**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
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**

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.

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

**Ribeirão Preto
2006**

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 _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Aos 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.

Ao meu marido e filhos:

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

Agradecimentos

Quero tornar público meu reconhecimento às pessoas que diretamente contribuíram para que este trabalho se tornasse uma realidade:

À Professora **Dr^a. Sonia Regina Loureiro**, minha orientadora, pelo exemplo de postura científica. Além dos preciosos ensinamentos na condução de uma pesquisa de campo permitiu-me que o fizesse em clima de liberdade e respeito. Agradeço pelas mediações, paciência, carinho e coragem transmitidos e pela disponibilidade com que sempre acompanhou este trabalho;

Aos Professores **Dr. Antônio Waldo Zuardi** e **Dr. Osvaldo Takayanagui**, pela magnífica contribuição durante o exame de qualificação;

À **Sônia Mitiko Takeuchi Bueno**, secretária da Pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), pela delicadeza, prontidão e inesgotável disponibilidade com que sempre me auxiliou;

Ao estatístico **Geraldo Cássio dos Reis**, do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP-USP, pela primorosa assessoria e orientação na análise estatística;

Ao Professor **Dr. Aluizio Prata**, Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Infectologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), por convidar-me a participar da equipe que desenvolve estudo longitudinal sobre doença de Chagas na zona endêmica de Água Comprida;

Ao Professor **Dr. Dalmo Correia Filho**, Pró-Reitor de Pesquisa e Pós Graduação da UFTM, pesquisador responsável pelo diagnóstico do grupo soropositivo e soronegativo para doença de Chagas utilizado neste estudo; pelas prestimosas sugestões e colaborações;

Ao Professor **Dr. Edison Reis Lopes**, então Diretor do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade de Uberaba (UNIUBE), grande incentivador, e estimulador no desenvolvimento deste estudo, inclusive disponibilizando transporte de Uberaba a Água Comprida para a pesquisadora e colaboradores durante a coleta dos dados;

À Professora **Dr^a. Ana Maria Fernandes Pitta**, na época Coordenadora do curso de Pós-graduação em Saúde Mental da UNIUBE, pelo incentivo constante e por inserir-me nas bases da epidemiologia em Saúde Mental;

Às professoras e psicólogas **Sônia Maria de Barros Sousa e Ângela da Costa Almeida**, antes de tudo parceiras, amigas e colegas na UNIUBE, por ajudarem-me na coleta de dados, e de modo especial à **Sônia Barros** pelo grande auxílio na codificação do teste Bender, atuando como segunda avaliadora independente;

Aos alunos do 4º período do curso de Psicologia, **Alfredo, Beatriz, Bruna, Carmem Lígia, Lillian, Henrique, Renata e Vivian**, que trabalharam com afinco e interesse durante a árdua coleta de dados;

Aos vários motoristas da UNIUBE que durante a primeira fase da coleta de dados, por diversas vezes fizeram o percurso Uberaba - Água Comprida, em especial ao **Sr. Geraldo Sérgio Moreira da Silva**, o nosso mais freqüente condutor, pelo carinho e cuidado dispensado com os pesquisadores além das agradáveis conversas mantidas durante o ir e vir entre os municípios;

Ao então prefeito de Água Comprida, médico **Elbas Ferreira Almeida**, pela infraestrutura colocada à disposição da equipe de pesquisadores, inclusive oferecendo, todos os sábados deliciosos cafés da manhã, às vezes, enriquecidos com quitutes típicos da região, como pães de queijos, pamonhas e bolos de fubá;

De modo especial, ao dono da única farmácia de Água Comprida, o líder comunitário e “médico - prático” dos males físicos e mentais dos habitantes da pequena comunidade, **Sr. Douglas de Paula**, infelizmente falecido em 2003 quando se finalizava a coleta de dados. Agradeço ao Sr. Douglas pela grande dedicação e disponibilidade no agendamento dos participantes, já que em se tratando de uma pequena cidade, nem todas as casas eram identificadas com números, o que dificultava enormemente para os pesquisadores a localização das pessoas incluídas no estudo;

Às enfermeiras do Centro de Saúde da cidade de água Comprida, **Valdirena Aparecida Pereira André e Luciana Pereira Gomes Dantas**, que na ausência do Sr. Douglas, com muito carinho e presteza auxiliaram na localização e agendamento dos participantes;

Ao meu filho, **Flávio Miguel Hueb Júnior**, por se disponibilizar ao final do trabalho de campo, a acompanhar-me até pequenos sítios ou fazendas, a fim de localizar alguns participantes que ainda não haviam respondido à escala de avaliação da qualidade de vida,

Com muito carinho, à minha irmã **Telma Franco Diniz Abud**, Tradutora Juramentada e de belos filmes da Videolar em São Paulo, muitos dos quais assistimos no aconchego do nosso lar, que tão gentilmente se dispôs a traduzir para o inglês o abstract deste trabalho;

Ao Professor **Décio Bragança Silva**, docente da UNIUBE na área da língua portuguesa, pela grande contribuição na revisão do texto;

À **Mara Rúbia Marques**, da Works Editoração, pela prestimosa colaboração na diagramação e formatação final da tese;

E finalmente, mas não por último, com muito respeito e admiração, a minha profunda gratidão a todos os participantes, soropositivos e soronegativos de Água Comprida, que dispensaram parte do seu tempo, muitas vezes tão atribulado com pesados afazeres cotidianos, pela grande contribuição que prestaram para uma melhor compreensão dos aspectos cognitivos e psicossociais da doença de Chagas.

*Pelo sinal da Santa Cruz,
chegue até Vós meu ventre dilatado
e Vos comova, Senhor, meu mal sem cura.
Inauguro o dia, eu que a meu crédito explico
que passei em claro a treva da noite.
Escutei – e é quando às vezes descanso –
vozes de há mais de trinta anos.
Vi no meio da noite nesgas claríssimas de sol.
Minha mãe falou,
enxotei gatos lambendo
o prato da minha infância.
Livrai-me de lançar contra Vós
a tristeza do meu corpo e seu apodrecimento cuidadoso.
Mas desabafo dizendo:
que irado amor Vós tendes.
Tem piedade de mim,
tem piedade de mim
pelo sinal da Vossa Cruz,
que faço na testa, na boca, no coração.
Da ponta dos pés à cabeça,
de palma à palma da mão.*

ADÉLIA PRADO

*“Um homem doente faz a oração da manhã”
Poesias Reunidas(2002)*

Resumo

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 à 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 psiquiátricos 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 Não Verbal - INV, Memória Auditiva e Visual - da Bateria CEPA, Escala de Avaliação da Qualidade de Vida - WHOQOL-bref, Teste Gestáltico 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 diferença 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 o 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 é 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.

Abstract

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 Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão 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 -	Caracterização dos participantes incluídos nos grupos G1- Grupo com doença de Chagas G2- Grupo de Comparação quanto às variáveis de gênero, idade e escolaridade.....	54
Tabela 2 -	Avaliação Intelectual - Média, Desvio Padrão, Mediana e Comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2 - sorologia negativa, com relação à classificação do percentil obtido.....	73
Tabela 3 -	Memória Visual-Média, Desvio Padrão, Mediana e Comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2 - sorologia negativa, aos dados normativos, com relação a classificação do percentil obtido	73
Tabela 4 -	Memória Auditiva - Média, Desvio Padrão, Mediana e Comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2 - sorologia negativa, aos dados normativos, com relação à classificação do percentil obtido	74
Tabela 5 -	Qualidade de Vida - Média, Desvio Padrão e Mediana dos Escores e Comparações dos grupos G1 - sorologia positiva e G2- sorologia negativa a dados normativos, com relação aos quatro domínios avaliados	75
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	76
Tabela 7 -	Qualidade de vida - porcentagem de itens específicos, relativos a autoavaliação de satisfação-domínio psicológico, comparações dos grupos G1- sorologia positiva e G2 sorologia negativa	77
Tabela 8 -	Qualidade de vida - Porcentagem de itens específicos, relativos à auto avaliação de satisfação domínio social, comparações dos grupos G1- sorologia positiva e G2 sorologia negativa	79
Tabela 9 -	Indicadores de Transtorno Orgânico Cerebral Porcentagem de participantes e comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2- sorologia negativa, a dados normativos quanto à pontuação relativa à nota de corte significativa de problema.....	80
Tabela 10 -	Problemas de Uso do Álcool - Porcentagem de participantes e comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2-sorologia negativa, quanto à pontuação relativa à nota de corte significativa de problema	81
Tabela 11 -	Correlações entre as variáveis avaliadas para G1 - sorologia positiva e G2 - sorologia negativa e suas associações com a idade	81

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 às nove variáveis estudadas, tendo por variável independente a sorologia	89
Tabela 17 - Análise Multivariada – variável avaliação 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-opner
CEPA	Centro Editorial de Psicologia Aplicada
BHC	Benzeno Hexaclorado
FMTM	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INV	Inventario 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
PsycINFO	American Psychological Association Online
SciELO	Scientific Eletronic 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	27
1.3 Aspectos Cognitivos e doença de Chagas	42
1.4 Aspectos psicossociais e doença de Chagas	45
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 Orgânico Cerebral.....	80
4.1.4 Indicadores Indiretos do Uso do Álcool	80
4.2 Integração dos dados	81
4.3 Análise Multivariada	88
 5 DISCUSSÃO	 91
5.1 Funcionamento cognitivo e doença de Chagas: impacto na vida dos portadores.....	92
5.2 Aspectos psicossociais e doença de Chagas: impacto na qualidade de vida dos portadores	97
5.3 Variáveis pessoais e contextuais: associações com a doença de Chagas	107
 6 CONCLUSÕES	 111
 REFERÊNCIAS	 117
 APÊNDICES	 125
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pós Informado	127
Apêndice B – Idade.....	129
Apêndice C – Escolaridade	134
Apêndice D – Gênero.....	138
 ANEXOS	 141
Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética	142
Anexo B - Artigo Publicado	146

Introdução

1.1 Aspectos clínicos, sociais e psicológicos da doença de Chagas

A doença de Chagas, detectada em múmias 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 triatomíneos. 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 decaído 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 Chagas e Villela (1922) e Siqueira-Batista e Gomes (2002), essa fase apesar da elevada parasitemia, 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 Romaña, que é caracterizado por edema bipalpebral unilateral e indolor e que comumente vem acompanhado por linfadenopatia satélite pré-auricular e submandibular. Também pode se observar febre superior a 39°C, mialgias, astenia, anorexia, cefaléia 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 de 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 ausência de sinais e sintomas, o qual é denominado de forma indeterminada. Depois desse período de ausência de sintomas, muitos pacientes infectados podem apresentar manifestações envolvendo outros órgãos como o coração, o esôfago e cólon 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 clínica que se encontra a maioria dos pacientes na fase crônica de uma área endêmica.

A cardíaca é a mais importante forma da moléstia devido à morbimortalidade. Está relacionada à sobrecarga do esforço físico e com a hipertensão arterial e miocardiosclerose (CHAGAS; VILLELA, 1922). Estudos longitudinais em zona endêmica (PRATA, 2000) apontam que cerca de 2% dos pacientes incluídos na forma indeterminada tem evolução para a cardíaca.

Já, na forma digestiva da doença de Chagas, os órgãos mais atingidos são o esôfago e o cólon, 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 (PEDREIRA de FREITAS; MENDES, 1955; JARDIM, 1975). No entanto, na atualidade, tais afirmações são objeto de controvérsia como relatado a seguir.

Para Nóbrega (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 tripanosomíase

americana seria um achado constante, mas não representaria os fatores etiológicos da encefalopatia, correspondendo apenas a uma “concomitância 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, é 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 à saúde. 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 à deficiência mental, diminuição do rendimento intelectual e alterações psíquicas, 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 mudança psíquica, que não levam a um consenso que possa definir esta forma

clínica, sugerindo que as alterações eletro-fisiológicas mostram que a forma nervosa é 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 é 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 se 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 cisão 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 reestruturações mais ou menos adaptativas permitindo-lhe uma volta muitas vezes enriquecida ao seu estado anterior.

Já o indivíduo enfermo, como acontece com o chagásico crônico, necessita de se organizar psiquicamente a partir de um déficit 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 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 déficit 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 favoreçam 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 idéias 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 álcool 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 Jörg, Storino e Sapino, (1994) afirmam que os pacientes chagásicos apresentam perturbações neurológicas e psíquicas que são atribuídas exclusivamente ao *T. cruzi*, mesmo admitindo que possam desenvolver formações 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 “reativo” ou “não 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 até o 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 triatomíneos 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 chagásica 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 *Rhoniuss prolixus* na Venezuela no período pós-colombiano, a partir do deslocamento da população aborígine 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 além de inúmeras gretas favoreceram abrigo para a instalação e multiplicação do triatomínio no meio doméstico. Também o peridomicílio, 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 fenômeno 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. sórdida*, *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*, única 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 triatomíneo esmagado no preparo do suco de açaí (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 triatomíneos o que os leva às 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 triatomíneo, independente da espécie domiciliada, muitas vezes aparece como um elemento secundário na sub condição 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 protéica e calórica e pela anemia produzida diariamente pelos mesmos triatomíneos (DIAS, 1994).

A falta de recursos financeiros para a construção de paióis 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 born diseases**. Boca Ratón: 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 triatomíneos. 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 próprio migrante, sem desejá-lo e sem sabê-lo torne-se um agente de dispersão de triatomíneos e do parasito de uma zona endêmica até uma não endêmica. Também o êxodo rural, levando o camponês a se fixar em favelas das grandes cidades, faz com que junto com a mudança traga exemplares de triatomíneos. Como são habitações 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, é temporário, levando-o a doar sangue por razões de subsistência. Portanto, nesta óptica 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-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%), porém a principal reação frente à informação 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, porém decodificadas 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 não doação de sangue, da informação dos riscos existentes ao desenvolver certos tipos de trabalho braçais 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 Briceño 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 óptica situacional, como resultado das condições objetivas externas de pobreza e miséria nas quais vive a população sob 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 não são os riscos externos que se impõe 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 agrária ou na exploração dos trabalhadores rurais e na forma e organização do trabalho nas cidades. Já na dimensão

psicossocial, é possível dizer com segurança que a doença está relacionada com a educação das pessoas. Está diretamente relacionada com seu nível de informação sobre a enfermidade, com os hábitos sanitários que por sua vez são derivados de uma formação inadequada e com a apatia produzida pela ignorância. Presentes no interior do indivíduo, derivados de idéias informações, valores, crenças ou expectativas, esses fatores atuam de forma a possibilitar o surgimento ou mesmo a persistência das condições que favorecem a transmissão vetorial.

A abordagem situacional assim como a psicossocial também podem ser compreendidas tanto na escala de nível macro social quanto na escala micro social. Ou seja, no nível macro social, a sociedade globalizante, seja ela regional, nacional ou internacional, se torna responsável pelo controle da doença. Já no nível micro social, o indivíduo, a família e o grupo social são igualmente responsáveis pelo controle.

Independente se por questões situacionais ou se por psicossociais, Briceño Leon (1994) aponta seis variáveis a serem destacadas, três delas situacionais e três psicossociais. Das situacionais destaca a propriedade da terra onde se trabalha, a propriedade da moradia e o recurso financeiro com salário fixo e regular. Quanto às variáveis psicossociais, ressalta as expectativas do controle do futuro e do controle da doença além do estabelecimento de raízes em um determinado lugar.

Destacando as variáveis situacionais, relata que se o homem do campo trabalha em uma terra que lhe pertence, tenderá a ter mais recursos para melhorar a sua moradia. Porém, se a casa não for própria haverá poucas razões e estímulos para melhorá-la. No entanto, a realidade na América Latina mostra que muitos são proprietários da casa na zona rural, mas não o são da terra, portanto não poderiam vender a casa que construíram; daí o não investimento na sua melhoria. Também na condição situacional, o recurso financeiro do doente de Chagas é uma variável importante, pois há uma relação direta com a propriedade da terra. Dificilmente poderão melhorar sua habitação se não possuírem recursos materiais para

fazê-lo. Muitos são camponeses que só 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. Já um terceiro grupo é 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.

Já quanto às variáveis psicossociais, Briceño Leon (1994) explica sobre as expectativas do controle do futuro. Aqui se verificam as crenças que as pessoas podem ter com o que acontecerá 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 aí sim podem se dedicar ao cuidado com seus pertences; já as crenças do controle externo são consideradas ligadas ao destino, à sorte, ou à vontade de pessoas muito poderosas que poderiam ajudá-las como, por exemplo, os políticos.

Quanto às expectativas de controle da enfermidade, se comportará de modo muito distinto aquele que acredita que independentemente do que possa fazer, a manutenção de sua saúde, dependerá 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.

Já o 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 crêem 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 é 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 ressonâncias na população, têm tornado 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 ética e 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 triatomíneos 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, vontade política, 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 Schumuñis⁵ (1991 apud DIAS, 1994), mas foi só na década de 70 é que o controle à 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 triatomíneos. As novas técnicas, ao modificar o comportamento de aves, roedores e mamíferos de pequeno porte, associados ao ecossistema dos triatomíneos, 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 “doadores profissionais”, e os bancos de sangue dificilmente adotavam procedimentos de controle apesar de terem acesso desde os anos 50, a medidas mínimas para selecioná-los. Foi

⁵ SCHUMUÑIS, 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.

só na década 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 ameaçava 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 do que, se descobriu um aspecto médico social grave vinculado à questão. Pouco se sabia do destino do doador que se descobria soro-positivo. 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.

Só, 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, é que se iniciou a fase de reconhecimento da endemia. Os primeiros inquéritos sorológicos e entomológicos foram realizados por amostragem em todo 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 do *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 Organização Pan-Americana de Saúde (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 triatomíneos registradas no país, que seguramente também transmitem a doença de Chagas. Ficou claro por dedução, que outras espécies, consideradas secundárias, só 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 outros da região Norte o *T. infestans* não representa o principal vetor do *T. cruzi*.

Nesse sentido, para os autores citados, faz-se necessário discutir o programa de controle da endemia e o que significa a certificação conferida pela OPAS e 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 (WHO⁷, 1999, apud RAMOS JUNIOR; CARVALHO, 2001).

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 (DOENÇA...,2000; O BRASIL, 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

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.

⁷ World Health Organization (WHO) Chile and Brazil to be certified free of transmission of Chagas disease. **TDR News**, v. 59, p. 10, 1999.

publicadas tiveram repercussão política, provocando questionamentos. Exemplificando, deputado do PT, partido de oposição na época, entendeu que a divulgação da erradicação da doença tinha o caráter de um golpe publicitário, do então governo de Fernando Henrique Cardoso. Tal parlamentar levantou números 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 triatomíneos 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 maciça de diferentes triatomíneos apesar de não se encontrar o *T. infestans*, fato também observado nos estados de Pernambuco e Piauí. Nesse último, 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 contínua, 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 da vigilância sanitária. Fato extremamente importante, levando-se em consideração 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 *T. cruzi* 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 açaí contaminado pelas fezes do barbeiro confirmados no Amapá (LEWINSOHN, 2005).

Na verdade, dados mais atualizados, apontam que somente em nove de junho de 2006 o Brasil recebeu o certificado oficial da interrupção da transmissão da doença de Chagas pelo *Triatoma infestans*, e o que se pretende atualmente é manter o controle da transmissão da doença de Chagas, já que a erradicação ainda não é possível. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Vale ressaltar que, apesar de descoberta no início do século XX, pode-se considerar que a doença de Chagas é 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 últimas não devem estar ligadas somente a ações do tipo biomédico, que apesar de úteis, não são exclusivas. Investir recursos governamentais disponíveis em uma vacina contra a doença, pode ser muito bom, porém 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 ação 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 borrfiação 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 da família. O custo que a princípio pode parecer alto, não se compara com o dispendido no controle exclusivo da doença de Chagas. Uma moradia adequada leva ao melhoramento das condições globais de saúde das pessoas que a habitam Assim, um programa integrado de controle da enfermidade tem sua base de ação no nível micro social, porém pode-se converter em força motriz de ações que tornem a sociedade mais justa (MACEDO,1976; BRICEÑO-LEON,1994).

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 à análise 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 será apresentado e analisado nos próximos tópicos.

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 Weschsler para a

avaliação da capacidade cognitiva, visando à avaliação da inteligência geral e adicionalmente dois deles (JÖRG 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 Lúria, 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 às peculiaridades do grupo de casos procedentes de uma região endêmica 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 à 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 com idade média de 12 anos, (JÖRG 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 à 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 avaliação um instrumento não padronizado para a população investigada, a qual habitava a zona rural.

Os quatro artigos que confirmaram a hipótese de prejuízos cognitivos (JÖRG 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 (JÖRG et al., 1972; MANGONE et al., 1994a) relataram também déficit de atenção. O estudo de Jörg 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.

1.4 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 chagásico 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 idéias, valores, crenças ou expectativas pessoais que têm com relação à doença (BRICEÑO 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; GALVAN, 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 chagásicos 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 ênfase 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 a WHOQOL-bref avaliaram a importância da percepção dos indivíduos quanto ao acesso a saúde e a 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 chagásico, 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 chagásico e aspectos relativos ao estigma da enfermidade. Afirmaram que a realidade que se observa na América Latina é de que a grande maioria dos chagásicos 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 óbitos 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.

Briceño Leon (1986), além desse 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 analisado a relação desta variável, com a transmissão da enfermidade. Apontou que pessoas miseráveis, vivendo em zona endêmica, tendem a ter crenças externas quanto às causas controladoras de sua vida, portanto não investem na melhoria de suas habitações, pois ficam na expectativa de que a sorte as guiará ou que outras pessoas poderosas, como os políticos, poderão ajudá-las.

Uchôa et al. (2002), 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.

Analisando o conjunto de estudos que abordaram aspectos psicossociais, destaca-se que os que avaliaram as variáveis do indivíduo, utilizaram instrumentos padronizados; os demais, ao avaliar as variáveis contextuais, utilizaram entrevistas estruturadas e observação participante que permitiram uma abordagem mais aprofundada de aspectos sócio-culturais visando à compreensão das histórias e dos estilos de vida dos portadores.

De um modo geral, os estudos abordaram uma grande diversidade de variáveis, adotando delineamentos próprios de estudos qualitativos e sócio-antropológicos, que não têm como objetivo isolar variáveis ou verificar o peso ou somatória de efeitos em grupos de sujeitos, constatando a presença de múltiplos prejuízos associados à doença de Chagas.

Tendo por fonte a revisão sistemática da literatura indexada em três décadas, constata-se a presença de prejuízos cognitivos e psicossociais associados à doença de Chagas, chamando a atenção para o impacto da doença para o portador, destacando as condições contextuais como perpetuadoras da miséria e do estigma, dificultando a implantação de práticas 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 populações 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 possam 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.

Objetivo

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 chagásicos crônicos (soropositivos para doença de Chagas), residentes em uma comunidade do interior de Minas Gerais, região endêmica para 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 á um delineamento transversal de comparação de grupos, avaliados segundo um critério duplo cego quanto à sorologia.

Método

3.1 Participantes

3.1.1 Caracterização dos Participantes

Foram incluídos no estudo de campo, 80 participantes adultos, de ambos os sexos, na faixa etária compreendida entre 21 a 70 anos, residentes, há aproximadamente 20 anos, em uma região endêmica para doença de Chagas (Água Comprida, MG), sem problemas psiquiátricos e sem deficiências sensoriais graves diagnosticados e tratados previamente. Foram distribuídos em dois grupos:

G1: 40 participantes portadores de doença de Chagas nas formas indeterminada, cardíaca e digestiva, diagnosticados por meio de provas específicas⁸, denominado sorologia positiva para doença de Chagas.

⁸ O diagnóstico foi realizado pelo Prof. Dr. Dalmo Correia Filho, pertencente à equipe de pesquisadores em Medicina Tropical da então Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM) e desde agosto de 2005, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Esta equipe, coordenada pelo Prof. Dr. Aluizio Prata, desenvolve estudo longitudinal na região endêmica de Água Comprida, desde 1976.

G2: 40 participantes, não portadores de doença de Chagas, sistematicamente avaliados por meio de provas clínicas específicas, denominado sorologia negativa para doença de Chagas.

A caracterização dos sujeitos de G1 e G2 é apresentada na Tabela 1 na página a seguir:

Tabela 1 - Caracterização dos participantes incluídos nos grupos G1- Grupo com doença de Chagas, e G2- Grupo de Comparação quanto as variáveis de gênero, idade e escolaridade.

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

Foram incluídos em cada grupo, 18 homens (45%) e 22 mulheres (55%), perfazendo um total de 40 pessoas. O G2, composto por não portadores da doença de Chagas, foi pareado por sexo e escolaridade e balanceado por idade, tendo por referência as características de G1.

Em cada um dos grupos, o maior número de participantes encontra-se na faixa etária 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 função da doença já se encontrar sobre controle

no município há mais de 20 anos, não havendo mais aportes de casos novos, foi observada uma maior concentração de pessoas na faixa etária de 51 a 60 anos.

Com relação à escolaridade, predominou a etapa de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental (67,5%), tendo 17,5% de analfabetos e 15% de 5ª a 8ª série do Ensino Fundamental.

Considerando a população geral do município de Água Comprida, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2002), ressalta-se ainda que a maioria dos moradores se encontra na fase de vida adulta. Dos 2092 munícipes, 363 apresentam menos de 10 anos de idade, 399 têm entre 11 e 19 anos e 1239 se encontram na faixa de 20 a 69 anos, a faixa etária utilizada pelo estudo, e 91 apresentam mais de 71 anos.

Também se observou uma maior concentração de participantes com pouca escolaridade, dado concordante com a caracterização do perfil do município segundo estatística do IBGE de 2002. Esta, considerando habitantes com mais de 10 anos de idade, aponta que 103 pessoas não possuem nenhuma instrução e que 358 possuem apenas de um a três anos de estudo. Já o restante da população 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 seleção dos participantes

O estudo obedeceu a um critério duplo-cego, no qual os examinadores desconheciam as características do grupo avaliado, visando reduzir os vieses dos avaliadores, possibilitando assim um maior controle metodológico.

Em uma primeira etapa, tendo como base estudo desenvolvido no município de Água Comprida por Correia (2000), visando à avaliação clínica de residentes em uma região endêmica de doença de Chagas, foram identificadas 230 pessoas de ambos os sexos, com idade entre 21 e 87 anos, com nível de instrução variando de analfabetos ao ensino médio incompleto.

Levando-se em conta as características demográficas descritas pelo IBGE (2002), e que a doença está controlada no município há cerca de 20 anos e que a idade avançada poderia comprometer a avaliação psicológica, adotou-se como critérios de inclusão a faixa etária de 20 a 70 anos, participantes de ambos os sexos, com escolaridade abrangendo de analfabetos ao ensino fundamental completo. Adotou-se, como critério de exclusão, a presença de outras doenças crônicas ou deficiências sensoriais graves previamente diagnosticadas ou tratadas.

Das 230 pessoas inicialmente identificadas pelo estudo de Correia (2000), foi localizada no município a moradia de familiares de 167 pessoas. Dessas, 21 tinham mais de 70 anos, enquanto quatro haviam transferido residência para outra localidade, duas já haviam falecido e um se encontrava foragido da justiça em lugar incerto e não sabido.

Procedeu-se a apresentação do projeto seguindo as orientações do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos aos 139 possíveis participantes localizados sendo que todos concordaram com a inclusão no estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Do total de 139 que inicialmente aceitaram participar, alguns foram eliminados após o início da avaliação pelas razões expostas a seguir. Cinco participantes foram eliminados por deficiências importantes de visão ou de audição e um por problema

psiquiátrico grave com diagnóstico anterior de psicose, história de internações psiquiátricas e com manifestações de delírios e alucinações.

Das 133 pessoas restantes e que inicialmente aceitaram participar e se encontravam dentro dos critérios de inclusão, quatro desistiram por motivos diversos, perfazendo então um total de 129 possíveis participantes elegíveis.

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

Tendo-se por base a sorologia, os grupos foram, então, pareados pelo sexo e balanceados pela idade e escolaridade, sendo algumas avaliações desprezadas em função de não ser possível o pareamento em razão da variável escolaridade. Havia soros positivos para Chagas de uma mesma faixa etária e gênero que possuíam níveis de escolaridade totalmente diferentes de seus possíveis pares soro negativos do mesmo sexo e faixa etária. Dessa forma, para atender aos critérios de pareamento e balanceamento, foram descartadas 37 avaliações de soropositivos e 12 avaliações de soronegativos para doença de Chagas. No estudo final foram incluídos 80 participantes que foram distribuídos em dois grupos de 40 pessoas cada, um denominado de grupo com sorologia positiva para a doença de Chagas independente da forma clínica, e outro denominado de grupo com sorologia negativa, composto por não portadores de doença de Chagas .

A inclusão de participantes no grupo soropositivos compôs-se de enfermos portadores de doença de Chagas, nas formas indeterminada, cardíaca e digestiva.

O protocolo médico para o diagnóstico das formas clínicas da doença de Chagas envolveu procedimentos de entrevista de anamnese, exame físico e realização de sorologia para doença de Chagas simultaneamente em dois laboratórios, a saber: No Banco de Sangue

do Hemominas, dentro do Hospital Escola da FMTM, e no Laboratório de Imunologia da Universidade Federal de Goiás (UFGO). Em ambos os laboratórios, foram realizadas reações de imunofluorescência e hemaglutinação indiretas segundo critério de Cerisola⁹ (1970, apud CORREIA,2000). Na UFGO, quando necessário, foi realizada a reação de ELISA orientada por Souza e Camargo¹⁰ (1996), Camargo e Shimizu¹¹ (1974), Voller¹² et al. (1975) (apud, CORREIA, 2000).

Também foram realizados os exames complementares de eletrocardiograma convencional de 12 derivações, radiografia de tórax com esôfago contrastado em PA e perfil, radiografia de abdome, ecodoplercardiograma e teste ergométrico, atendendo a padrão recomendado pelo estudo sistemático desenvolvido por Correia (2000).

Com base nos critérios médicos adotados para a classificação das formas clínicas da doença de Chagas, quando o indivíduo apresenta apenas reação sorológica positiva, com ausência de demais sinais e sintomas da doença de Chagas, ele deve ser incluído na categoria de portador da forma indeterminada. Quando já apresenta alteração radiológica do esôfago ou do cólon, deve ser incluído na forma digestiva. E a inclusão na forma cardíaca deve ser feita quando da presença de bloqueio atrioventriculares, bradicardia sinusal e extra-sístoles ventriculares (PRATA,1999; CORREIA,2000).

⁹CERISOLA, J. A. Immunodiagnosis of Chagas' disease: hemaglutination and immunofluorescent test. **Journal of Parasitology**, v. 50,p. 409,1970

¹⁰ 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.

¹¹ 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

¹² CAMARGO, M. E.; SHIMIZU, S. H. Metodologia sorologica na infecção pelo Trypanosoma cruzi. **Revista Goiana de Medicina**, v. 20, p.47-65, 1974.

3.2 Caracterização da região de estudo

Este estudo foi desenvolvido em Água 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. Está localizada no Vale do Rio Grande, região que abrange a zona do Triângulo Mineiro e o Alto Paranaíba, a 42 km de Uberaba e 222 km de Ribeirão Preto, cidades que contam com Hospitais Universitários, que atendem aos casos mais graves na área de saúde, que não têm condição de serem atendidos a contento no município de origem. O clima no local é tropical quente e úmido. É uma região que se mantém basicamente pelas atividades agropecuárias, seja com gado leiteiro, gado de corte, granjas, suínos, ou cultura da cana-de-açúcar, milho soja e algodão, em ordem de prioridade. Também se cultiva arroz, mandioca, abacate, banana e manga, porém com menor produção (IBGE, 2002).

O município de Água Comprida foi incluído na primeira Campanha Nacional contra o mal de Chagas no início de 1950. Nesta época foi implantado o sistema de borrifação domiciliar e peridomiciliar a intervalos regulares com BHC e Rhodiatox, inseticidas de grande potência tóxica e poder residual muito expressivo que colocaram a transmissão vetorial sobre controle (CORREIA, 2000). No entanto até 1976 foi considerada uma região hiperendêmica para a doença de Chagas, com cerca de 40% da população soropositiva. Hoje, não apenas em decorrência do êxodo rural e dos óbitos naturais, mas também devido à implantação de medidas mais eficazes de controle, as quais evitam aportes de novos casos, observou-se em um levantamento de 1998, um decréscimo para 16% da população soropositiva, segundo estudos relatados por Prata (2000).

3.3 Instrumentos:

3.3.1 Avaliação Intelectual - Teste de Inteligência Não 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 números 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 Avaliação da Memória Visual e da Memória Auditiva - Aptidão Mnemônica – Teste Fator M

Com a finalidade de avaliar a aptidão mnemônica, foram utilizados no presente estudo dois testes da Bateria CEPA: Memória Auditiva e Memória Visual. A Bateria CEPA (RAINHO, 2002) é composta de um teste de inteligência geral, o INV que foi utilizado neste estudo, e de sete testes de aptidões específicas, dentre eles os testes de Memória Visual e Auditiva, designados como Fator M.

O Fator M visa medir a capacidade de atenção visual e auditiva, sendo considerada uma aptidão específica primária. Pesquisas comprovam que nenhum procedimento inteligente seria possível sem memória, 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 instrução e mesmo em analfabetos. Os testes constam de duas séries, a A e a B; sendo que se optou nesta pesquisa pela série A, por considerá-la mais adequada ao contexto sociocultural da amostra.

O Teste de Memória Auditiva é composto por 30 palavras, lidas pausadamente, as quais o indivíduo deve reproduzir posteriormente de forma oral ou escrita. No Teste de Memória Visual, são apresentados ao sujeito 30 cartões contendo figuras, com intervalos de dois segundos entre um cartão e outro. Ao final da apresentação de todos os cartões, o indivíduo deverá dizer se analfabeto for, ou escrever o nome das figuras, podendo ser aceitas como válidas muitas palavras de uso freqüente na região da amostra.

A precisão do fator M, foi verificada através da correlação com o teste de Atenção Concentrada, apresentado o coeficiente de 0,51.

3.3.3 Avaliação de qualidade de vida - Escala WHOQOL-bref

Qualidade de vida, é definida segundo a Organização Mundial de Saúde, como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto a cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al.,2000 p.179).

No estudo em questão, utilizou-se a Escala da Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, a WHOQOL-bref, versão em português realizada por Fleck et al. (2000). Esta escala é uma versão abreviada da WHOQOL-100 que possui 100 itens de avaliação. A versão abreviada ficou composta por 26 questões, sendo duas gerais que avaliam qualidade de vida, em geral, e as demais 24 representando cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, divididos em quatro domínios: Físico, Psicológico Relações Sociais e Meio Ambiente.

As questões do WHOQOL-bref possuem quatro tipos de escalas de respostas a saber: intensidade, capacidade, frequência e avaliação, com cinco níveis cada uma. As escalas são do tipo Likert. Não 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 é um constructo multidimensional. O instrumento foi testado no Brasil com 250 pacientes de um hospital de clínicas e 50 controles, mostrando bom desempenho psicométrico com características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. A consistência interna medida através do coeficiente de Cronbach apresentou-se igual a 0,84 para o Domínio Físico, de 0,79 para o Domínio Psicológico, de 0,69 para o Domínio das Relações Sociais e de 0,71 para o Domínio do Meio Ambiente. Todos os coeficientes de correlação das medidas do teste-

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

3.3.4 Avaliação de Indicadores de Transtorno Orgânico Cerebral - Teste Gestáltico Viso-motor de Bender

O teste clínico de Bender consiste em pedir ao sujeito que copie nove figuras dadas e em analisar e avaliar através das reproduções obtidas, como os estímulos perceptuais são estruturados considerando-se que o produto reflete um padrão viso motor do indivíduo (BENDER, 1980).

O teste Bender, tem diferentes avaliações e interpretações. Para este estudo, adotou-se o sistema de escores de Lacks. Segundo Cunha (2000, p.332), o “Bender-Lacks, devido a suas qualidades metodológicas, tem assegurado propriedades psicométricas satisfatórias”. Esse sistema de escores apresentado por Lacks é originário de uma lista de 12 indicadores, discriminadores essenciais de lesão intracraniana, descritos por Hutt e Briskin¹³, na década de 60. Tais discriminadores são observações feitas a partir da execução da cópia das nove figuras originais de Lauretta Bender, constando dos seguintes itens: 1) rotação severa, 2) dificuldade de superposição, 3) simplificação, 4) fragmentação, 5) retrogressão, 6) perseveração, 7) colisão ou tendência à colisão, 8) impotência, 9) dificuldade de fechamento, 10) incoordenação motora, 11) dificuldade de angulação, e 12) coesão (CUNHA, 2000).

O teste Bender foi utilizado no estudo em questão para a avaliação de indicadores de transtorno orgânico cerebral.

¹³ HUTT, M. L.; BRISKIN, G.J. **The clinical use of the revised Bender Gestalt Test**. New York: Grune & Stratton, 1960.

3.3.5 Avaliação de problema quanto ao uso do Álcool - Questionário CAGE

No Brasil, onde estudos têm mostrado que a taxa de prevalência de alcoolismo varia entre 3% e 6% na população geral (ALMEIDA; COUTINHO, 1993; BAUS; KUPEK; PIRES, 2002), o questionário CAGE tem sido adotado para a identificação de pessoas com problemas quanto ao uso de álcool. Esse instrumento foi padronizado no Brasil por Masur e Monteiro em 1983 com pacientes de um hospital psiquiátrico de São Paulo.

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

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

Após a realização de estudos em hospitais gerais, com amostras da população brasileira para avaliar suas características de validade, fidedignidade e sensibilidade, o questionário CAGE foi considerado um instrumento útil na identificação de pessoas com problemas quanto ao uso de álcool em população clínica 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 população não hospitalar, o CAGE, também se mostrou sensível na indicação da prevalência de positividade do uso de álcool entre estudantes de terceiro ano do ensino médio (TROIS et. al.,1997). O CAGE foi utilizado neste estudo visando à identificação de uso problemático de álcool.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora auxiliada por mais duas psicólogas e oito alunos do 4º período do curso de Psicologia da Universidade de Uberaba (UNIUBE), previamente treinados para a função, que se deslocavam toda semana de Uberaba à Água Comprida onde ocorria a avaliação. Os avaliadores foram orientados e monitorados na avaliação dos participantes, tendo como base as normas contidas nos manuais específicos dos testes e em literatura específica da área de avaliação psicológica.

Os participantes foram avaliados de forma individual, em salas apropriadas, cedidas pelo posto de saúde da referida cidade. As avaliações, em geral, foram realizadas aos sábados pela manhã, por tratar-se de período mais adequado para os trabalhadores da zona rural. Em alguns casos, as pessoas foram avaliadas aos sábados ou domingos à tarde em suas residências, por não terem disponibilidade de horário pela manhã, em função do trabalho rural. Procurou-se manter condições adequadas para a avaliação quanto ao ambiente e em relação à privacidade.

Inicialmente, estabeleceu-se um *rapport* e, em seguida, apresentou-se-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

então Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM) e desde agosto de 2005, Universidade Federal do Triângulo 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 até três sessões, sendo que duas das sessões ocorreram no mesmo dia com um pequeno intervalo entre uma e outra. O tempo médio das duas sessões foi de aproximadamente de uma hora e 15 minutos, sendo que vários participantes conseguiam responder a toda avaliação em cerca de 60 minutos.

Inicialmente na primeira sessão, foram aplicados o Bender, em seguida aplicava-se o teste de Memória Visual e posteriormente o INV. Na segunda sessão, realizada após um breve intervalo, aplicava-se o teste de Memória Auditiva e o questionário CAGE. Em uma terceira sessão, foi aplicada a escala de qualidade de vida WHOQOL-bref.

Os instrumentos foram aplicados conforme as recomendações técnicas, sendo as instruções apresentadas verbalmente aos participantes, por meio de leitura pausada dos itens.

Quanto ao assinalar as respostas, cabia aos aplicadores a tarefa de fazê-lo considerando os seguintes instrumentos: Memória Visual, Memória Auditiva, Qualidade de Vida e CAGE. Com relação ao INV, os participantes assinalavam com um X a resposta que consideravam corretas, cabendo aos aplicadores fazerem a apresentação dos itens, um de cada vez, de forma a garantir a avaliação de todos os itens.

3.4.2 Tratamento de Análise de Dados

3.4.2.1 Codificação

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

Os testes de Memória Visual e Memória Auditiva, Fator M, também foram codificados segundo orientações contidas no manual da Editora CEPA, de 1994. O manual de 2002, revisado pela editora, indica que na atualização das tabelas percentílicas realizadas em 1999, não foram referidas as características 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 população estudada, já que a variável escolaridade pode ter forte influência sobre os resultados. A soma dos acertos foi comparada aos dados normativos e transformada em percentis (RAINHO, 1994).

A classificação 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 à classificação - Infradotado. Já a sétima categoria corresponde aos percentis acima de 89 e equivale à classificação - Superdotado. A categoria classificada como média é 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, maior 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 referência os padrões normativos e os valores das medianas dos estudos específicos.

Os dados dos testes INV e do Fator M, relativos à Memória Visual e Auditiva, foram comparados com a média normativa, correspondente à categoria 4.

Quanto aos dados da escala WHOQOL-bref, seleccionaram-se ainda alguns itens específicos (Q1, Q2, Q4, Q5, Q6, Q7, Q11, Q17, Q19, Q20, Q21, Q22 e Q26), relativos à avaliação de satisfação e agruparam-se os cinco níveis de avaliação em três níveis, a saber: primeiro nível – Nenhuma / Insatisfeito, agrupando as categorias 1 e 2, nomeadas como *Insatisfação*; segundo nível – Regular / Mais ou Menos - correspondendo a categoria 3, nomeadas como *Regular/Razoável* e terceiro nível - Bastante / Satisfeito - correspondendo as categorias 4 e 5 nomeadas como *Satisfação*. Considerou-se a frequência e percentagem em cada um dos níveis e procedeu-se a comparação dos grupos por meio do Teste do Qui-Quadrado.

Para comparação dos grupos à nota de corte, indicativa de problema (Bender e CAGE) aplicou-se também o Teste do Qui-Quadrado.

Procedeu-se a integração das variáveis por meio da análise correlacional. Realizou-se a correlação univariada objetivando relacionar os escores das nove variáveis: nível intelectual, memória visual, memória auditiva, qualidade de vida-domínios-físico, psicológico, social, ambiental, indicador de transtorno orgânico cerebral e hábito etilista às variáveis, idade, escolaridade, gênero e cada variável separadamente, tendo como referência os grupos de sorologia. Para tal, aplicou-se o Coeficiente Não Paramétrico de Spearman.

Em seguida, realizou-se a análise multivariada relacionando as nove variáveis estudadas à variável independente sorologia, visando verificar por meio da Regressão

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

Em todos os testes estatísticos aplicados, adotou-se o nível de significância de $p < 0,05$.

3.5 Aspectos éticos

O estudo, em questão, decorre de um acordo de reciprocidade entre a pesquisadora e a FMTM e foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética dessa Instituição, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO A).

A participação na pesquisa foi voluntária, após apresentação oral e por escrito do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Os envolvidos foram informados dos objetivos do estudo, do tipo de participação requerida, da manutenção do sigilo quanto aos dados coletados e assegurada ainda, a desistência da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhes acarretasse prejuízo de alguma ordem. Quatro pessoas se negaram a participar, ou mesmo tendo concordado no início 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 psicológicos os que apresentaram necessidades. Na época da coleta, o município não contava com atendimento psicológico. Mais recentemente, uma psicóloga contratada pela prefeitura se desloca de Uberaba, duas vezes por semana, oferecendo apoio psicoterapêutico a pacientes que necessitam de tal atendimento no posto de saúde local.

Resultados

Os dados obtidos em cada instrumento serão apresentados separadamente, dando prioridade àqueles 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)

<i>Grupos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>p</i>	<i>comparações</i>
G1	2,58	1,30	3,00	0,05	G1<G2*
G2	3,25	1,45	3,00		G1<N** 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 a níveis inferiores ao dado normativo, sendo que o G1, de soro positivos, situou-se no percentil categorizado entre inferior e médio inferior e o G2, de soro negativos, 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)

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

*Teste não paramétrico de Mann-Whitney

p< 0,05

**Teste Não Paramétrico de Wilcoxon

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 a níveis inferiores ao dado normativo, situando-se no percentil categorizado entre médio 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)

<i>Grupos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>P</i>	<i>comparações</i>
G1	1,25	0,67	1,00	0,35	G1=G2*
G2	1,43	0,81	1,00		G1<N** G2<N**

*Teste não paramétrico de Mann - Whitney

p< 0,05

**Teste Não Paramétrico de Wilcoxon

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

Observou-se que tanto o grupo de soropositivos (G1) quanto o de soronegativos (G2) apresentaram valores categorizados entre infradotados e inferior à 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 à comparação dos grupos serão apresentados e comparados com o padrão normativo estabelecido pelo estudo de padronização brasileira como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 - Qualidade de Vida- Média, Desvio Padrão e Mediana dos Escores e Comparações dos grupos G1- sorologia positiva e G2- sorologia negativa e dados Normativos-N com relação aos quatro domínios avaliados.

<i>Domínios/ Valor normativo</i>	<i>Grupos</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>p</i>	<i>Comparações</i>
Físico (16,6)	G1	13,76	2,91	14,25	0,29	G1=G2
	G2	14,44	2,78	14,80		G1<N G2<N
Psicológico (15,6)	G1	13,43	2,46	14,00	0,20	G1=G2
	G2	14,16	2,58	14,00		G1<N G2<N
Relações Sociais (15,5)	G1	14,85	3,16	14,70	0,69	G1=G2
	G2	15,11	2,64	14,70		G1=N G2=N
Meio Ambiente (14,0)	G1	13,23	2,10	12,75	0,88	G1=G2
	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 (G1) quanto o grupo com sorologia negativa para doença de Chagas (G2) apresentaram valores numericamente inferiores aos dados normativos, porém, apesar de G1 apresentar valores menores do que G2 em todos os domínios, a diferença não foi estatisticamente significativa.

Os dados relativos à comparação dos grupos quanto a itens específicos relativos à auto avaliação da satisfação geral da qualidade de vida no domínio físico são apresentados na Tabela 6:

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</i>	<i>Avaliação</i>	<i>G1 (%)</i>	<i>G2 (%)</i>	<i>Comparações</i>
QV Geral	Insatisfação	17,5	0,0	G1>G2*
	Regular	42,5	47,5	G1=G2
	Satisfação	40,0	52,5	G1=G2
Saúde Geral	Insatisfação	20,0	10,0	G1>G2*
	Regular	15,0	27,5	G1<G2*
	Satisfação	65,0	62,5	G1=G2
Necessidade de tratamento Médico	Nenhuma	35,0	25,0	G1=G2
	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

Teste do Qui Quadrado *p < 0.05

Observou-se que a porcentagem de participantes do G1, grupo de soropositivos para doença de Chagas, que avaliou a sua Qualidade de Vida Geral como insatisfatória foi significativamente maior do que a de G2. Já a porcentagem de G1 que avaliou a Qualidade de Vida como regular ou satisfatória, foi menor do que G2, porém sem diferença estatisticamente significativa.

Quanto à Saúde Geral, foi observada para G1 com diferença significativa uma maior porcentagem de insatisfação comparativamente a G2. Também se observou com significância estatística maior porcentagem de participantes de G2 que avaliaram como regular o nível de satisfação com a Saúde Geral comparativo a G1. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à classificação satisfação com a saúde geral.

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</i>	<i>Avaliação</i>	<i>G1 (%)</i>	<i>G2 (%)</i>	<i>Comparações</i>
Aproveitar a vida	Insatisfação	37,5	17,5	G1>G2*
	Razoável	25,0	40,0	G1<G2*
	Satisfação	37,5	42,5	G1=G2
Significado da Vida	Nenhum	12,5	15,0	G1=G2
	Razoável	25,0	25,0	G1=G2
	Bastante	62,5	60,0	G1=G2
Capacidade de concentração	Nenhuma	35,0	25,0	G1=G2
	Razoável	35,0	42,5	G1=G2
	Bastante	29,5	32,5	G1=G2
Aparência Física	Insatisfação	12,5	10,0	G1=G2
	Regular	35,0	30,0	G1=G2
	Satisfação	52,5	60,0	G1=G2
Satisfação consigo mesmo	Insatisfação	10,0	5,0	G1=G2
	Regular	15,0	27,5	G1<G2*
	Satisfação	75,0	67,5	G1=G2
Frequência de sentimentos negativos	Nenhuma	25,0	25,0	G1=G2
	Razoável	47,5	45,0	G1=G2
	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 à 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 três níveis 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 três níveis considerados.

Observou-se ainda ausência de diferença significativa nas comparações relativas aos itens Aparência Física e Frequência de Sentimentos Negativos nos três níveis 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 auto avaliação 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.

<i>Itens</i>	<i>Avaliação</i>	<i>G1 (%)</i>	<i>G2 (%)</i>	<i>Comparações</i>
Relações Sociais	Insatisfação	7,5	5,0	G1=G2
	Regular	10,0	22,5	G1<G2*
	Satisfação	82,5	72,5	G1=G2
Atividade Sexual	Insatisfação	35,0	15,0	G1>G2*
	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*

Teste do Qui Quadrado * $p < 0.05$

Observou-se com relação às 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 em comparação a G2, que relataram insatisfação com as atividades sexuais.

Quanto ao apoio ou suporte que recebem dos amigos, observou-se uma maior porcentagem de avaliação de insatisfação de G1 em comparação a G2, com diferença estatisticamente significativa. Ainda G1 apresentou com diferença significativa uma maior porcentagem de percepção de satisfação quanto ao apoio ou suporte que recebe dos amigos em comparação a G2, e uma menor porcentagem de avaliação regular quanto à percepção de apoio que recebe dos amigos, com diferença significativa em comparação com G2.

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.

<i>Grupos</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>p</i>	<i>Comparação</i>
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 não tenha sido estatisticamente significativa.

4.1.4. Indicadores Indiretos do Uso de Álcool.

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

Tabela 10 - Problemas - Uso de Álcool - Porcentagem de participantes e comparações dos grupos G1-sorologia positiva e G2-sorologia negativa, quanto à pontuação relativa a nota de corte (≥ 2) significativa de problema.

<i>Grupos</i>	<i>Porcentagens</i>	<i>p</i>	<i>comparação</i>
G1	25	0,26	G1=G2
G2	15		

Teste do Qui-Quadrado
 $p < 0,05$.

Foi observada uma maior porcentagem de participantes de G1 em comparação a G2, com escore total igual ou superior à pontuação de corte (≥ 2), indicadora de problemas com o uso do álcool em comparação a G2, embora tal diferença não tenha sido significativa do ponto de vista estatístico.

4.2. Integração dos dados - correlações univariadas

A Tabela 11 apresenta as correlações entre as variáveis estudadas e suas associações com a idade.

Tabela 11 - Correlações entre as variáveis avaliadas para G1 - sorologia positiva e G2-sorologia negativa e suas associações com a idade.

<i>Variáveis/Idade</i>	<i>G1</i>		<i>G2</i>	
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Nível Intelectual	-0,04	0,79	-0,18	0,27
Memória Visual	-0,03	0,86	-0,18	0,27
Memória Auditiva	0,30	0,05*	-0,39	0,02*
QV - Domínio Físico	-0,19	0,23	-0,06	0,70
QV - Domínio Psicológico	-0,31	0,05*	0,07	0,69
QV - Domínio Social	0,04	0,80	0,11	0,49
QV - Domínio Ambiental	-0,10	0,55	0,24	0,13
Transtorno Orgânico Cerebral	0,17	0,29	0,02	0,88
Problemas-Uso de Álcool	0,07	0,68	0,08	0,62

Coefficiente de correlação não paramétrico 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 minemônica 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 é 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.

<i>Variáveis/Escolaridade</i>	<i>G1</i>		<i>G2</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
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.

<i>Variáveis/Gênero</i>	<i>G1</i>		<i>G2</i>	
	<i>R</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
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*

Coefficiente 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 álcool 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 às 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

<i>Variáveis</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>
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 álcool									1

Coeficiente não paramétrico de Speraman

*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 nível 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 é 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 é 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 é 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 é 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 domínio psicológico 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 a 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 menor 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 soro 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 Speraman

*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 é a memória auditiva e quanto melhor a memória visual menor é 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-domínio físico, melhor a qualidade de vida nos domínios das relações sociais e ambiental.

Em relação à qualidade de vida no domínio psicológico, observou-se uma correlação positiva com a qualidade de vida nas relações sociais indicando que quanto melhor a qualidade de vida psicológica, melhor é a qualidade de vida nas relações sociais.

Quanto à qualidade de vida nas relações sociais, observou-se ainda uma correlação positiva com a qualidade de vida ambiental, sugerindo que quanto melhor a qualidade de vida nos relacionamentos sociais, melhor é a percepção da qualidade de vida-meio ambiente.

Não foram observadas associações significativas com a variável designada de problemas relativos ao uso de álcool.

4.3. Análise multivariada entre as nove variáveis independentes estudadas

Com o objetivo de verificar a influência conjunta das nove variáveis, objeto do estudo, a saber: avaliação do nível intelectual (INV), memória auditiva e memória visual (MA e MV), qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (WHOQOL-bref, QV- físico, QV- psicológico, QV- meio ambiente e QV- relações sociais), indicadores de transtorno orgânico cerebral (Bender) e indicadores de problemas quanto ao uso do álcool, (CAGE), buscou-se associar a estas variáveis a variável independente sorologia, utilizou-se, para tal, o método da regressão logística multivariada.

A Tabela 16 apresenta o coeficiente estimado das variáveis, e o nível de significância.

Tabela 16 - Análise Multivariada- relativa às 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 (MA)	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 critério foi a medida da avaliação intelectual.

Procedeu-se, então, a análise iterativa, 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)

<i>Variável</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>IC - 95%</i>	<i>p</i>
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.

Discussão

As condições de saúde 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

doença de Chagas apresentaram indicadores de dificuldades, caracterizando uma produção inferior à média esperada, com base nas normas de Rainho (2002).

Esses dados sugerem que provavelmente as precárias condições de vida e as poucas oportunidades de desenvolvimento psicossocial, características do pequeno município rural, onde o estudo foi desenvolvido, afetam toda a pequena comunidade independente de ser ou não soropositivo para Chagas, embora o prejuízo seja significativo quanto à menor capacidade cognitiva para o grupo soropositivo para a enfermidade.

Tal dado vai ao encontro dos achados de Jörg et al. (1972), Mangone et al. (1994a, 1994b) e Pereyra et al. (1992), que, utilizando de delineamento semelhante, quanto à comparação entre grupos caso e controle, também encontraram indicadores de performance cognitiva rebaixados em chagásicos crônicos. No entanto, vale ressaltar que diferentemente do estudo em questão, Pereyra et al. (1992) pesquisaram grupos caso e controle pertencente a comunidades diferentes. O grupo utilizado para controle no estudo referido, pertencia à comunidade sócio-cultural urbana enquanto o grupo de casos pertencia à comunidade rural. No estudo em discussão tomou-se como delineamento a comparação de pessoas da mesma comunidade, o que de certo modo diminui o viés relativo a diferentes oportunidades.

No estudo em questão também se identificou menor capacidade mnemônica verbal e auditiva para o grupo de soropositivos para Chagas, semelhante aos achados de Jörg et al. (1972), Mangone et al. (1994a, 1994b) e Pereyra et al. (1992), que utilizando de instrumentos padronizados para a comunidade estudada, apontaram prejuízos quanto ao desempenho mnésico. Vale ressaltar que o único dos cinco estudos sobre a avaliação cognitiva de chagásicos crônicos identificados na revisão da literatura que não apontou prejuízos quanto a capacidade cognitiva geral e específica de chagásicos crônicos, foi o de Moncada et al. (1987) que apesar de trabalhar com a comparação entre grupos e de ter

critérios precisos de inclusão e exclusão, não utilizou de instrumento padronizado para uma zona endêmica rural, como se procedeu neste trabalho.

Ainda em relação à capacidade cognitiva, se observou neste estudo, que o decréscimo do nível intelectual mostrou-se relacionado ao aumento de indicadores de problemas com o uso de álcool e a presença de mais indicadores de problema orgânico 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 orgânico cerebral encontrada no grupo de soropositivos para Chagas, foi constatada através de resposta motora na realização da cópia de figuras geométricas do teste Guestráltico Visomotor de Bender (1980). Jörg et al. (1972) também utilizando de instrumento semelhante de avaliação da psicomotricidade, encontraram menor desempenho na coordenação visomotora de crianças soropositivas para Chagas, relacionando o indicador ao comprometimento de atividades corriqueiras da vida diária, como vestir-se, abotoar-se ou calçar-se.

Os indicadores de problema orgânico cerebral mostraram ainda, alta correlação com baixo nível cognitivo. Quanto menor a escolaridade, maior foi o número de indicadores de problemas de transtorno orgânico 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 álcool, os dados encontrados são semelhantes à descrição de Storino (1994), que ressalta que populações em condições socioeconômicas e sócio-culturais precárias, com poucas oportunidades de desenvolvimento intelectual, como a

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

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

Embora não se tenha constatado diferença com significância estatística entre eles, pode-se observar que o grupo de soropositivos apresentou mais indicadores de problemas quanto ao uso do álcool comparativamente aos soronegativos, sugerindo mais uma vez o impacto negativo da doença na vida de seus portadores.

A presença de indicadores de problema de transtorno orgânico cerebral no grupo de portadores de doença de Chagas evidencia uma questão amplamente discutida na literatura relativa à forma nervosa da enfermidade.

Como se sabe, a forma nervosa crônica da doença de Chagas é objeto de controvérsia. Para Nóbrega (1994), os casos nervosos crônicos descritos por Carlos Chagas, em 1910, são na verdade, seqüelas de casos agudos que teriam passados despercebidos na infância; Jörg et al. (1994) apontam que não é suficiente encontrar a infecção pelo *T. cruzi* para caracterizar a forma nervosa; Márquez (1994) ressalta ainda que apesar de relatos ocasionais na literatura de diminuição do rendimento intelectual e alterações psíquicas, dificilmente se consegue precisar um diagnóstico da forma neurológica crônica da enfermidade. O delineamento adotado neste estudo não permite a associação direta dos indicadores de transtorno orgânico cerebral com a forma neurológica da doença de Chagas. Contudo, ao se destacarem os achados relativos aos indicadores de tais transtornos e as suas

relações com o prejuízo das funções intelectuais específicas ressalta-se que independente da forma manifesta da doença, esta favorece prejuízos ao funcionamento cognitivo de seus portadores.

A integração dos dados através das correlações univariadas indicou um decréscimo da capacidade mnemônica auditiva com o aumento da idade nos indivíduos soronegativos para enfermidade de Chagas. Em contrapartida, foi observado que este mesmo grupo apresentou melhor capacidade mnemônica auditiva quando incluídos em um maior nível de escolaridade, fato que ressalta a influência da escolaridade na manutenção de melhor capacidade mnemônica auditiva.

Ressalta-se, assim, para ambos os grupos, a relevância dos indicadores cognitivos como elemento favorecedor da vida diária. Tal constatação coloca em evidência o rebaixamento observado na comparação com o padrão normativo, deixando como questionamento as condições psicossociais dos grupos estudados e a adequação para tal comparação do padrão normativo adotado, construído para uma comunidade predominantemente urbana.

Esse dado aponta a escolaridade como fator favorecedor da memória auditiva tanto em soropositivos quanto em soronegativos para doença de Chagas, e que o aumento da idade favorece a deterioração da capacidade mnemônica auditiva nos soronegativos.

Destaca-se, ainda, que ambos os grupos apresentaram escores abaixo dos dados normativos tanto para a memória visual e auditiva quanto para o nível intelectual. Apresentaram ainda porcentagens acima da média para a população geral quanto ao uso do álcool e a indicadores de problema orgânico cerebral. Tal dado ganha relevância no estudo em questão, pois a avaliação intelectual foi a que apresentou maior nível de significância e melhor poder discriminativo, na comparação dos grupos, apontando que os participantes com

sorologia positiva para doença de Chagas tendem a ter valores inferiores na avaliação intelectual, comparativamente aos com sorologia negativa para a enfermidade.

5.2 Aspectos psicossociais e doença de Chagas: impacto na qualidade de vida dos portadores

No presente estudo, os dados relativos aos aspectos psicossociais dos participantes foram analisados através da avaliação da qualidade de vida em seus quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e percepção do meio ambiente sendo posteriormente associados a indicadores de problemas com o uso de álcool. A comparação dos grupos entre si e destes aos dados normativos atuais também evidenciou peculiaridades quanto ao perfil dos grupos com e sem positividade para a doença de Chagas.

Comparados aos dados normativos, tanto o grupo de soropositivos quanto os de soronegativos para doença de Chagas apresentaram resultados referentes à qualidade de vida em todos os domínios numericamente abaixo da norma para a população geral (FLECK, 2000), porém observou-se maior prejuízo da qualidade de vida no grupo de soropositivos para doença de Chagas, embora sem significância estatística como analisado a seguir.

Do ponto de vista da comparação entre os grupos quanto à auto-percepção da qualidade de vida geral e da saúde geral, quando comparada aos dados normativos, observaram-se maiores indicadores de insatisfação nos soropositivos em relação aos soronegativos para doença de Chagas.

Os participantes soropositivos para a enfermidade de Chagas, indicaram significativamente que necessitam de acompanhamento médico constante, além 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.

Quanto à 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 aproveitarem 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, Uchôa 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 à medida que o tempo passa, a morte eminente fica sempre à espreita, sem que, contudo haja uma previsão. Os relatos de Jörg, Storino e Sapino (1994) assim como os de Uchôa 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 “*preocupação mata ainda mais depressa*” (p. 75).

A análise dos dados relativos a prejuízo na qualidade de vida, no que diz respeito à saúde 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 psíquico 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 cisão no 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 psíquico 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 ter-se 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 endêmica, cerca de 2% dos soropositivos assintomáticos evoluem para a forma cardíaca e uma porcentagem 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 assintomáticos provavelmente vivem na expectativa de evolução da enfermidade de uma forma indeterminada para a forma cardíaca ou digestiva da doença de Chagas. Fato que muitas vezes já observaram ocorrer com familiares ou pessoas próximas. Inclusive, a provável evolução de uma forma a outra da doença, faz parte das orientações que na maioria das vezes, os pacientes recebem dos profissionais da saúde. Considera-se, portanto, que tal condição provavelmente aumenta o comprometimento das manifestações psicológicas.

Do ponto de vista psicossocial, como já relatado, a avaliação da qualidade de vida geral apontou que, quando comparada aos dados normativos, ambos os grupos apresentaram indicadores de prejuízos. No entanto, a avaliação da qualidade de vida nos domínios específicos: físico, psicológico, de relações sociais e do meio ambiente, apresentou peculiaridades. Tanto os soropositivos quanto os soronegativos para doença de Chagas apresentaram escores inferiores à norma quanto à qualidade de vida nos domínios físicos e psicológicos, e escores semelhantes à norma quanto à qualidade de vida nos domínios de relações sociais e meio ambiente.

Nesse estudo não se levou em consideração o tempo do diagnóstico da doença de Chagas e nem se esta evoluiu para outra forma clínica no período de um ano e meio em que se coletaram os dados. Considerando que 87% do grupo soropositivo para doença de Chagas se encontravam na forma indeterminada ou assintomática, não se sabe se o impacto desta seria maior em indivíduos sintomáticos do que nos assintomáticos. O restante do grupo se encontrava na forma cardíaca da doença e predominantemente ao se analisar a qualidade de vida no domínio psicológico, constatou-se a presença de indícios de depressão. Pode-se

especular que se houvessem mais participantes nesta forma do que na indeterminada talvez se encontrasse 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 Araújo 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 gradações 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 às

atividades sexuais. No estudo em questão, desenvolvido em uma realidade de uma zona rural com grande incidência de pacientes soropositivos para Chagas, tal associação não foi observada quanto à sexualidade, o que sugere que o delineamento adotado por Dias e Guariento (2005), não utilizando de comparação entre grupos e trabalhando com pacientes ambulatoriais de um grande centro, reflete demandas diferentes. Nesse sentido, supõe-se que indivíduos portadores de doença de Chagas que conseguiram migrar de uma zona endêmica para outra de maiores recursos, o fizeram em busca de melhor qualidade de vida, portanto, parecem conseguir lidar melhor com questões pessoais, o que provavelmente sugere que apresentam mecanismos de defesas mais adaptativos do que aqueles que permaneceram na zona rural.

Entretanto, quanto à auto-avaliação dos relacionamentos sociais, a comparação entre grupos indicou que cerca de 80% dos participantes, tanto de soropositivos quanto de soronegativos, se mostraram satisfeitos. Da mesma forma, a auto-avaliação da percepção em relação ao apoio que recebem dos amigos indicou que ambos os grupos se mostraram predominantemente mais satisfeitos do que insatisfeitos, porém os soropositivos se apresentaram significativamente mais satisfeitos com o apoio que recebem dos amigos do que os soronegativos.

Já os dados relativos à satisfação nas relações sociais e no suporte recebido dos amigos, são semelhantes aos relatados por Dias e Guariento (2005). As autoras apontaram que uma porcentagem grande de pacientes chagásicos ambulatoriais, apresentou bom índice de satisfação quanto às relações sociais e ao apoio que recebem dos amigos.

Embora as autoras tenham adotado delineamento diferente, não utilizando de comparação entre grupos e nem de participantes de uma mesma comunidade como já relatado anteriormente, os dados guardam sentido quanto às relações sociais e ao apoio que recebem dos amigos, o que sugere com relação a estes quesitos que as pessoas que procuram por

tratamento da doença de Chagas em uma grande cidade se assemelham aos portadores da enfermidade que residem em uma zona endêmica de uma pequena comunidade rural. Considerando que a grande maioria dos pacientes que residem em uma grande cidade são oriundos de zona endêmica como apontam os estudos que traçam o perfil do chagásico (GONTIJO; ROCHA; OLIVEIRA, 1996; PRATA, 2000), provavelmente a satisfação com os relacionamentos sociais e com o apoio recebido dos amigos, se deva ao fato de terem convivido por algum período de suas vidas em pequenas comunidades onde geralmente as pessoas tendem a se conhecer e a se comunicar mais, e a serem mais solidárias 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 semelhanças do grupo estudado com os dados relatados pelos referidos autores, considera-se que a presença de tais indicadores em uma população de moradores de uma zona endêmica para doença de Chagas, em comparação aos seus pares da mesma comunidade, é sugestiva de recursos de enfrentamento positivos quanto às demandas sociais.

No entanto, ao analisar a porcentagem dos que não estão satisfeitos com os relacionamentos sociais e apoio que recebem dos amigos, verificaram-se certas peculiaridades. Entre os cerca de 20% que não apontaram satisfação com os relacionamentos sociais, os soronegativos é que se mostraram mais insatisfeitos, e a diferença foi estatisticamente significativa. Da mesma forma, com relação aos 20% , que não apresentaram satisfação quanto ao apoio recebido dos amigos, verificou-se com diferença estatística que uma maior porcentagem de soronegativos não considerou satisfatório o apoio recebido dos amigos, porém a insatisfação declarada foi significativamente maior para os soropositivos.

Esse dado é 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 indiferença, rechaço e marginalização da sociedade e familiares. Muitas vezes, amigos e

a sociedade em geral, adotam atitudes que aparecem disfarçadas como superproteção, mas que, na verdade, é expressão de estigma, fato que os deixam insatisfeitos com seus relacionamentos.

Quanto ao suporte recebido pelos amigos, faz-se necessário comentar a presença de diferença nas três categorias avaliadas, numa gradação de satisfação a insatisfação, mostrando que embora a maior porcentagem esteja satisfeita, há também relatos que diferem significativamente quanto à maior insatisfação e menor satisfação, refletindo assim diversidade de avaliações e possíveis peculiaridades dos indivíduos.

Pode-se pensar que como o estudo envolveu uma comunidade rural, carente do ponto de vista cultural e socioeconômico, pode apresentar certas particularidades. Supõe-se que tais participantes indistintamente experimentam pouco suporte para ativar a esperança e enfrentar as adversidades do cotidiano. Tal afirmativa tem suporte no apontado por Briceño-Leon (1994) quanto às comunidades pobres de recursos, o qual afirma que esta descrença pode estar associada a sentimentos depressivos, que afetam inclusive a percepção dos relacionamentos sociais, independentemente da presença da enfermidade.

Vale ainda destacar que a identificação de diferenças e semelhanças, respectivamente quanto à satisfação em relação à sexualidade e às relações sociais e ao apoio que recebe dos amigos, entre esse estudo e o de Dias e Guariento (2005), não se mostra contraditória. Os dados encontrados sugerem que possivelmente o esforço adaptativo dispensado por parte dos participantes soropositivos da zona endêmica investigada, está dando conta de demandas mais coletivas como as relações sociais e de amizade, o que pode estar se estendendo às relações mais pessoais, como a sexualidade.

Ambos os grupos apresentaram qualidade de vida no domínio físico inferiores á norma, como relatado anteriormente. Considerando que a amostra estudada procedente de

uma zona endêmica, de um modo geral, vive do trabalho braçal, pode-se supor que a baixa qualidade de vida física tem realmente um impacto negativo na vida de grande parcela dos participantes, o que provavelmente está associado à baixa qualidade de vida no domínio psicológico, relatada pela grande maioria.

Estes dados, vão ao encontro, em parte, dos de Gontijo, Rocha e Oliveira (1996). Com base em um estudo caso-controle, utilizando de levantamento em prontuários de um ambulatório de referência da grande Belo Horizonte, os autores apontaram que cerca de 70% dos indivíduos chagásicos dedicavam-se a atividades braçais, sendo que o grau de esforço nas atividades laborativas era significativamente maior para os chagásicos em comparação aos não chagásicos. O estudo encontrou diferença significativa entre chagásicos e não chagásicos quanto ao desempenho de atividades físicas e comprometimento psicológico sugerindo que a principal reação frente à informação da soropositividade foi de preocupação, seguida de tristeza e medo de morrer.

Ao analisar os achados de Gontijo, Rocha e Oliveira (1996) e os do estudo em questão, pode se supor que, ao contrário, os primeiros constatarem diferenças quanto à qualidade de vida física e psicológica entre chagásicos e não chagásicos, devido ao fato de terem trabalhado com grupos contrastantes, não provenientes da mesma comunidade como o deste estudo. Inclusive os autores chamam a atenção para a procedência de zona endêmica por parte dos chagásicos em contraposição a uma população mais urbana no que diz respeito aos não chagásicos.

Nesse sentido, faz-se necessário refletir como Storino (1994) que as populações com condições sócio-culturais precárias, como são as características da população de uma zona endêmica, experimentam marginalização social, carências de necessidades básicas e poucas oportunidades de desenvolvimento intelectual. Tais peculiaridades foram observadas quanto aos participantes deste estudo.

Esta percepção quanto a menos recursos de saúde física, sugere que as condições sócio-culturais e sócio-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 que esta comunidade contava no momento da coleta de dados. Além dos médicos pesquisadores da UFTM, que avaliavam regularmente aos sábados a sorologia dos residentes no município e que prestavam assistência quando se fazia necessário, havia uma Unidade Básica de Saúde com um 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 á 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 pode ter favorecido esse dado. Os participantes provêm de uma pequena comunidade rural onde não há poluição e pode se vislumbrar o horizonte¹⁴ 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 única

¹⁴ Segundo o psicanalista e livre docente pela USP-SP Dr. Gilberto Safrá, 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.

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 do mês. 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 deixá-la 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 integração 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 adaptativos frente à frustração e à cisão pela dor provocadas pela doença e a minimizar a utilização de mecanismos de defesas mais primitivos como a negação da doença muito observada naqueles soropositivos que fazem uso inadequado do álcool, como forma de provar a si mesmo e aos outros que está saudável (STORINO, 1994).

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

É preciso salientar que facilitar a distinção entre a forma clínica da enfermidade e a prova sorológica positiva, é também um dever do médico e deve ser claramente explicada numa linguagem compreensível para indivíduos de baixa escolaridade como é, em geral, o morador de zonas endêmicas. Dado corroborado por Storino (1994) que afirma que se saber enfermo de uma doença incurável pode alterar a identidade do sujeito, fato que tem ressonâncias no estado de saúde física e mental, além de repercussões no contexto de vida, o que obriga o indivíduo a tentar se organizar psiquicamente a partir de um déficit estrutural.

Outro ponto a ser destacado diz respeito à variável gênero. Observou-se uma maior porcentagem de homens soronegativos para doença de Chagas com indicadores de uso inadequado do álcool e uma maior porcentagem de homens com a percepção de melhor qualidade de vida física e psicológica comparativamente às 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 chagásico, procurem na bebida uma forma de diversão, como uma válvula de escape para a rotina cotidiana.

Pode-se pensar que, em geral, a bebida provoca certa euforia, e que tal possibilidade poderia estar associada à percepção de melhor qualidade de vida psicológica comparativamente às mulheres. Os achados também levam a supor que a melhor qualidade de vida no domínio físico encontrada em homens comparativamente às mulheres, se deva ao fato de que, em se tratando de região agrícola, na qual se empregam basicamente trabalhadores braçais, desde muito cedo, os homens são estimulados à utilização do corpo como força motriz, fato que leva ao desenvolvimento da massa muscular e consequentemente da percepção de melhor qualidade de vida física.

A análise das correlações entre as variáveis, mostrou que a qualidade de vida nos seus quatro domínios mostrou-se influenciada pelos indicadores de problemas quanto ao uso de álcool. Evidenciou-se que nos soropositivos para doença de Chagas quanto melhor os relacionamentos sociais, melhor é a percepção da qualidade de vida ambiental e menor a presença de indicadores de problemas quanto ao uso do álcool.

Em relação à qualidade de vida no domínio das relações 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 calçada defronte às moradias e permanecer horas a fio, principalmente nos finais de semana, observando o movimento dos carros que cortam a cidade em direção às fazendas ou ranchos que se encontram à 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 chagásica percebem o meio ambiente e as relações sociais como mais positivas apesar de ambos os grupos viverem na sua grande maioria em precárias condições de vida. No entanto, tomando a qualidade de vida geral como referência, constatou-se que esta é mais negativa nos soropositivos, o que sugere que a doença de Chagas agrava situações de vida já precárias, com impacto negativo para a vida dos portadores.

Observou-se ainda que a boa qualidade de vida física para os soropositivos para doença de Chagas mostrou-se associada à ausência de indicadores de problemas quanto ao uso do álcool e de indicadores de problemas e de transtorno orgânico cerebral. Tal dado coloca em destaque que as boas condições de qualidade de vida física mantêm associação com a ausência de problemas com o uso do álcool 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.

Conclusões

O delineamento de corte transversal, duplo cego e de comparação entre grupos adotado no presente estudo, permitiu analisar as condições de saúde mental dos participantes quanto aos aspectos cognitivos e psicossociais. Enquanto os aspectos cognitivos foram analisados de forma geral e específica, os aspectos psicossociais o foram através da auto avaliação 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 porcentagem 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 estáticas gênero, 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 a 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 carência 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, à memória visual, à memória auditiva e à 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 já que na

sua maioria estas são domésticas ou braçais, 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 Galván (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 variável pessoal do que contextual, estando sujeitos mais às marcas de ações 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, porém incluiu só 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 mental.

Do ponto de vista específico da saúde mental, destaca-se a necessidade de práticas psicoprofiláticas, com enfoque educativo, que priorizem informação e orientação 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 dêem suporte a práticas de saúde 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.

Finalizando e tomando-se emprestado a fala de Riobaldo, personagem de João Guimarães Rosa em *Grande Sertão: Veredas* (2005) pode-se dizer que em relação aos aspectos psicossociais e cognitivos da doença de Chagas *“eu quase que nada não sei.... mas desconfio de muita coisa”*.

*Referências**

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

BENDER, L. **Test gestáltico 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.

* Normas da ABNT 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 psicossomáticos 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

CHAGAS, C; VILLELA, E. Forma Cardíaca de Trypanosomíase Americana. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.14, p. 5-61, 1922.

CORREIA FILHO, D. **Avaliação 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. “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**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 149-57, 1998.

DOENÇA de Chagas é 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 Ratón: CRC Press, USA, 1989.

GALVÁN, R. M. Test gestáltico visomotor de Bender. **ACHAMA- Asociación 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 chagásicos atendidos em ambulatório de referência e proposição de modelo de atenção ao chagásico 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.

GUIMARÃES ROSA, J. **Grande Sertão- Veredas**. 20 ed. São Paulo: Nova Fronteira, 2005.

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.

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

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

JÖRG, M.; STORINO, R.; SAPINO, R. V. Participacion encefalopatica en la enfermedad de Chagas cronica. 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.283_pag02html>. Acesso em: 18 set. 2005.

MACEDO, V. Influência da Exposição à reinfecção na evolução da doença de Chagas. (Estudo longitudinal de cinco anos). **Revista de Patologia Tropical**, v.5 p.33-116,1976

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 brasilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian Journal of Medical Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 16, p. 215-8, 1983.

MAYFILED, 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Situação da transmissão de *T. cruzi* por *T. Infestans* em todo Brasil. **XV Reunião da Comissão Intergovernamental do Cone Sul para Eliminação de *Triatoma infestans* e a Interrupção da Transmissão da Tripanosomiasis Transfusional e Renovação do Curso de diagnóstico, Manejo e Tratamento de Enfermidade de Chagas.** OPS/MSF. Brasília, 06/09 de jun., 2006

MONCADA, G. B.; ROMERO, J.; ESPINOZA, E.; LEAL, F. M. Desarrollo mental en niños com 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 transmisión of Chagas' disease in Latin America. **World Health Statistic Quartely**, Geneva, v. 50, p. 195-7, 1997.

MONCAYO, A. Chagas disease: current epidemiological trends after the interruption of vectorial and transfusional transmisión 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.

NÓBREGA, J. P. S. Estudo crítico das manifestações neurológicas descritas por Carlos Chagas na Tripanossomíase 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.

PEDREIRA de FREITAS, J. L.; MENDES, R. T. Investigações sorológicas na forma nervosa crônica da moléstia de Chagas entre pacientes internados em hospital psiquiátrico. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 46, p. 123-26, 1955.

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

PETANA, W. B. La importancia de los efectos clinicos psicologicos 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 às 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.

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

SILVEIRA, A. C.; FEITOSA, V. R.; BORGES, R. Distribuição de triatomíneos capturados no ambiente domiciliar no período 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.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O.; DIAS, E. C.; PEREIRA, M. S. N.; GONTIJO, E. D. A. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 71-9, 2002.

VOLTTER, 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 inteligência do brasileiro**. Rio de Janeiro: CEPA, 1971.

WILLIAMS-BLANGERO, S.; VANDEBERG, J. L.; TEIXEIRA, A. R. L. Crenças populares relativas à doença de Chagas em uma comunidade de área endêmica do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 7-13, jan./mar. 1999.

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

_____ Chile and Brazil to be certified free of transmission of Chagas disease. **TDR News**, v.59, p.10, 1999.

Apêndices

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Pós-Informado

Título da Pesquisa:

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

Pesquisadora Responsável: Martha Franco Diniz Hueb

CRP: 04/6723

Informações sobre o projeto:

Estamos realizando uma importante pesquisa sobre o funcionamento cognitivo, a memória, a qualidade de vida, a presença de indicadores de transtorno orgânico cerebral e de problemas relacionados ao uso de álcool por meio de testes específicos em pessoas residentes em uma zona endêmica de doença de Chagas. O estudo em questão decorre de um acordo de reciprocidade entre a pesquisadora e a Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro de Uberaba, Minas Gerais, e se encontra sob orientação de psicóloga docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. O Sr.(a) pode aceitar ou não em participar do estudo, mas sua colaboração é essencial para que possamos gerar resultados que levem à melhoria na qualidade de vida de comunidades semelhantes. Será mantido sigilo sobre sua identidade e o Sr.(a) não terá nenhuma despesa de ordem financeira com a participação na pesquisa.

Concluído o processo de avaliação, se houver interesse, poderemos fazer uma apreciação da situação atual e fornecer orientações que se fizerem necessárias.

Eu,.....

RG n....., abaixo assinado, tendo recebido informações sobre os objetivos, justificativa e procedimentos que serão adotados durante a sua realização assim como os benefícios que poderão 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 publicação das informações por mim fornecidas com a segurança de que não serei identificado (a) e de que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade.

Tendo ciência 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

Água Comprida, ____ de _____ de 200__

Spêncide B

Idade

Tabela B1 - Avaliação Intelectual- categorias de percentis, frequência de ocorrência em relação à variável idade, para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Idade	INV – CATEGORIAS															
	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL	
	G1	G2	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	14
>50 anos	8	5	5	3	7	8	4	5	2	3	-	2	-	-	26	26
Total	12	6	6	3	12	16	7	8	3	4	-	2	-	1	40	40

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

Tabela B2 - Memória Visual - MV - categorias de percentis, frequência de ocorrência em relação à variável idade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Idade	MV– CATEGORIAS															
	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL	
	G1	G2	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	-	1	14	14
>50 anos	14	6	2	3	6	8	2	4	2	3	-	2	-	-	26	26
Total	22	9	3	4	8	15	3	5	4	3	-	3	-	1	40	40

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

Tabela B3 - Memória Auditiva – MA – categorias de percentis, frequência de ocorrência em relação à variável idade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Idade	MA- CATEGORIAS															
	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL	
	G1	G2	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 1- Percentil <10
 Categoria 2- Percentil 11-23
 Categoria 3- Percentil 24 -40
 Categoria 4-Percentil 41 - 60
 Categoria 5 – Percentil 61-77
 Categoria 6 – Percentil 78 -89
 Categoria 7 – Percentil > 89

Tabela B4 - Indicadores de comprometimento orgânico cerebral, comparação com a nota de corte, frequência de ocorrência em relação à variável idade para os grupos G1 - soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Idade	BENDER					
	Presença		Ausência		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 álcool, comparação com a nota de corte, frequência de ocorrência em relação à variável idade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Idade	CAGE					
	Presença		Ausência		Total	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
≤50 anos	03	02	11	12	14	14
>50 anos	07	04	19	22	26	26
Total	10	06	30	34	40	40

Tabela B6 - Qualidade de Vida - Domínio Físico – frequência de ocorrência em relação à variável idade para os grupos G1- soro positivos e G2 - soro negativos para doença de Chagas

Idade	WHOQOL - DOMÍNIO FÍSICO							
	$\uparrow \overline{M}$		$\overline{M}$ (16,6)		$\downarrow \overline{M}$		TOTAL	
	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 - Domínio Psicológico – frequência de ocorrência em relação à variável idade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Idade	WHOQOL - DOMÍNIO PSICOLÓGICO							
	$\uparrow \overline{M}$		$\overline{M}$ (15,6)		$\downarrow \overline{M}$		TOTAL	
	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 - Domínio de Relações Sociais, frequência de ocorrência, em relação à variável idade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Idade	WHOQOL - DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS							
	$\uparrow \overline{M}$		$\overline{M}$ (15,5)		$\downarrow \overline{M}$		TOTAL	
	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

↑ acima do valor normativo

↓ abaixo do valor normativo

Tabela B9 - Qualidade de Vida - Domínio do Meio Ambiente - frequência de ocorrência em relação à variável idade para os grupos G1-soro positivos e G2 - soro negativos para doença de Chagas

Idade	WHOQOL - DOMÍNIO MEIO AMBIENTE							
	$\uparrow \overline{M}$		$\overline{M}$ (14,0)		$\downarrow \overline{M}$		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

Apêndice C

Escolaridade

Tabela C1 - Avaliação Intelectual – categorias de percentis, frequência de ocorrência em relação à variável escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Escolaridade	INV - CATEGORIAS															
	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4ªsérie	09	06	04	03	12	12	06	06	03	04	-	-	-	-	34	34
5ª – 8ª série	03	-	02	-	-	05	01	01	-	-	-	-	-	-	06	06
Total	12	06	06	03	12	17	07	07	03	04	-	02	-	01	40	40
Legenda:			Categoria 1- Percentil <10 Categoria 2- Percentil 11-23 Categoria 3- Percentil 24 -40 Categoria 4-Percentil 41 - 60 Categoria 5 – Percentil 61-77 Categoria 6 – Percentil 78 -89 Categoria 7 – Percentil > 89													

Tabela C2 - Memória Visual – MV–categorias de percentis, frequência de ocorrência em relação à variável escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Escolaridade	MV - CATEGORIAS															
	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4ªsérie	19	14	02	02	08	12	02	04	03	-	-	02	-	-	34	34
5ª – 8ª série	03	02	01	02	-	-	01	01	01	-	-	-	-	01	06	06
Total	22	16	03	04	08	12	03	05	04	-	-	02	-	01	40	40
Legenda:			Categoria 4 – Percentil 41 - 60 Categoria 1- Percentil <10 Categoria 2- Percentil 11-23 Categoria 3- Percentil 24 -40 Categoria 5 – Percentil 61-77 Categoria 6 – Percentil 78 -89 Categoria 7 – Percentil > 89													

Tabela C3 - Memória Auditiva- MA - categorias de percentis, frequência de ocorrência, em relação à variável escolaridade nos grupos G1- soro positivos e G2-soro negativos para doença de Chagas

MA - CATEGORIAS																
Escolaridade	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4ªsérie	29	28	02	01	02	05	01	-	-	-	-	-	-	-	34	34
5ª – 8ª série	06	01	-	02	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	06	06
Total	35	29	02	03	02	08	01	-	-	-	-	-	-	-	40	40
Legenda:			Categoria 1- Percentil <10 Categoria 2- Percentil 11-23 Categoria 3- Percentil 24 -40 Categoria 4-Percentil 41 - 60 Categoria 5 – Percentil 61-77 Categoria 6 – Percentil 78 -89 Categoria 7 – Percentil > 89													

Tabela C4 - Indicadores de comprometimento orgânico cerebral, comparação com a nota de corte, frequência de ocorrência em relação à variável escolaridade para os grupos G1 - soro positivos e G2 - soro negativos para doença de Chagas

Escolaridade	BENDER					
	Presença		Ausência		Total	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4ªsérie	16	13	18	21	34	34
5ª – 8ª Série	02	01	04	05	06	06
Total	18	14	22	26	40	40

Tabela C5 - Indicadores de problemas com uso de álcool, comparação com a nota de corte, frequência de ocorrência em relação à variável escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Escolaridade	CAGE					
	Presença		Ausência		Total	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4ªsérie	10	06	24	28	34	34
5ª – 8ª Série	-	-	06	06	06	06
Total	10	06	30	34	40	40

Tabela C6 - Qualidade de Vida - Domínio Físico – frequência de ocorrência em relação à variável escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2 - soro negativos para doença de Chagas.

Escolaridade	WHOQOL - DOMÍNIO FÍSICO							
	↑ $\bar{M}$		$\bar{M}$ (16,6)		↓ $\bar{M}$		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4ªsérie	28	29	01	01	05	04	34	34
5ª-8ª Série	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 - Domínio Psicológico – frequência de ocorrência em relação à variável escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Escolaridade	WHOQOL - DOMÍNIO PSICOLÓGICO							
	$\uparrow \overline{M}$		$\overline{M}$ (15,6)		$\downarrow \overline{M}$		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4ªsérie	29	27	-	-	05	07	34	34
5ª-8ª Série	02	02	-	-	04	04	06	06
Total	31	29	-	-	09	11	40	40

- valor normativo-15,6

$\uparrow$ acima do valor normativo

$\downarrow$ abaixo do valor normativo

Tabela C8 - Qualidade de Vida - Domínio de Relações Sociais, frequência de ocorrência, em relação à variável escolaridade para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Escolaridade	WHOQOL - RELAÇÕES SOCIAIS							
	$\uparrow \overline{M}$		$\overline{M}$ (15,5)		$\downarrow \overline{M}$		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4ªsérie	20	19	-	-	14	15	34	34
5ª-8ª Série	01	03	-	-	05	03	06	06
Total	21	22	-	-	19	18	40	40

valor normativo-15,5

$\uparrow$ acima do valor normativo

$\downarrow$ abaixo do valor normativo

Tabela C 9- Qualidade de Vida - Domínio do Meio Ambiente - frequência de ocorrência em relação à variável escolaridade para os grupos G1-soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Escolaridade	WHOQOL - DOMÍNIO MEIO AMBIENTE							
	$\uparrow \overline{M}$		$\overline{M}$ (14,0)		$\downarrow \overline{M}$		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Analf./4ªsérie	20	22	01	05	13	07	34	34
5ª-8ª Série	03	03	01	01	02	02	06	06
Total	23	25	02	06	15	09	40	40

valor normativo-14,0

$\uparrow$ acima do valor normativo

$\downarrow$ abaixo do valor normativo

Apêndice D

Gênero

Tabela D1 - Avaliação Intelectual - categorias de percentis, frequência de ocorrência em relação à variável gênero para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Gênero	INV – CATEGORIAS															
	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	5	2	3	1	5	8	4	3	1	3	-	1	-	-	18	18
Fem.	7	4	3	2	7	9	3	4	2	1	-	1	-	1	22	22
Total	12	6	6	3	12	17	7	7	3	4	-	2	-	1	40	40

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

Tabela D2 - Memória Visual- MV- categorias de percentis, frequência de ocorrência em relação à variável gênero para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Gênero	MV– CATEGORIAS															
	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	10	6	1	2	3	6	2	3	2	-	-	1	-	-	18	18
Fem.	12	10	2	2	5	6	1	2	2	-	-	1	-	1	22	22
Total	22	16	3	4	8	12	3	5	4	-	-	2	-	1	40	40

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

Tabela D3 - Memória Auditiva – MA – categorias de percentis, frequência de ocorrência em relação à variável gênero, para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Gênero	MA– CATEGORIAS															
	1		2		3		4		5		6		7		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	15	12	2	1	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	18	18
Fem.	19	19	1	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	22	22
Total	34	31	3	1	2	8	1	-	-	-	-	-	-	-	40	40

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

Tabela D4 - Indicadores de comprometimento orgânico cerebral, comparação com a nota de corte, frequência de ocorrência em relação à variável gênero para os grupos G1 - soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Gênero	BENDER					
	Presença		Ausência		Total	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	07	06	11	12	18	18
Fem.	11	08	11	14	22	22
Total	18	14	22	26	40	40

Tabela D5 - Indicadores de problemas com uso de álcool, comparação com a nota de corte, frequência de ocorrência em relação à variável gênero para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Gênero	CAGE					
	Presença		Ausência		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 - Domínio Físico – frequência de ocorrência em relação à variável gênero para os grupos G1- soro positivos e G2 - soro negativos para doença de Chagas

Gênero	WHOQOL - DOMÍNIO FÍSICO							
	$\uparrow \bar{M}$		$\bar{M}$ (16,6)		$\downarrow \bar{M}$		TOTAL	
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2
Masc.	05	05	-	-	13	13	18	18
Fem.	01	01	01	01	20	20	22	22
Total	06	06	01	01	33	33	40	40

- valor normativo-16,6

↑ acima do valor normativo

↓ abaixo do valor normativo

Tabela D7 - Qualidade de Vida - Domínio Psicológico – frequência de ocorrência em relação à variável gênero para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Gênero	WHOQOL - DOMÍNIO PSICOLÓGICO							
	$\uparrow \overline{M}$		$\overline{M}$ (15,6)		$\downarrow \overline{M}$		TOTAL	
	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

$\uparrow$ acima do valor normativo

$\downarrow$ abaixo do valor normativo

Tabela D8 - Qualidade de Vida - Domínio de Relações Sociais, frequência de ocorrência em relação à variável gênero para os grupos G1- soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Gênero	WHOQOL - DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS							
	$\uparrow \overline{M}$		$\overline{M}$ (15,5)		$\downarrow \overline{M}$		TOTAL	
	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

$\uparrow$ acima do valor normativo

$\downarrow$ abaixo do valor normativo

Tabela D9 - Qualidade de Vida - Domínio do Meio Ambiente - frequência de ocorrência em relação à variável gênero para os grupos G1-soro positivos e G2- soro negativos para doença de Chagas

Gênero	WHOQOL - DOMÍNIO MEIO AMBIENTE							
	$\uparrow \overline{M}$		$\overline{M}$ (14,0)		$\downarrow \overline{M}$		TOTAL	
	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

$\uparrow$ acima do valor normativo

$\downarrow$ abaixo do valor normativo

*N*nexos

Anexo A

Parecer Consustanciado

1/4

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

Parecer Consubstanciado

PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO PROJETO: PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS: QUALIDADE DE VIDA, INDICADORES COGNITIVOS E DE COMPROMETIMENTO ORGÂNICO CEREBRAL.
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Martha Franco Diniz Hueb
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
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 orgânica cerebral por meio de testes psicológicos específicos em uma população de portadores de doença de Chagas.
2. Avaliar a qualidade de vida da mesma população.
3. Comparar os resultados obtidos quanto aos aspectos cognitivos, memória, indicadores de disfunção orgânica cerebral e qualidade de vida entre os pacientes chagásicos e um grupo controle.

JUSTIFICATIVA

Na América Latina há cerca de 18 milhões de indivíduos infectados por Doença de Chagas e há cerca de 100 milhões de pessoas com o risco de contrair a doença, o que caracteriza um grande problema de saúde pública. Levanta-se a hipótese de que pessoas de uma mesma comunidade que são portadores de doença de Chagas, têm maior prejuízo na qualidade de vida, no funcionamento cognitivo e neurológico do que os não portadores.

Em 1911, Carlos Chagas já reconhecia as alterações mentais e distúrbios psíquicos de manifestações variadas no indivíduo chagásico; desde então, alguns poucos estudos foram realizados por diferentes pesquisadores, no Brasil e no exterior, na tentativa de verificar alterações cognitivas e de memória em portadores de Doença de Chagas. No entanto, alguns estudos não utilizam uma padronização rigorosa dos instrumentos, outros não têm pareamento e outros ainda utilizando uma pequena amostra. Quanto à qualidade de vida, não se encontrou na literatura nenhum estudo realizado com tais sujeitos, fato que torna a pesquisa inédita e de grande valor científico.

DESCRIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Estudo prospectivo duplo cego com 60 sujeitos, sendo 30 portadores de doença de Chagas e 30 controles, moradores do município de Água Comprida- MG. Serão incluídos indivíduos com sorologia para Doença de Chagas, nas suas diferentes formas (indeterminada, cardíaca ou digestiva). O grupo controle (com sorologia negativa) será pareado para idade, sexo e escolaridade. Os participantes do estudo serão agrupados de acordo com a faixa etária e quando à escolaridade. Os pesquisadores só terão conhecimento se o paciente é chagásico ou não após o término das entrevistas.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Crítérios de exclusão: indivíduos com idade superior a 70 anos (devido à possível deterioração da cognição e da memória nessa faixa etária) e aqueles com cegueira parcial, perda de audição e problemas psiquiátricos graves.

Avenida Frei Paulino, 30 – 2º. andar – CEA – Abadia – 38025-180-Uberaba-MG - Telefax (0**34)3318-5854
E mail cep@prodepe.fmtm.br

2/4

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

Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS

IDENTIFICAÇÃO

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

ADEQUAÇÃO DA METODOLOGIA

Instrumentos de avaliação: testes psicológicos padronizados: 1) *INV* – para avaliação intelectual; 2) *Aptidão Mnemônica- fator- M da Bateria CEPA*, para avaliação da memória auditiva e visual; 3) *BENDER*, para avaliação de indicadores de disfunção orgânica cerebral; 4) o *I.V. Inventário Verbal* para a avaliação da deterioração mental; 5) escala *WHOQOL- Abreviada*, do programa de saúde mental da Organização Mundial da Saúde, para avaliar a qualidade de vida; 6) *CAGE*, para detectar o abuso de álcool.

Tratamento e análise dos dados: análise de variância paramétrica para variáveis de distribuição normativas, ou análise de variância não paramétrica para variáveis não normativas. Será também realizada a análise de associação, a partir de coeficiente de correlação e o teste Qui-quadrado.

ADEQUAÇÃO DAS CONDIÇÕES

A pesquisa será desenvolvida no Posto de Saúde da cidade de Água Comprida, que possui salas adequadas e em quantidade suficiente para que a avaliação transcorra com privacidade e sem interrupções.

A FMTM, através da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias, deverá fornecer ao pesquisador coordenador o endereço dos sujeitos, chagásicos e controles, para se proceder à pesquisa. Serão utilizados os mesmos sujeitos da pesquisa já realizada e aprovada pela CONEP.

Seguem em anexo os seguintes documentos: carta de autorização do docente da DIP, parecer do Curso de Pós-Graduação da FMRP/USP (Área de Saúde Mental) na qual a pesquisadora está 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 para os avaliadores de ida e volta de Uberaba à Água Comprida. Os mesmos serão de responsabilidade da pesquisadora coordenadora da pesquisa. Quanto aos alunos que ajudarão na avaliação dos sujeitos não serão remunerados, porém receberão uma declaração de participação como colaboradores da pesquisa.

COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES

ESTRUTURA DO PROTOCOLO

O protocolo foi adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

JUSTIFICATIVA DO USO DE PLACEBO – Não pertinente.

JUSTIFICATIVA DE SUSPENSÃO TERAPÊUTICA (“Wash out”) – Não pertinente.

ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Com a finalidade de preservar a confidencialidade dos dados e desta forma evitar danos à dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual utilizar-se-á de códigos de números e letras

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

3/4

Parecer Consubstanciado
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SÉRIES HUMANAS
IDENTIFICAÇÃO
TÍTULO DO PROJETO: PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS: QUALIDADE DE VIDA, INDICADORES COGNITIVOS E DE COMPROMETIMENTO ORGÂNICO CEREBRAL.
PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Marilza Franco Duzit Hueb
INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
DATA DE ENTRADA NO CEP/FMTM: 10/03/03
PROTOCOLO CEP/FMTM: 347

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

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

O material utilizado ficará em arquivo confidencial sob a responsabilidade da pesquisadora e coordenadora por no mínimo 5 anos. Após este período, poderá então ser incinerado sob a vistoria do 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 orientações, aconselhamentos e encaminhamentos para os serviços de psicologia se detectada a necessidade. Espera-se ainda que, de forma indireta para toda comunidade, através da implementação de programas de saúde por órgãos competentes após a publicação de resultados.

ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO

Os termos de esclarecimento e de consentimento estão adequados.

INFORMAÇÃO ADEQUADA QUANTO AO FINANCIAMENTO

A pesquisadora coordenadora do projeto a princípio se auto financiará (atua como docente na UNIUBE) e estará pleiteando uma bolsa junto ao CNPq ou CAPES através do Programa de pós-graduação em Saúde mental da FMRP- USP.

PARECER DO CEP
APROVADO
DATA DA REUNIÃO
21/03/03

Selma Freire C. Cunha
 Relator

João Batista Ribeiro
 Coordenador

Anexo B

Artigo Publicado

REVISÃO: ASPECTOS COGNITIVOS E PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS A DOENÇA DE CHAGAS

Martha Franco Diniz Hueb*
Sonia Regina Loureiro*

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

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

COGNITIVE AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS IN CHAGAS DISEASE: A REVIEW

ABSTRACT. The aim of the present study was to critically analyze 15 empirical articles produced during a 30-year period (1972 – 2003) and indexed in the PsycINFO, Medline, Lilacs and SciELO databases; the selected articles focused on Chagas disease and its effects on the cognitive and psychosocial functioning of infected patients. The analysis indicates that cognitive damage and psychosocial stress are related to the Chagas disease. Major critical points are the small number of papers on psychosocial variables over the covered period and the diversity of the 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 such conditions in order 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 extremidade dos países do Cone Sul. Trata-se da enfermidade humana mais relacionada com o subdesenvolvimento, o que torna crítica a situação de milhões de pacientes chagásicos. Estima-se que na América Latina haja entre 16 a 18 milhões de infectados e 100 milhões sob o risco de contrair a infecção (Moncayo, 1997).

Após a contaminação, que se dá por transmissão vetorial, transfusão de sangue, transmissão congênita ou transplante de órgãos, estabelece-se a fase aguda

da doença de Chagas. Depois de dois a quatro meses, a doença entra então na fase crônica, apresentando muitas vezes um longo período de latência, o qual é denominado de forma indeterminada. Após este período de latência, muitos pacientes infectados podem apresentar manifestações envolvendo: a) o coração, b) esôfago e cólon e c) o sistema nervoso, caracterizando outras formas da doença especificadas respectivamente como formas cardíaca, digestiva e nervosa (Prata, 2001).

Estudos desenvolvidos com chagásicos crônicos, sem especificar a forma manifesta da doença, relataram prejuízos quanto à memória visual e à *performance* cognitiva rebaixadas (Mangone, Sica,

* Docente do Curso de Psicologia da Universidade de Uberaba, doutoranda em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

* Professora Doutora da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

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 menos normal, é comum surgirem reações de isolamento e idéias depressivas ao se tomar conhecimento da doença, mas estes sentimentos vão pouco a pouco se desfazendo, com a ajuda de mecanismos de defesas mais elaborados. No entanto, quando a evolução psicoafetiva tenha sido deficiente, vêem-se originar mecanismos de defesas mais primitivos e pouco adaptativos. A imaturidade é comum em populações com características econômicas e socioculturais precárias, que geralmente vivem em um meio familiar desestruturado, experimentando marginalização social, carência de condições básicas e poucas oportunidades de desenvolvimento intelectual. Nesse contexto o abuso

do álcool por parte do doente de Chagas é observado como um meio de facilitar a negação da doença e de o afetado provar a si mesmo e aos outros que está saudável. Para alguns autores (Mangone & cols 1994 a; Mangone & cols, 1994 b; Pereyra, Mangone, Segura, Genovese & Sica, 1992), as alterações comportamentais relativas à baixa capacidade mnemônica e cognitiva podem ser identificadas na doença de Chagas crônica, independentemente da identificação da forma nervosa.

Por outro lado, Jörg, Storino e Sapino (1994) afirmam que os pacientes chagásicos apresentam perturbações neurológicas e psíquicas que são atribuídas exclusivamente ao *T. cruzi*, mesmo admitindo que estes possam desenvolver formações reativas frente ao conhecimento da positividade, com manifestações de ansiedade e depressão. Para outros autores (Araújo, Andó, Cassarotti, Mota, Borges & Gomes, 2000; Gontijo, Rocha & Oliveira, 1996; Marchi, Gurgel & Blatt, 1998), o que motiva as alterações comportamentais está associado à angústia relacionada ao diagnóstico e às limitações, que ocasionam uma mudança na qualidade de vida.

Neste contexto, o que diversos autores discutem, e é relevante, em relação aos pacientes chagásicos, são as alterações comportamentais, cognitivas ou psicossociais, descritas na fase crônica da doença, sem se ocupar de precisar as formas desta.

Objetivou-se identificar, nas bases de dados indexadas, artigos empíricos relativos à associação da doença de Chagas ao funcionamento cognitivo e psicossocial dos portadores.

Procedeu-se à pesquisa eletrônica da literatura empírica, tendo como referência as bases de dados Lilacs, Medline, PsycINFO e SciELO. Associou-se doença de Chagas aos descritores: *cognition*; *memória*, *memory*; *qualidade de vida*, *quality of life*; *depressão* e *depression*.

Em função da identificação de um número pequeno de referências, correspondente a apenas seis artigos, procedeu-se a um levantamento manual, página por página, nas referidas bases, no período compreendido entre 1983 e 2003, a partir do descritor geral "doença de Chagas" e "*Chagas disease*", sendo identificados mais sete artigos empíricos.

Após a análise minuciosa das referências bibliográficas dos artigos identificados pelos dois procedimentos, localizaram-se dois estudos não incluídos nas bases de dados, um de 1976 e outro de 1972, totalizando 15 artigos empíricos. Para a análise, os 15 artigos foram alocados em duas categorias, tendo-se por critério os seus objetivos, a saber, avaliação de aspectos cognitivos e psicossociais.

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 asintomáticos 26 controles (crianças)	WISC Goodenough Ayres 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 Weschler 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 casos crônicos.

Os estudos de Mangone e cols. (1994a; 1994b) se propuseram a avaliar também a capacidade mnemônica, utilizando instrumentos padronizados, como MMSE, Folstein Minimental State e WMS, Weschler Memory Scale.

O estudo relatado por Moncada, Romero, Espinoza e Leal (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-se as provas neuropsicológicas de Lúria, Pereyra, Mangone, Segura, Genovese & Sica (1992),

avaliaram-se tanto os processos mnésicos quanto os intelectuais. Nesse estudo, o grupo-controle pertencia a uma comunidade sociocultural urbana, o que de certa forma pode ter influenciado o resultado, dadas as peculiaridades do grupo de casos procedentes de uma região endêmica 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 à experiência de vida em zona rural, guarda diferenças com tal escolaridade e experiência de vida em uma grande metrópole. Nos demais artigos os grupos pareados eram procedentes de grupos socioculturais semelhantes.

Em geral os dados foram colhidos tendo como fonte de informação, exclusivamente, os pacientes chagásicos. Em dois estudos que tiveram como sujeitos crianças de uma idade média de 12 anos, (Jörg, Bustamante, Peltier, Freire, Figueiredo, Oliva & Orlando, 1972; Moncada, Romero, Espinoza & Leal, 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 analisados, quatro confirmaram a hipótese de prejuízo cognitivo associado à doença de Chagas, sendo que o único que não identificou tal associação (Moncada, Romero, Espinoza & Leal, 1987) utilizou um instrumento não padronizado para a população avaliada, a qual habitava a zona rural.

Os quatro artigos que apontaram prejuízos cognitivos (Jörg & cols., 1972; Mangone & cols., 1994 a; Mangone e cols., 1994 b; Pereyra, Mangone, Segura, Genovese & Sica, 1992) identificaram tanto o comprometimento da inteligência geral quanto o da inteligência específica, no que diz respeito aos processos mnemônicos, sendo que dois deles (Jörg & cols., 1972; Mangone e cols., 1994a) relataram também déficit de atenção. O estudo de Jörg e cols., 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 dos artigos identificados evidenciou a associação de prejuízo cognitivo à doença de Chagas, especialmente quando do uso de instrumentos padronizados para as características socioculturais da população estudada. No geral abordaram a questão de pesquisa com a avaliação de instrumentos reconhecidos,

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 (1986)	600 camponeses (adultos)	Crenças e representações
Dias (1998)	Todo povoado (146 famílias)	Significado da DC
Galván (1976)	173 casos (crianças e adolescentes)	Personalidade
Gontijo e cols. (1996)	626 casos 216 controles (adultos)	Estigma
Guariento e cols. (1999)	250 casos (adultos)	Situação trabalhista
Marchi e cols. (1998)	60 casos (adultos)	Depressão Stress
Uchôa e cols. (2002)	16 casos 12 controles (adultos)	Crenças e representações
Williams-Blangero e cols. (1999)	59 sujeitos (adultos)	Crenças relativas à DC em zona endêmica

Observou-se que este conjunto de artigos abordou aspectos diversos quanto às variáveis psicológicas estudadas. Para a análise, em função da diversidade, optou-se por dividir o conjunto em dois subgrupos, tendo como referência o foco principal em variáveis pessoais ou contextuais. Foram consideradas variáveis contextuais as valorizações centrais do contexto em que o indivíduo está inserido, e variáveis pessoais, a ênfase em aspectos psicológicos atribuídos ao próprio sujeito.

Em três artigos (Araújo & cols., 2000; Galván, 1976; Marchi, Gurgel & Blatt, 1998) considerou-se que a ênfase estava focalizada nas variáveis pessoais do indivíduo associadas a aspectos clínicos específicos, detalhadas nos critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos.

Dentre esses artigos, o estudo de Marchi utilizou amostra randômica com número razoável de casos. Avaliou sintomas depressivos e estresse através dos instrumentos padronizados, a HDRS, escala Hamilton-Depressão, e a MADRS, escala Montgomery-Asberg, objetivando verificar a influência do fator emocional sobre as formas clínicas da doença de Chagas.

Um segundo estudo (Galván, 1976) avaliou a personalidade de indivíduos chagásicos através do teste Bender. A autora relatou a presença de indicadores de comprometimento da personalidade para o conjunto de sujeitos, os quais, entretanto, não identificaram uma patologia exclusiva, referindo desde pequenas alterações até patologias mais graves da personalidade. Neste estudo, apesar da utilização de instrumento padronizado, não foram apontados quais e quantos indicadores foram considerados suficientes para a caracterização de uma patologia leve ou grave.

O terceiro artigo incluído nesta categoria (Araújo & cols., 2000) enfocou tanto o indivíduo quanto o contexto. Os autores estudaram 131 pacientes atendidos em um laboratório de estudos e de atenção ao chagásico, com a metodologia de pesquisa-ação, com vista ao 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 o grupo social.

Os sete artigos que investigaram o impacto da doença de Chagas com ênfase no contexto e na inserção do sujeito no ambiente em geral tiveram como foco a qualidade de vida, abordando variáveis de natureza sociocultural com delineamentos diversos.

Amato, Amato Neto e Uip (1997) avaliaram especificamente a qualidade de vida de 11 sujeitos

Revisão: doença de Chagas

141

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 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 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 entrevistas estruturadas, que permitiram uma abordagem mais aprofundada de aspectos socioculturais. Apontaram para múltiplos prejuízos psicossociais associados à doença de Chagas. Estes estudos abordaram uma grande diversidade de variáveis, com amostras pequenas e socioantropológicas, que não têm como objetivo isolar variáveis ou verificar o peso ou a somatória de efeitos em grupos de sujeitos.

Nesta análise vale destacar ainda a afirmativa de Storino (1994) sobre as dificuldades que envolvem o desenvolvimento de hábitos de saúde que protejam as pessoas de enfermidades como a doença de Chagas, que têm estreita relação com condições

socioeconômicas. Segundo o referido autor, os indivíduos portadores de Chagas, como outros tantos moradores da zona rural, quase sempre vivem em condições desfavoráveis. Em geral sentem-se pouco envolvidos com os cuidados com o seu ambiente, por não serem os proprietários da terra e da casa onde moram. Por vezes são submetidos a exigentes jornadas de trabalho, que só lhes garantem a sobrevivência imediata, com pouca perspectiva de futuro. Nesse contexto, as questões de cuidados preventivos como o requerido pela doença de Chagas provavelmente demandam condições que, considerando-se a pobreza de recursos e de oportunidades que marca a vida destas pessoas, excedem aos aspectos pessoais, configurando condições contextuais com papel preponderante.

Ao refletir sobre tais colocações torna-se evidente a necessidade de mais estudos sobre o impacto da enfermidade, que abordem variáveis múltiplas e combinadas, pessoais e contextuais, como as condições de pobreza crônica, de modo a detectar o efeito e o impacto deste conjunto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro ponto a ser comentado diz respeito ao pequeno número de artigos identificados na literatura indexada em três décadas. Pode-se questionar se tal dado reflete pouco interesse no estudo dos aspectos psicossociais associados à doença de Chagas, na medida em que, para extrair os 15 artigos analisados, tomou-se contato com aproximadamente 7800 títulos sobre a enfermidade, em geral abordando aspectos clínicos e de intervenção terapêutica.

Com base nos artigos analisados, identificaram-se prejuízos cognitivos e psicossociais associados à doença de Chagas, os quais chamam a atenção para o impacto da doença sobre o portador e as condições contextuais perpetuadoras da miséria e do estigma, dificultando a implantação de práticas preventivas.

Neste conjunto de artigos predominaram os estudos com métodos socioantropológicos, que abordam representações, crenças, valores e comportamentos relacionados à doença, tendo por principal recurso as entrevistas e a observação participante e buscando, por meio da análise de conteúdo, a compreensão das histórias e do estilo de vida dos portadores.

A doença de Chagas, enquanto uma enfermidade crônica, capaz de desenvolver diversas lesões graves em diferentes órgãos, com consequências importantes para a sobrevivência de seus portadores, põe em evidência a necessidade de estudos que avaliem os tipos de

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.; Andô, M. H.; Cassarotti, D. J.; Mota, C. G. D.; Borges, S. M. R.; & Gomes, M. L. (2000). Programa ACHEI: atenção ao chagásico com educação integral no município de Maringá e região noroeste do Paraná, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 33, 565-572.
- Briceño Leon, R. (1986). Aspectos Psicosomáticos de la Enfermedad de Chagas. *Boletín de la AVEPSO*, 9, 37-41.
- Briceño 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*, 15, 381-386.
- Gontijo, E., D., Rocha, O. M. C. & Oliveira, U. T. (1996). Perfil clínico-epidemiológico de chagásicos atendidos em ambulatório de referência e proposição de modelo de atenção ao chagásico na perspectiva do SUS. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 29, 101-108.
- Jörg, M., E., Bustamante, A. G., Peltier, Y. A. Freire, R., Figueiredo, R. C., Oliva, R. & Orlando, A. S. (1972). Disfunción cerebral mínima como secuela de meningoencefalitis aguda por Trypanosoma cruzi. *Prensa Médica Argentina*, 59, 1658-1669.
- Jörg, M., Storino, R. & Sapino, R. V. (1994). Participación encefalopática em la enfermedad de Chagas crónica. Reflexiones derivadas de experiencia personal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 27, 31-37.
- Mangone, C. A., Sica, R.E.P., Pereyra, S., Genovese, O., Segura, E., Riarte, A., Storino, R., Sanz O. P. & Segura, M. (1994 a). Cognitive impairment in human chronic Chagas' disease. *Archivos de Neuropsiquiatria*, 52, 200-203.
- Mangone, C. A., Sica, R.E.P., Pereyra, S., Genovese, O., Segura, E., Riarte, A., Storino, R., Segura, M. & Sanz O. P. (1994 b). Cognitive impairment in human chronic Chagas' disease. *Revista Brasileira de Medicina Tropical*, 27, 27-31.
- Marchi, R., Gurgel, C. B. F. M. & Blatt, A. M. (1998). Depressão e doença de Chagas: um estudo preliminar do estado emocional em pacientes chagásicos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47, 461-463.
- Moncada, G. B.; Romero, J.; Espinoza, E. & Leal, F. M. (1987). Desarrollo mental en niños con infección chagásica crónica. *Archivos Venezolanos de puericultura y pediatria*, 50, 106-110.
- Moncayo, A. (1997). Progress towards the elimination of transmission of Chagas' disease in Latin America. *World Health Statistic Quarterly*, 50, 195-197.
- Pereyra, S., Mangone, C. Segura, E.; Genovese, O. & Sica, R. E. P. (1992). Rastreo cognitivo en pacientes con enfermedad de Chagas en estado crónico: estudio preliminar. *Revista de Neurología Argentina*, 17, 37-40.
- Prata, A. (2001). Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. *The Lancet Infectious Diseases*, 1, 92-100.
- Storino, R. (1994). Aspectos Sociales, Económicos, Políticos, Culturales y Psicológicos Em R. Storino & J. Miles (Org.), *Enfermedad de Chagas* (pp. 541-546). Buenos Aires: Mosby Doyma, Argentina.
- Uchôa, E., Firmo, J. O., Dias, E. C., Pereira, M. S. N. & Gontijo, E. D. (2002). A Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 71-79.
- Williams-Blangero, S.; Vandenberg, J. L. & Teixeira, A. R. L. (1999). Crenças populares relativas à doença de Chagas em uma comunidade de área endêmica do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 7-13.

Recebido em 04/10/2004
Aceito em 30/01/2005

Endereço para correspondência: Martha Franco Diniz Hueb. Rua Cruzeiro do Sul, 106, CEP 38020-110, Uberaba-MG.
E-mail: marthahueb@hotmail.com

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, 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 Mental.

Orientadora: Loureiro, Sonia Regina.

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