ, B.; YALUK, J.; TAROUCHER, C.; SCHNEIDER, W.; SCHONELL, L. H. B.; BORDINI, R. Prevalência de CAGE positivo entre estudantes de segundo grau de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1994. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 489-95, 1997.

UCH• A, E.; FIRMO, J. O.; DIAS, E. C.; PEREIRA, M. S. N.; GONTIJO, E. D. A. Signos, significados e a• es associados • doen• de Chagas. Cadernos de Sa• e P• lica, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 71-9, 2002.

VOLLER, A. DRAPER; BIDWELL, D.E.; AERTJETT, A. A micro plate enzyme linked immunosolvent assay for Chagas' disease. The Lancet, v.305, p.246, 1975

WEIL, P.; NICK, E. O potencial da intelig• cia do brasileiro. Rio de Janeiro: CEPA,1971.

WILLIAMS-BLANGERO, S.; VANDEBERG, J. L.; TEIXEIRA, A. R. L. Cren• s populares relativas • doen• de Chagas em uma comunidade de • ea end• ica do Brasil. Cadernos de **Sa• e P• lica, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 7-13, jan./mar. 1999.**

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Chagas: the disease. 2006. Dispon• el em: <http://www.who.int/ctd/chagas/disease.htm>. Acesso em: 29 mar. 2006.

rrrrrrrrrr Tp• dices

rrrrrrrrrrr Tp• cide A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido P• -Informado

T• ulo da Pesquisa:

Doen• de Chagas: indicadores cognitivos, de transtorno org• ico cerebral, de uso de • cool e qualidade de vida.

Pesquisadora Respons• el: Martha Franco Diniz Hueb

CRP: O4/6723

Informa• es sobre o projeto:

Estamos realizando uma importante pesquisa sobre o funcionamento cognitivo, a mem• ia, a qualidade de vida, a presen• de indicadores de transtorno org• ico cerebral e de problemas relacionados ao uso de • cool por meio de testes espec• icos em pessoas residentes em uma zona end• ica de doen• de Chagas. O estudo em quest• decorre de um acordo de reciprocidade entre a pesquisadora e a Faculdade de Medicina do Triangulo Mineiro de Uberaba, Minas Gerais, e se encontra sob orienta• o de psic• oga docente do Programa de P• -gradua• o em Sa• e Mental da Faculdade de Medicina de Ribeir• Preto-USP. O Sr.(a) pode aceitar ou n• em participar do estudo, mas sua colabora• o • essencial para que possamos gerar resultados que levem • melhoria na qualidade de vida de comunidades semelhantes. Ser• mantido sigilo sobre sua identidade e o Sr.(a) n• ter• nenhuma despesa de ordem financeira com a participa• o na pesquisa.

Conclu• o o processo de avalia• o, se houver interesse, poderemos fazer uma aprecia• o da situa• o atual e fornecer orienta• es que se fizerem necess• ias.

Eu,.....

RG n....., abaixo assinado, tendo recebido informa• es sobre os objetivos, justificativa e procedimentos que ser• adotados durante a sua realiza• o assim como os benef• ios que poder• ser obtidos, concordo em participar deste estudo.

Declaro estar ciente do objetivo do estudo e que tenho a liberdade de manifestar recusa em participar desta pesquisa em qualquer momento. Autorizo a publica• o das informa• es por mim fornecidas com a seguran• de que n• serei identificado (a) e de que ser• mantido o car• er confidencial da informa• o relacionada com a minha privacidade.

Tendo ci• cia do exposto acima, assino este termo de consentimento, do qual ficarei com uma segunda via.

Assinatura do Participante

Martha Franco Diniz Hueb

Tel: (34) 3333 0839

(34) 9972 0020

• gua Comprida, ___ de _____ de 200__

rrrrrrrrrrr Tp• cide B

Idade

Tabela B1 - Avalia• o Intelectual- categorias de percentis, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el idade, para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

INV – CATEGORIAS														
Idade	1 2 3 4 5 6 7 TOTAL													
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
≤50														
anos	4	1	1	5	8	3	3	1	1	-	-	-	1	14
>50														
anos	8	5	5	3	7	8	4	5	2	3	-	2	-	26
Total	12	6	6	3	12	16	7	8	3	4	-	2	-	140

Legenda: Categoria 4-Percentil 41 - 60
 Categoria 1- Percentil <10 Categoria 5 – Percentil 61-77
 Categoria 2- Percentil 11-23 Categoria 6 – Percentil 78 -89
 Categoria 3- Percentil 24 -40 Categoria 7 – Percentil > 89

Tabela B2 - Mem• ia Visual - MV - categorias de percentis, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el idade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

MV– CATEGORIAS														
Idade	1 2 3 4 5 6 7 TOTAL													
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
<50														
anos	8	3	1	1	2	7	1	1	2	-	-	1	-	14
>50														
anos	14	6	2	3	6	8	2	4	2	3	-	2	-	26
Total	22	9	3	4	8	15	3	5	4	3	-	3	-	140

Legenda: Categoria 4-Percentil 41 - 60
 Categoria 1- Percentil <10 Categoria 5 – Percentil 61-77
 Categoria 2- Percentil 11-23 Categoria 6 – Percentil 78 -89
 Categoria 3- Percentil 24 -40 Categoria 7 – Percentil > 89

Tabela B3 - Mem• ia Auditiva – MA – categorias de percentis, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el idade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

MA- CATEGORIAS																
Idade	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2		
<50																
anos	14	07	-	-	06	-	01	-	-	-	-	-	-	-	14	14
≥50																
anos	20	22	03	01	02	03	01	-	-	-	-	-	-	-	26	26
Total	34	29	03	01	02	09	01	01	-	-	-	-	-	-	40	40
Legenda:	Categoria 4-Percentil 41 - 60															
Categoria 1- Percentil <10	Categoria 5 – Percentil 61-77															
Categoria 2- Percentil 11-23	Categoria 6 – Percentil 78 -89															
Categoria 3- Percentil 24 -40	Categoria 7 – Percentil > 89															

Tabela B4 - Indicadores de comprometimento org• ico cerebral, compara• o com a nota de corte, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el idade para os grupos G1 - soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

Idade	BENDER					
	Presen•		Aus• cia		Total	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
<50						
anos	04	05	10	09	14	14
>50						
anos	14	09	12	17	26	26
Total	18	14	22	26	40	40

Tabela B5 - Indicadores de problema com uso de • cool, compara• o com a nota de corte, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el idade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

Idade	CAGE					
	Presen•		Aus• cia		Total	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
<50 anos	03	02	11	12	14	14

Tabela B6 - Qualidade de Vida - Dom• io F• ico – freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el idade para os grupos G1- soro positivos e G2 - soro negativos para doen• de Chagas

WHOQOL - DOM• NIO F• SICO

Idade												
	M				M (16,6)				M TOTAL			
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
<50 anos	02	02	-	-	12	12	14	14				
>50 anos	04	04	01	01	21	21	26	26				
Total	06	06	01	01	33	33	40	40				

- valor normativo-16,6
 acima do valor normativo
 abaixo do valor normativo

Tabela B7 - Qualidade de Vida - Dom• io Psicol• ico – freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el idade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

WHOQOL - DOM• NIO PSICOL• GICO

Idade												
	M				M (15,6)				M TOTAL			
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
<50 anos	05	03	-	-	09	11	14	14				
>50 anos	04	07	-	-	22	19	26	26				
Total	09	10	-	-	31	30	40	40				

- valor normativo-15,6
 acima do valor normativo
 abaixo do valor normativo

Tabela B8 - Qualidade de Vida - Dom• io de Rela• es Sociais, freq• ncia de ocorr• cia, em rela• o • vari• el idade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

WHOQOL - DOM• NIO RELA• • ES SOCIAIS

Idade												
	M				M (15,5)				M TOTAL			
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
<50 anos	07	10	-	-	07	04	14	14				
>50 anos	13	12	-	-	13	14	26	26				
Total	20	22	-	-	20	18	40	40				

valor normativo-15,5

Tabela B9 - Qualidade de Vida - Dom• io do Meio Ambiente - freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el idade para os grupos G1-soro positivos e G2 - soro negativos para doen• de Chagas

WHOQOL - DOM• NIO MEIO AMBIENTE								
Idade	M=M (14,0)				M= TOTAL			
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
<50 anos	09	11	02	05	01	14	14	
≥50 anos	14	13	02	05	10	08	26	26
Total	23	24	02	07	15	09	40	40
valor normativo-14,0								
acima do valor normativo								
abaixo do valor normativo								

rrrrrrrrrrr Tp• cide C

Escolaridade

Tabela C1 - Avalia• o Intelectual – categorias de percentis, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

INV - CATEGORIAS

Escolaridade	1 2 3 4 5 6 7 TOTAL													
	G1 G2		G1 G2		G1 G2		G1 G2		G1 G2		G1 G2		G1 G2	
Analf./4• s• ie	09	06	04	03	12	12	06	06	03	04	-	-	-	34
5• - 8• s• ie	03	-	02	-	-	05	01	01	-	-	-	-	-	06
Total	12	06	06	03	12	17	07	07	03	04	-	02	-	01

Legenda: Categoria 4-Percentil 41 - 60
 Categoria 1- Percentil <10 Categoria 5 – Percentil 61-77
 Categoria 2- Percentil 11-23 Categoria 6 – Percentil 78 -89
 Categoria 3- Percentil 24 -40 Categoria 7 – Percentil > 89

Tabela C2 - Mem• ia Visual – MV–categorias de percentis, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

MV - CATEGORIAS

Escolaridade	1 2 3 4 5 6 7 TOTAL													
	G1 G2		G1 G2		G1 G2		G1 G2		G1 G2		G1 G2		G1 G2	
Analf./4• s• ie	19	14	02	02	08	12	02	04	03	-	-	02	-	34
5• - 8• s• ie	03	02	01	02	-	-	01	01	01	-	-	-	-	01
Total	22	16	03	04	08	12	03	05	04	-	-	02	-	01

Legenda: Categoria 4 – Percentil 41 - 60
 Categoria 1- Percentil <10 Categoria 5 – Percentil 61-77
 Categoria 2- Percentil 11-23 Categoria 6 – Percentil 78 -89
 Categoria 3- Percentil 24 -40 Categoria 7 – Percentil > 89

Tabela C3 - Mem• ia Auditiva- MA – categorias de percentis, freq• ncia de ocorr• cia, em rela• o • vari• el escolaridade nos grupos G1- soro positivos e G2-soro negativos para doen• de Chagas

MA - CATEGORIAS

Tabela C4 - Indicadores de comprometimento org• ico cerebral, compara• o com a nota de corte, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el escolaridade para os grupos G1 - soro positivos e G2 - soro negativos para doen• de Chagas

BENDER

Escolaridade	Presen• Aus• cia Total					
	G1		G2		G1 G2	
Analf./4• s• ie	16	13	18	21	34	34
5• - 8• S• ie	02	01	04	05	06	06
Total	18	14	22	26	40	40

Tabela C5 - Indicadores de problemas com uso de • cool, compara• o com a nota de corte, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

CAGE

Escolaridade	Presen• Aus• cia Total					
	G1		G2		G1 G2	
Analf./4• s• ie	10	06	24	28	34	34
5• - 8• S• ie	-	-	06	06	06	06
Total	10	06	30	34	40	40

Tabela C6 - Qualidade de Vida - Dom• io F• ico – freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2 - soro negativos para doen• de Chagas.

WHOQOL - DOM• NIO F• SICO

M M (16,6) M TOTAL

Escolaridade	G1 G2 G1 G2 G1 G2					
	G1		G2		G1 G2	
Analf./4• s• ie	28	29	01	01	05	04 34 34
5• -8• S• ie	05	04	-	-	01	02 06 06
Total	33	33	01	01	06	06 40 40

- valor normativo-16,6
 acima do valor normativo
 abaixo do valor normativo

Tabela C7 - Qualidade de Vida - Dom• io Psicol• ico – freq• ncia de ocorr• cia em rela• o
• vari• el escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos
para doen• de Chagas

WHOQOL - DOM• NIO PSICOL• GICO

Escolaridade	M M (15,6) M TOTAL							
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4• s• ie	29	27	-	-	05	07	34	34
5• -8• S• ie	02	02	-	-	04	04	06	06
Total	31	29	-	-	09	11	40	40

- valor normativo-15,6

acima do valor normativo

abaixo do valor normativo

Tabela C8 - Qualidade de Vida - Dom• io de Rela• es Sociais, freq• ncia de ocorr• cia, em
rela• o • vari• el escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro
negativos para doen• de Chagas

WHOQOL - RELA• • ES SOCIAIS

Escolaridade	M M (15,5) M TOTAL							
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4• s• ie	20	19	-	-	14	15	34	34
5• -8• S• ie	01	03	-	-	05	03	06	06
Total	21	22	-	-	19	18	40	40

valor normativo-15,5

acima do valor normativo

abaixo do valor normativo

Tabela C9- Qualidade de Vida - Dom• io do Meio Ambiente - freq• ncia de ocorr• cia em
rela• o • vari• el escolaridade para os grupos G1-soro positivos e G2- soro
negativos para doen• de Chagas

WHOQOL - DOM• NIO MEIO AMBIENTE

Escolaridade	M M (14,0) M TOTAL							
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4• s• ie	20	22	01	05	13	07	34	34

Analf./4• s• ie 20 22 01 05 13 07 34 34

rrrrrrrrrrr Tp• cide D

G• ero

Tabela D1 - Avalia• o Intelectual - categorias de percentis, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el g• ero para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

INV – CATEGORIAS

		1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
G• ero									
		G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.		5	2	3	1	5	8	4	3
Fem.		7	4	3	2	7	9	3	4
Total		12	6	6	3	12	17	7	7
Legenda:	Categoria 4-Percentil 41 - 60								
Categoria 1- Percentil <10	Categoria 5 – Percentil 61-77								
Categoria 2- Percentil 11-23	Categoria 6 – Percentil 78 -89								
Categoria 3- Percentil 24 -40	Categoria 7 – Percentil > 89								

Tabela D2 - Mem• ia Visual- MV- categorias de percentis, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el g• ero para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

MV– CATEGORIAS

		1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
G• ero									
		G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.		10	6	1	2	3	6	2	3
Fem.		12	10	2	2	5	6	1	2
Total		22	16	3	4	8	12	3	5
Legenda:	Categoria 4-Percentil 41, - 60								
Categoria 1- Percentil <10	Categoria 5 – Percentil 61-77								
Categoria 2- Percentil 11-23	Categoria 6 – Percentil 78 -89								
Categoria 3- Percentil 24 -40	Categoria 7 – Percentil > 89								

Tabela D3 - Mem• ia Auditiva – MA – categorias de percentis, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el g• ero, para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

MA– CATEGORIAS

		1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
G• ero									
		G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.		15	1	2	1	1	5	-----	18
Fem.		19	1	1	3	1	-----	22	22
Total		34	3	3	1	2	8	1	40

Tabela D4 - Indicadores de comprometimento org• ico cerebral, compara• o com a nota de corte, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el g• ero para os grupos G1 - soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

G• ero	BENDER					
	Presen•		Aus• cia		Total	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	07	06	11	12	18	18
Fem.	10	08	12	14	22	22
Total	17	14	23	26	40	40

Tabela D5 - Indicadores de problemas com uso de • cool, compara• o com a nota de corte, freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el g• ero para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doen• de Chagas

G• ero	CAGE					
	Presen•		Aus• cia		Total	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	04	05	14	13	18	18
Fem.	06	01	16	21	22	22
Total	10	06	30	34	40	40

Tabela D6 - Qualidade de Vida - Dom• io F• ico – freq• ncia de ocorr• cia em rela• o • vari• el g• ero para os grupos G1- soro positivos e G2 - soro negativos para doen• de Chagas

G• ero	WHOQOL - DOM• NIO F• SICO					
	M		M (16,6)		M TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	05	05	-	13	13	18
Fem.	01	01	01	01	20	22
Total	06	06	01	01	33	40

- valor normativo-16,6

acima do valor normativo

abaixo do valor normativo

Tabela D7 - Qualidade de Vida - Dom• io Psicol• ico – freq• ncia de ocorr• cia em rela• o
• vari• el g• ero para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para
doen• de Chagas

WHOQOL - DOM• NIO PSICOL• GICO

G• ero	M M (15,6) M TOTAL							
	G1		G2		G1		G2	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	05	08	-	-	13	10	18	18
Fem.	03	03	-	-	19	19	22	22
Total	08	11	-	-	32	29	40	40
valor normativo=15,6								
acima do valor normativo								
abaixo do valor normativo								

Tabela D8 - Qualidade de Vida - Dom• io de Rela• es Sociais, freq• ncia de ocorr• cia em
rela• o • vari• el g• ero para os grupos G1- soro positivos e G2- soro
negativos para doen• de Chagas

WHOQOL - DOM• NIO RELA• • ES SOCIAIS

G• ero	M M (15,5) M TOTAL							
	G1		G2		G1		G2	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	07	05	-	-	11	13	18	18
Fem.	14	17	-	-	08	05	22	22
Total	21	22	-	-	19	18	40	40
valor normativo=15,5								
acima do valor normativo								
abaixo do valor normativo								

Tabela D9 - Qualidade de Vida - Dom• io do Meio Ambiente - freq• ncia de ocorr• cia em
rela• o • vari• el g• ero para os grupos G1-soro positivos e G2- soro
negativos para doen• de Chagas

WHOQOL - DOM• NIO MEIO AMBIENTE

G• ero	M M (14,0) M TOTAL							
	G1		G2		G1		G2	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	09	07	01	04	08	07	18	18
Fem.	14	18	01	02	07	02	22	22
Total	23	25	02	06	15	09	40	40
valor normativo=14,0								

rrrrrrrrrrrr Tnexos

rrrrrrrrrrrrTnexo A

Parecer Consustanciado



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO - UFMG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SE

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS, INDICADORES COGNITIVOS E DE COMPROMETIMENTO ORÇANIZACIONAL
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Martha Franco Diniz Hueb
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Faculdade de Medicina
DATA DE ENTRADA NO CEP/FMTM: 10/03/03
PROTOCOLO CEP/FMTM: 347

SUMÁRIO DO PROJETO

OBJETIVOS:

1. Avaliar o funcionamento cognitivo, a memória e a presença de indicadores de disfunção cerebral por meio de testes psicológicos específicos em uma população de Chagas.
2. Avaliar a qualidade de vida da mesma população.
3. Comparar os resultados obtidos quanto aos aspectos cognitivos, disfunção orgânica cerebral e qualidade de vida entre os pacientes e o grupo de controle.

JUSTIFICATIVA

Na América Latina há cerca de 18 milhões de indivíduos infectados por Trypanosoma cruzi, cerca de 100 milhões de pessoas com o risco de contrair a doença, o que constitui um grave problema de saúde pública. Levanta-se a hipótese de que pessoas de uma comunidade são portadores de doença de Chagas, têm maior prejuízo na qualidade de vida, aspectos cognitivos e neurológico do que os não portadores.

Em 1911, Carlos Chagas já reconhecia as alterações mentais e distúrbios psíquicos variadas no indivíduo chagásico; desde então, alguns poucos estudos realizados por diferentes pesquisadores, no Brasil e no exterior, na tentativa de verificar a influência da doença de Chagas na memória em portadores de Doença de Chagas. No entanto, alguns estudos não tiveram padronização rigorosa dos instrumentos, outros não têm pareamento e outra pequena amostra. Quanto à qualidade de vida, não se encontrou na literatura realizado com tais critérios, fato que torna a pesquisa inédita e de grande importância.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO - U
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer Consubstanciado

PROTÓCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SEI

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE CH
VIDA, INDICADORES COGNITIVOS E DE COMPROMETIMENTO ORC
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Martha Franco Diniz Hueb
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Faculdade de Medicina
DATA DE ENTRADA NO CEP/FMTM: 10/03/03
PROTÓCOLO CEP/FMTM: 347

ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA

Instrumentos de avaliação: testes psicológicos padronizados: 1) *JNV* – per
Aptidão Mnemônica- fator- M da Bateria CEPA, para avaliação da mem
BENDER, para avaliação de indicadores de disfunção orgânica cerebral; 4)
para a avaliação da deterioração mental; 5) escala *WHOQOL- Abreviada*
mental da Organização Mundial da Saúde, para avaliar a qualidade de vida
o abuso de álcool.

Tratamento e análise dos dados: análise de variância paramétrica para
normativas, ou análise de variância não paramétrica para variáveis não n
realizada a análise de associação, a partir de coeficiente de correlação e o tes

ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES

A pesquisa será desenvolvida no Posto de Saúde da cidade de Água Co
adequadas e em quantidade suficiente para que a avaliação transcorra
interrupções.

A FMTM, através da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitár
pesquisador coordenador o endereço dos sujeitos, chagásicos e control
pesquisa. Serão utilizados os mesmos sujeitos da pesquisa já realizada e apr
Seguem em anexo os seguintes documentos: carta de autorização do doc
Curso de Pós-Graduação da FMRP/USP (Área de Saúde Mental) na q
inserida, parecer do CONEP referente ao projeto anterior.

ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO DA PESQUISA

Os gastos com a pesquisa serão apenas com testes psicológicos e transporte



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberlândia
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parer Consubstanciado

PROTÓCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERVIDORES

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS, INDICADORES COGNITIVOS E DE COMPROMETIMENTO ORGÃO
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Marina Franco Dacic Hueb
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Faculdade de Medicina d
DATA DE ENTRADA NO CEP/FMTM: 10/03/03
PROTÓCOLO CEP/FMTM: 347

para identificar os sujeitos. A coleta de dados será feita pela pesquisadora coordenadora e por mais 4 alunas do curso de psicologia da Universidade de Uberlândia, com desempenho da função. É pouco provável que uma avaliação psicológica cause danos, pois não há intervenção, apenas rigorosa coleta de dados, além do que a participação é voluntariamente.

É responsabilidade também da instituição, através da Disciplina de Doenças Parasitárias, assumir junto ao pesquisador a responsabilidade de dar assistência se porventura algum dano for acarretado pela coleta de dados da pesquisa.

O material utilizado ficará em arquivo confidencial sob a responsabilidade da coordenadora por no mínimo 5 anos. Após este período, poderá então ser encaminhado ao Conselho Regional de Psicologia 4ª região.

RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE
 Os benefícios se traduzirão de forma direta aos sujeitos em forma de orientação e encaminhamentos para os serviços de psicologia se detectada a necessidade. De forma indireta para toda comunidade, através da implementação de programas de saúde competentes após a publicação de resultados.

ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE ORIENTAÇÃO
 Os termos de esclarecimento e de consentimento estão adequados.

INFORMAÇÃO ADEQUADA QUANTO AO FINANCIAMENTO

A pesquisadora coordenadora do projeto a princípio se auto financiará (at

rrrrrrrrrrrrTnexo B

Artigo Publicado

REVISÃO: ASPECTOS COGNITIVOS E PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS A DOENÇA DE CHAGAS

Mart
S

RESUMO. Objetiva-se a análise crítica de 15 artigos empíricos identificados nas bases Medline, Lilacs e SciELO, no período de 1972 a 2003, relativos à associação de funcionamento cognitivo e psicossocial dos portadores. A análise dos delineamentos apontou prejuízos cognitivos e psicossociais à doença de Chagas. Destacam-se como pontos críticos artigos identificados sobre as variáveis psicossociais em um período de três décadas e as variáveis estudadas. Tais pontos sugerem a necessidade de pesquisas que investiguem de forma mais aprofundada a doença sobre o portador, relacionando variáveis pessoais e contextuais de modo a detectar tais condições e implementar práticas educativas de saúde.

Palavras-chave: Doença de Chagas, cognição, qualidade de vida.

COGNITIVE AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS IN CHAGAS DISEASE

ABSTRACT. The aim of the present study was to critically analyze 15 empirical articles published in the period (1972 – 2003) and indexed in the PsycINFO, Medline, Lilacs and SciELO databases focused on Chagas disease and its effects on the cognitive and psychosocial functioning of carriers. The analysis indicates that cognitive damage and psychosocial stress are related to the Chagas disease. Points are the small number of papers on psychosocial variables over the covered period : studied variables, suggesting the need for research that investigate more profoundly the impact of the disease on the patient, with personal as well as contextual variables so as to find out the combined effect of these variables to implement successful health education policies and practices.

Key words: Chagas Disease, cognition, quality of life.

A doença de Chagas é uma infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, que tem parte de seu ciclo vital na subfamília dos triatomíneos, a qual se estende desde o Texas, nos Estados Unidos, até a

América do Sul. Depois de a doença entra então na fase crônica, muitas vezes um longo período denominado de forma inde-

138

Pereyra, Genovese, Segura, Riarte, Storino, Sanz & Segura 1994a; Mangone, Sica, Pereyra, Genovese, Segura, Riarte, Storino, Segura & Sanz 1994b; Pereyra, Mangone, Segura, Genovese & Sica, 1992).

O comprometimento de aspectos psicológicos foi relatado por Jörg, Storino e Sapino (1994), destacando que o paciente, ao tomar conhecimento da infecção chagásica, desenvolve uma sintomatologia reativa que vai desde uma depressão leve, de uma simples ansiedade, até à síndrome de alexitimia. Acreditam aqueles pesquisadores que este processo é desencadeado pelo temor oculto da evolução maligna e pela impossibilidade de deter a doença. Neste sentido, os referidos autores destacaram a associação de manifestações psíquicas e mentais à doença de Chagas, independentemente da forma apresentada, considerando que os aspectos psicológicos influenciam a evolução da enfermidade e a vida dos portadores.

Storino (1994) aponta que é necessário valorizar os aspectos psicossociais dos portadores da doença de Chagas, ressaltando que há uma grande diferença entre *ser* e *estar* doente, sendo o estado transitório ou permanente da doença fundamental na formação da identidade do indivíduo. O *ser*-doente, ao alterar a identidade do sujeito, leva-o a fazer a utilização de mecanismos de defesa mais primitivos, nem sempre bem-sucedidos. Além de sofrer uma brusca mudança no seu estado de saúde tanto físico quanto mental, o enfermo ainda sofre as repercussões da doença no seu contexto de vida. Depois do impacto inicial do conhecimento da positividade para Chagas, geralmente observa-se a indiferença, o rechaço e a marginalização da sociedade e de familiares, às vezes encobertas por atitudes superprotetoras. O referido autor entende que a doença de Chagas é, deste ponto de vista, uma enfermidade social.

Para Storino (1994), fica claro que se o desenvolvimento psicoafetivo do indivíduo é mais ou

do álcool por parte do doente como um meio de facilitar a ne afetado provar a si mesmo e saudável. Para alguns autores (a; Mangone & cols, 1994; Segura, Genovese & Sica, comportamentais relativas mnemônica e cognitiva poder doença de Chagas crônica, identificação da forma nervosa.

Por outro lado, Jörg, St afirmam que os pacientes e perturbações neurológicas e atribuídas exclusivamente a admitindo que estes possam reativas frente ao conhecimento manifestações de ansiedade e autores (Araújo, Andô, Cassa Gomes, 2000; Gontijo, Roel Marchi, Gurgel & Blatt, 199 alterações comportamentais es: relacionada ao diagnóstico ocasionam uma mudança na qu

Neste contexto, o que diver é relevante, em relação aos pa as alterações comportamer psicossociais, descritas na fase se ocupar de precisar as formas

Objetivou-se identificar, indexadas, artigos empíricos re doença de Chagas ao funci psicossocial dos portadores.

Procedeu-se à pesquisa e empírica, tendo como referên Lilacs, Medline, PsycINFO e doença de Chagas aos *cognition*; memória, *memory quality of life*; depressão e depr

Em função da identific

*Revisão: doença de Chagas***ASPECTOS COGNITIVOS E DOENÇA DE CHAGAS**

Os cinco artigos incluídos nesta categoria pesquisaram predominantemente a inteligência em seus aspectos gerais e específicos, tais como a percepção, a memória, a atenção, e a psicomotricidade, trabalhando com a hipótese de que a doença de Chagas afeta o funcionamento cognitivo dos portadores.

Tabela 1. Aspectos Cognitivos e Doença de Chagas

Autores	número de sujeitos	Instrumentos	função avaliada
Jörg e cols (1972)	31 casos 32 controles (crianças)	Avaliação psicomotora WISC adaptado Provas psicopedagógicas Bender Machover	Capacidade cognitiva Coordenação visomotora Percepção Compreensão Atividades de vida diária
Mangone e cols (1994 a)	134 crônicos 42 controles (adultos)	MMSE WMS WAIS	Capacidade cognitiva Memória Visual Orientação e atenção
Mangone e cols (1994 b)	45 crônicos 26 controles (adultos)	MMSE WMS WAIS	Capacidade cognitiva geral e específica Memória
Moncada e cols (1987)	31 assintomáticos 26 controles (crianças)	WISC Goodenough Ages Bender	Capacidade cognitiva geral e específica Memória Percepção visual
Pereyra e cols (1992)	20 casos 10 controles (adultos)	Provas neuropsicológicas de Lúria	Processos de memória Processos cognitivos

Todos os artigos utilizaram amostras de conveniência, grupos de comparação e em geral instrumentos padronizados, explicitando critérios bem-definidos de inclusão e exclusão dos participantes. Estes utilizaram em geral as escalas Wechsler para a avaliação da capacidade cognitiva, visando à avaliação da inteligência geral; e adicionalmente, dois deles avaliaram funções específicas através de provas neuropsicológicas. Apenas um dos cinco artigos (Mangone & cols., 1994 a) utilizou uma amostra com mais de 100 descritos como

avaliaram-se tanto os processos intelectuais. Nesse estudo, o grupo de uma comunidade sociocultural forma pode ter influenciado as peculiaridades do grupo de cas da região endêmica rural. Os autores são críticos, chamando a atenção para o cuidado no pareamento dos grupos primária, associada à experiência de vida em uma grande metrópole. Os grupos pareados eram provenientes de comunidades socioculturais semelhantes.

Em geral os dados foram provenientes de fontes de informação, exclusivamente chagásicos. Em dois estudos com sujeitos crianças de uma cidade (Jörg, Bustamante, Peltier, Frei Orlando, 1972; Moncada, Ronchi, 1987), além dos testes psicológicos específicos utilizados, os pesquisadores também avaliaram os familiares dos sujeitos visando sobre a história de vida de cada um para descartar outros fatores que poderiam influenciar os achados.

Dos cinco artigos analisados, apenas um (Moncada, Ronchi, 1987) utilizou um instrumento de avaliação da população avaliada, a qual havia sido avaliada anteriormente.

Os quatro artigos que apontam para a hipótese de prejuízo cognitivo em portadores de Chagas (Jörg & cols., 1972; Mangone & cols., 1994 b; Pereyra, Mangone & cols., 1992) identificaram tanto a inteligência geral quanto a da inteligência específica. Dos dois que diz respeito aos processos de memória, dois deles (Jörg & cols., 1972; Mangone & cols., 1994 b) relataram também déficit de aten-

140

adotando métodos quantitativos e a comparação de variáveis apropriadas aos objetivos por eles propostos. Embora, em geral, tenham testado sujeitos identificados como portadores de doença de Chagas, ocuparam-se da comparação de grupos, objetivando identificar o impacto da doença de Chagas sobre as funções cognitivas, tendo confirmado a associação de prejuízos à enfermidade.

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E DOENÇA DE CHAGAS

A dimensão psicossocial neste contexto é entendida como condições da enfermidade relacionáveis ao nível educacional dos portadores, às informações que têm sobre a doença e à sua influência sobre os hábitos sanitários e as condições pessoais e de vida, além das idéias, valores, crenças ou expectativas pessoais que têm com relação à doença (Briceño Leon, 1994).

Neste sentido, os dez artigos identificados e incluídos nesta categoria, de modo geral, enfatizaram que a compreensão do paciente chagásico com relação à própria doença deve ser vista dentro de uma realidade que vai além das condições biológicas. Segundo Dias (1994), tal compreensão envolve aspectos socioculturais relacionados ao contexto político e econômico mais amplo, que tem como denominador comum a pobreza.

Tabela 2. Aspectos Psicossociais e Doença de Chagas

autores	número de sujeitos	Variáveis pessoais e contextuais
Amato e cols (1997)	11 casos (adultos)	Qualidade de vida após Transplante
Araújo e cols (2000)	131 casos (adultos)	Medo Auto-estima Ansiedade Qualidade de vida Suporte social
Briceño Leon (1994)	600 componentes (adultos)	Crenças e representações

Observou-se que este conjunto aspectos diversos quanto às estudadas. Para a análise, em optou-se por dividir o conjunto tendo como referência o foco pessoais ou contextuais. Foram contextuais as valorizações de que o indivíduo está inserido, ênfase em aspectos psicológicos do sujeito.

Em três artigos (Araújo & cols., 1976; Marchi, Gurgel & Blat que a ênfase estava focalizada do indivíduo associadas a específicos, detalhadas nos e exclusão dos sujeitos.

Dentre esses artigos, o est amostra randômica com número Avaliou sintomas depressivos instrumentos padronizados, a H Depressão, e a MADRS, escala objetivando verificar a influência sobre as formas clínicas da doença.

Um segundo estudo (Garcia personalidade de indivíduos teste Bender. A autora re indicadores de comprometimento para o conjunto de sujeitos, os identificaram uma patologia em pequenas alterações até patológica personalidade. Neste estudo, o instrumento padronizado, não foi quantos indicadores foram usados para a caracterização de uma patologia.

O terceiro artigo incluído (Araújo & cols., 2000) enfocou tanto contexto. Os autores estudaram atendidos em um laboratório de ao chagásico, com a metodologia

Revisão: doença de Chagas

doentes de Chagas na forma cardíaca, após o transplante de coração, utilizando-se para tal de entrevista semi-estruturada. Concluíram que na forma crônica da doença, o transplante cardíaco melhorou a qualidade de vida dos indivíduos, com base em informações retrospectivas relativas à situação prévia de vida.

Guariento, Camilo e Camargo (1999) investigaram, através de um questionário estruturado, a discriminação contra o trabalhador chagásico. Concluíram que há um grande preconceito contra esses indivíduos, o que leva a uma pior condição de vida e com conseqüências sociais desastrosas. Gontijo, Rocha e Oliveira (1996) analisaram dados retrospectivos dos prontuários de um ambulatório de referência em doença de Chagas, visando traçar o perfil do chagásico e aspectos relativos ao estigma da enfermidade.

Os demais artigos (Briceño Leon, 1986; Dias, 1998; Uchôa, Firmo, Dias, Pereira & Gontijo, 2002; Williams-Blangero, Vanderberg & Teixeira, 1999) avaliaram, de modo geral, as crenças, os significados e representações sociais da doença de Chagas.

Dias e Williams-Blangero, utilizando tratamento qualitativo etnográfico, focalizaram o impacto da doença de Chagas enquanto fonte de preconceito.

Briceño Leon, além deste enfoque, avaliou, através da escala de Levenson, adaptada para a população de uma zona endêmica, a função específica de *locus* de controle relativa à crença quanto à direção do controle frente aos eventos, tendo observado a relação desta variável com a transmissão da enfermidade. Uchôa, Firmo, Dias, Pereira & Gontijo, utilizando de uma abordagem antropológica, investigaram a maneira de pensar e de agir dos chagásicos, apontando para as repercussões psíquicas da doença e suas interferências na qualidade de vida dos portadores.

Em geral os estudos que avaliaram as variáveis do indivíduo utilizaram instrumentos padronizados; os demais, ao avaliar as variáveis contextuais, utilizaram

socioeconômicas. Segundo os autores, os indivíduos portadores de Chagas moradores da zona rural, que vivem em condições desfavoráveis. Em geral, não são envolvidos com os cuidados necessários para não serem os proprietários da moradia. Por vezes são submetidos a condições de trabalho, que só lhes garantem uma remuneração imediata, com pouca perspectiva de futuro. No contexto, as questões de cuidados necessários requerido pela doença de Chagas, demandam condições que, com base nos recursos e de oportunidades destas pessoas, excedem as condições atuais, configurando condições com caráter preponderante.

Ao refletir sobre tais condições, colocamos a necessidade de mais estudos sobre a enfermidade, que abordem aspectos combinados, pessoais e sociais, e as condições de pobreza crônica, o efeito e o impacto deste conjunto.

CONSIDERAÇÕES

O primeiro ponto a ser considerado é o pequeno número de artigos indexados em três décadas. Isso pode refletir pouco interesse e pouca atenção psicossociais associados à doença de Chagas, medida em que, para extrair os dados, tomou-se contato com aproximadamente 100 artigos sobre a enfermidade, em geral de natureza clínica e de intervenção terapêutica.

Com base nos artigos analisados, observamos prejuízos cognitivos e psicológicos em pessoas com doença de Chagas, os quais contribuem para o impacto da doença sobre o desempenho acadêmico e

142

prejuízos psicossociais associados à doença, em contextos socioculturais e populações diversos.

Considerando-se a associação da doença de Chagas ao subdesenvolvimento e à pobreza, fazem-se necessários estudos sistemáticos que instrumentem as práticas educativas de saúde, na medida em que as variáveis psicossociais envolvidas podem atuar como mediadoras ou moderadoras do impacto da enfermidade no que diz respeito à qualidade de vida do portador e à proteção de novas gerações.

REFERÊNCIAS

- Amato, S. M.; Amato Neto V. & Uip, D. (1997). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos a transplante de coração. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 30, 159-160.
- Araújo, S. M.; Andó, M. H.; Cassarotti, D. J.; Mota, C. G. D.; Borges, S. M. R.; & Gomes, M. L. (2000). ProgramaACHEI: atenção ao chagásico com educação integral no município de Maringá e região noroeste do Paraná, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 33, 565-572.
- Briccio Leon, R. (1986). Aspectos Psicossomáticos de la Enfermedad de Chagas. *Boletín de la AVEPSO*, 9, 37-41.
- Briccio Leon, R. (1994) Aspectos Sociales, Económicos, Políticos, Culturales y Psicológicos. Em R. Storino & J. Miles (Org.), *Enfermedad de Chagas* (pp. 534-541). Buenos Aires: Mosby Doyma, Argentina.
- Dias, R. B. (1998). "Eu? Eu estou aí, compondo o mundo": uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 149-157.
- Dias, J.C.P. (1994). Aspectos Sociales, Económicos, Políticos, Culturales y Psicológicos. Em R. Storino & J. Miles (Orgs.), *Enfermedad de Chagas* (pp. 537-534). Buenos Aires: Mosby Doyma, Argentina.
- Galván, R. M. (1976). Test gestáltico visomotor de Bender. *ACHAMA- Asociación Chagas-Mazza*, 4, 11-20. Buenos Aires
- Guariento, M. E., Camilo, M. V. F. & Camargo, A. M. A. (1999). Situação trabalhista do portador de doença de Chagas crônica, em um grande centro urbano. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 381-386.
- meningoencefalitis aguda por Trypanosoma cruzi. *Revista Médica Argentina*, 59, 1658-1669.
- Jörg, M., Storino, R. & Sapino, I. (1994). Encefalopatía en la enfermedad de Chagas. Reflexiones derivadas de experiencias. *Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 27, 105-108.
- Mangone, C. A., Sica, R.E.P., P Segura, E., Riarte, A., Storino, R., (1994 a). Cognitive impairment in Chagas disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 50, 105-108.
- Mangone, C. A., Sica, R.E.P., P Segura, E., Riarte, A., Storino, R., (1994 b). Cognitive impairment in Chagas disease. *Revista Brasileira de Medicina Tropical*, 27, 105-108.
- Marchi, R., Gurgel, C. B. F. M. (1997). Depressão e doença de Chagas: um estudo emocional em pacientes chagásicos. *Psiquiatria*, 47, 461-463.
- Moncada, G. B.; Romero, J.; Espinoza, J. (1987). Desarrollo mental en niños con enfermedad de Chagas crónica. *Archivos Venezolanos de Neurociencias*, 106-110
- Moncayo, A. (1997). Progress to transmission of Chagas' disease in La Paz. *Statistc Quarterly*, 50, 195-197.
- Pereyra, S., Mangone, C. Segura, E. P. (1992). Rastreo cognitivo en pacientes con enfermedad de Chagas en estado crónico: estudio de caso. *Neurología Argentina*, 17, 37-40.
- Prata, A. (2001). Clinical and epidemiology of Chagas disease. *The Lancet Infectious Diseases*, 1, 10-16.
- Storino, R. (1994). Aspectos Sociales, Económicos, Políticos, Culturales y Psicológicos. Em R. Storino & J. Miles (Orgs.), *Enfermedad de Chagas* (pp. 541-544). Buenos Aires: Mosby Doyma, Argentina.
- Uchôa, E., Firmo, J. O, Dias, E. Gontijo, E. D. (2002). A Significado da doença de Chagas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 71-79.
- Williams-Blangero, S.; Vandenberg, S. J. (1999). Crenças populares relativas à doença de Chagas. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 105-112.

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

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

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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