

**YAEKO OZAKI**

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS  
EM PORTADORES DA DOENÇA DE CHAGAS  
EM ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DO GRUPO  
DE ESTUDOS EM DOENÇA DE CHAGAS  
GEDoCh / UNICAMP**

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2008**

**YAEKO OZAKI**

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS DEPRESSIVOS  
EM PORTADORES DA DOENÇA DE CHAGAS  
EM ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO DO GRUPO  
DE ESTUDOS EM DOENÇA DE CHAGAS  
GEDoCh / UNICAMP**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Clínica Médica, área de concentração em Clínica Médica

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Eros Antonio de Almeida

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Oz1q Ozaki, Yaeko  
Qualidade de vida e sintomas depressivos em portadores da doença de chagas em atendimento no ambulatório do Grupo de Estudos em Doença de Chagas – GEDoCh / Unicamp / Yaeko Ozaki. Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientadores : Eros Antonio de Almeida  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Qualidade de vida. 2. Depressão. 3. Doença de Chagas. 4. Trypanosoma cruzi. I. Almeida, Eros Antonio de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Quality of life and depressive symptoms in chagas disease patients attended at the Grupo de Estudos em Doença de Chagas – GEDoCh/UNICAMP**

**Keywords:** • Quality of life  
• Depression  
• Chagas disease  
• Trypanosoma cruzi

**Titulação: Mestre em Clínica Médica**  
**Área de concentração: Clínica Médica**

**Banca examinadora:**

**Prof. Dr. Eros Antonio de Almeida**  
**Profa. Dra. Anita Liberalesco Neri**  
**Profa. Dra. Maria Aparecida Barone Teixeira**

**Data da defesa: 29 - 08 - 2008**

---

## Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Yaeko Ozaki

---

---

Orientador: Prof. Dr. Eros Antonio de Almeida

---

---

### Membros:

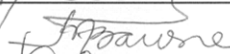
---

1. Prof. Dr. Eros Antonio de Almeida



---

2. Profª Drª Maria Aparecida Barone Teixeira



---

3. Profª. Drª. Anita Liberalesso Neri



Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

Data: 29/08/2008

---

*In memoriam*, a meus queridos pais, pelos valores morais e humanos que pautaram suas vidas, deixando-me exemplos de fé, persistência, honestidade e amor.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À Professora Dra. Maria Elena Guariento,  
pela dedicação e sabedoria, por compartilhar  
relevantes conhecimentos, na co-orientação deste trabalho.

## AGRADECIMENTOS

---

A Deus, por me proporcionar energia, motivação, saúde e vida.

Ao Professor Dr. Eros Antonio de Almeida, pela compreensão, incentivo, paciência e confiança em mim, orientando-me e me indicando caminhos na concretização deste trabalho.

Aos professores, Dr. André Fattori e Dr. Jamiro da Silva Wanderley, pela valiosa contribuição durante o exame de qualificação.

Aos profissionais do Ambulatório do GEDoCh – Grupo de Estudos em Doença de Chagas, pela oportunidade de realizar a pesquisa.

À Andrea Ferreira Semolini, pela presteza, atenção e apoio na análise estatística.

À Irene Albino Luciano Corrêa, secretária do GEDoCh, pela dedicação e disponibilidade com que me auxiliou na busca de dados e no contato com os participantes da pesquisa.

Ao Wilson Ranú Ramirez Nuñez, pela revisão do artigo, em inglês, originado deste trabalho.

A todos os pacientes que participaram da pesquisa, pela valiosa contribuição, tornando possível a realização da pesquisa.

Aos meus familiares, pela compreensão, solidariedade e companheirismo.

	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xxxí</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxxv</i>
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	39
<b>1.1- A doença de Chagas</b> .....	43
1.1.1- Fases e formas clínicas da doença de Chagas.....	46
1.1.2- Aspectos psicossociais, econômicos e culturais da doença de Chagas.....	48
<b>1.2- Qualidade de vida</b> .....	52
1.2.1- A avaliação da qualidade de vida através do WHOQoL- <i>bref</i> .....	55
<b>1.3- A depressão</b> .....	58
1.3.1- A avaliação da depressão.....	62
1.3.2- Beck Depression Inventory (BDI).....	63
<b>1.4- A associação entre doença clínica, depressão e qualidade de vida</b> .....	64
<b>2- OBJETIVOS</b> .....	69
<b>2.1- Objetivo geral</b> .....	71
<b>2.2- Objetivos específicos</b> .....	71
<b>3- MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	73
<b>3.1- Delineamento da pesquisa</b> .....	75
<b>3.2- Seleção dos participantes</b> .....	75
<b>3.3- Instrumentos de pesquisa e a coleta de dados</b> .....	76
3.3.1- Dados sócio-demográficos.....	77
3.3.2- WHOQoL- <i>bref</i> .....	77
3.3.3- BDI.....	78



<b>3.4- Tratamento e análise dos dados coletados.....</b>	78
<b>3.5- Aspectos éticos.....</b>	81
<b>4- RESULTADOS.....</b>	83
<b>4.1- Perfil sócio-demográfico da amostra.....</b>	85
<b>4.2- Distribuição por forma clínica da doença de Chagas.....</b>	87
<b>4.3- Resultados do BDI.....</b>	88
4.3.1- Intensidade dos sintomas depressivos em relação às variáveis sócio-demográficas.....	88
4.3.2- Intensidade dos sintomas depressivos em relação às formas clínicas da doença de Chagas.....	90
4.3.3- Subescalas do BDI.....	91
4.3.3.1- Presença de sintomas depressivos em portadores da forma cardíaca da doença de Chagas.....	92
4.3.3.2- Presença de sintomas depressivos em portadores da forma Indeterminada da doença de Chagas.....	95
4.3.3.3- Presença de sintomas depressivos em portadores da forma digestiva da doença de Chagas.....	97
4.3.3.4- Presença de sintomas depressivos em portadores da forma mista da doença de Chagas.....	99
4.3.3.5- Frequência das respostas obtidas pelo BDI no sexo masculino.....	101
4.3.3.6- Frequência das respostas obtidas pelo BDI no sexo feminino.....	101
4.3.3.7- Frequência das respostas obtidas pelo BDI na subescala cognitivo-afetiva: distribuição por forma clínica da doença de Chagas e a comparação entre os gêneros.....	102

4.3.3.8- Freqüência das respostas obtidas pelo BDI na subescala somática e de desempenho: distribuição por forma clínica da doença de Chagas e a comparação entre os gêneros.....	103
<b>4.4- Resultados do WHOQoL-bref.....</b>	<b>105</b>
4.4.1- Autopercepção a respeito da qualidade de vida.....	105
4.4.2- Resultados apresentados nas respostas do WHOQoL-bref..	106
4.4.2.1- Respostas do WHOQoL-bref em relação à escala de intensidade de satisfação referentes às facetas dos domínios da qualidade de vida.....	106
4.4.2.2- Respostas do WHOQoL-bref em relação à escala de intensidade das facetas dos domínios da qualidade de vida.....	107
4.4.2.3- Respostas do WHOQoL-bref em relação à escala de freqüência de sentimentos negativos.....	107
4.4.2.4- Respostas do WHOQoL-bref em relação à escala de mobilidade.....	108
4.4.2.5- Respostas do WHOQoL-bref em relação à escala de capacidade referentes às facetas dos domínios da qualidade de vida.....	108
4.4.3- Domínios da qualidade de vida.....	109
4.4.4- Correlação dos domínios do WHOQoL-bref entre si.....	110
<b>4.5- Comparação entre os resultados do BDI e do WHOQoL-bref.....</b>	<b>110</b>
4.5.1- A intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade vida associados ao gênero.....	110
4.5.2- A intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida associados à idade.....	111

4.5.3- A intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida associados à situação conjugal.....	112
4.5.4- A intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida associados às formas clínicas da doença de Chagas.....	113
4.5.5- Correlação entre os sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida.....	116
<b>5- DISCUSSÃO.....</b>	<b>117</b>
<b>5.1- Dados sócio-demográficos.....</b>	<b>119</b>
<b>5.2- Avaliação da presença de sintomas depressivos por meio do BDI.....</b>	<b>120</b>
<b>5.3- Avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQoL-<i>bref</i>....</b>	<b>126</b>
<b>5.4- Correlação entre qualidade de vida e sintomas depressivos..</b>	<b>130</b>
<b>6- CONCLUSÕES.....</b>	<b>135</b>
<b>7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>139</b>
<b>8- ANEXOS.....</b>	<b>151</b>
<b>Anexo 1- Beck Depression Inventory (BDI).....</b>	<b>153</b>
<b>Anexo 2- WHOQoL-<i>bref</i>.....</b>	<b>155</b>
<b>9- APÊNDICE.....</b>	<b>159</b>
<b>Apêndice 1- Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>161</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

---

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	American Psychiatric Association Associação Psiquiátrica Americana
BDI	Beck Depression Inventory (Inventário Beck de Depressão)
CID-10	Classificação Internacional de Doenças (versão 10)
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EUA	Estados Unidos da América do Norte
GEDoCh	Grupo de Estudos em Doença de Chagas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
QV	Qualidade de Vida
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHO	World Health Organization
WHOQoL- <i>bref</i>	World Health Organization Quality of Life- <i>bref</i> (instrumento abreviado)

## LISTA DE TABELAS

---

		PÁG.
<b>Tabela 1-</b>	Perfil sócio-demográfico da amostra.....	86
<b>Tabela 2-</b>	Distribuição da freqüência em relação às formas clínicas da doença de Chagas.....	87
<b>Tabela 3-</b>	Distribuição da freqüência segundo as formas clínicas da doença de Chagas em relação aos dados sócio-demográficos da amostra.....	87
<b>Tabela 4-</b>	Resultado do BDI relacionando os níveis de intensidade dos sintomas depressivos com as variáveis sócio-demográficas.....	89
<b>Tabela 5-</b>	Resultado do BDI relacionando os níveis de intensidade dos sintomas depressivos com as formas clínicas da doença de Chagas.....	90
<b>Tabela 6-</b>	Distribuição da freqüência de sintomas depressivos de acordo com os resultados do BDI.....	92
<b>Tabela 7-</b>	Freqüência das respostas obtidas pelo BDI indicativas da presença de sintomas depressivos em portadores da forma cardíaca da doença de Chagas.....	94
<b>Tabela 8-</b>	Freqüência das respostas obtidas pelo BDI indicativas da presença de sintomas depressivos em portadores da forma indeterminada da doença de Chagas.....	96
<b>Tabela 9-</b>	Freqüência das respostas obtidas pelo BDI indicativas da presença de sintomas depressivos em portadores da forma digestiva da doença de Chagas.....	98

<b>Tabela 10-</b>	Freqüência das respostas obtidas pelo BDI indicativas da presença de sintomas depressivos em portadores da forma mista da doença de Chagas.....	100
<b>Tabela 11-</b>	Quadro comparativo das freqüências das respostas obtidas pelo BDI.....	104
<b>Tabela 12-</b>	Distribuição da freqüência de respostas às questões 1 e 2 do WHOQoL- <i>bref</i> .....	105
<b>Tabela 13-</b>	Resposta do WHOQoL- <i>bref</i> relacionando a intensidade de satisfação com as facetas dos domínios da qualidade de vida.....	106
<b>Tabela 14-</b>	Resposta do WHOQoL- <i>bref</i> relacionando a escala de intensidade com as facetas dos domínios da qualidade de vida.....	107
<b>Tabela 15-</b>	Resposta do WHOQoL- <i>bref</i> relacionada à freqüência de sentimentos negativos.....	108
<b>Tabela 16-</b>	Resposta do WHOQoL- <i>bref</i> relacionando a escala de avaliação com a mobilidade.....	108
<b>Tabela 17-</b>	Resposta do WHOQoL- <i>bref</i> relacionando a escala de capacidade com as facetas dos domínios da qualidade de vida.....	109
<b>Tabela 18-</b>	Pontuação dos domínios que compõem o WHOQoL- <i>bref</i> .	109
<b>Tabela 19-</b>	Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios entre si.....	110
<b>Tabela 20-</b>	Resultados obtidos pelo BDI e pelo WHOQoL- <i>bref</i> associados ao gênero.....	111
<b>Tabela 21-</b>	Resultados obtidos pelo BDI e pelo WHOQoL- <i>bref</i> associados à idade.....	112

<b>Tabela 22-</b>	Resultados obtidos pelo BDI e pelo WHOQoL- <i>bref</i> associados à situação conjugal.....	113
<b>Tabela 23-</b>	Resultados obtidos pelo BDI e pelo WHOQoL- <i>bref</i> associados às formas clínicas da doença de Chagas.....	115
<b>Tabela 24-</b>	Comparação entre WHOQoL- <i>bref</i> e BDI.....	116
<b>Tabela 25-</b>	Médias de intensidade dos sintomas depressivos obtidas na Tradução e validação do BDI.....	126

## LISTA DE FIGURAS

---

	<b>PÁG.</b>
<b>Figura 1-</b> Domínios e facetas do WHOQoL- <i>brief</i> .....	57
<b>Figura 2-</b> Freqüência das respostas obtidas pelo BDI no sexo masculino.....	101
<b>Figura 3-</b> Freqüência das respostas obtidas pelo BDI no sexo feminino.....	102
<b>Figura 4-</b> Freqüência das respostas obtidas pelo BDI na subescala cognitivo-afetiva.....	103
<b>Figura 5-</b> Freqüência das respostas obtidas pelo BDI na subescala somática e de desempenho.....	104



# RESUMO

A doença de Chagas é uma enfermidade evolutiva, que atinge milhões de brasileiros infectados pelo *Trypanosoma cruzi* e é considerada um problema de saúde pública. Além dos aspectos orgânicos característicos da doença, que progride da fase aguda à crônica, os portadores dessa doença enfrentam dificuldades físicas, psicológicas, sociais e econômicas, o que pode comprometer a qualidade de vida. Em decorrência da enfermidade e das dificuldades que se associam, se não souberem enfrentar essa condição, os portadores da doença de Chagas podem desenvolver sintomas depressivos. Esta pesquisa avaliou a qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos em 110 portadores da doença de Chagas. Também correlacionou a intensidade dos sintomas depressivos com os escores dos domínios da qualidade de vida. Os instrumentos utilizados foram o *WHOQoL-bref*, para avaliar os domínios da qualidade de vida nos aspectos físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente, e o *Beck Inventory Depression* (BDI), para mensurar a sintomatologia depressiva. Dos entrevistados, 49% eram homens e 51% mulheres. A média e a mediana das idades coincidiram em 51 anos. Quanto à situação conjugal, 72,73% afirmaram viver com parceiros. A religião predominante é a católica. Quanto ao nível de escolaridade, 70,0% com ensino fundamental incompleto e 80,91% tinham renda familiar entre um e 3 três salários mínimos. A distribuição das formas clínicas foi a seguinte: cardíaca (49,09%), indeterminada (26,36%), digestiva (12,73%) e mista (11,82%). A média dos níveis de intensidade dos sintomas depressivos foi 11,87 e 41,63% apresentaram sintomas depressivos. Da amostra total, 43% consideraram boa qualidade de vida e 50,5% consideraram-na como nem boa e nem ruim. O teste qui-quadrado revelou que não havia diferença estatisticamente significativa entre a intensidade dos sintomas depressivos quando comparados os gêneros, idade e situação conjugal. O teste exato de Fisher evidenciou diferença estatisticamente significativa na forma indeterminada em relação às outras formas clínicas. Pelo coeficiente de correlação de *Pearson* observou-se que todos os domínios apresentaram coeficientes significativos de correlação, revelando que quanto melhor era a qualidade de vida de um domínio, melhor era a qualidade de vida nos demais domínios. O nível de significância adotado foi de 5%. O teste de

*Mann-Withney* revelou que os níveis de intensidade dos sintomas depressivos e os escores dos domínios da qualidade de vida não apresentavam diferenças significativas na comparação por gênero, idade e situação conjugal. Aplicando-se *Anova* nos *ranks*, na forma digestiva verificaram-se os menores escores nos quatro domínios da qualidade de vida, que significam pior qualidade de vida e maior intensidade de sintomas depressivos. No domínio físico, a forma indeterminada apresentava diferença significativa em relação às demais formas clínicas. Houve correlação negativa entre os escores do BDI e os escores dos quatro domínios da qualidade de vida, sugerindo que, na doença de Chagas, a correlação era negativa, ou seja, quanto melhor a qualidade de vida, menor era a intensidade dos sintomas depressivos.

**ABSTRACT**

Chagas disease is an evolving disease, which affects millions of Brazilian people infected by *Trypanosoma cruzi*, and it is considered a public health problem. Besides the typical organic aspects of the disease, which passes from acute to chronic, the patients need to face physical, psychological, social and economic difficulties, which can compromise the quality of life. Due to the impact of this disease and the difficulties it brings, the persons may develop feelings of sadness, grief and loss, and depressive symptoms. This research examined the quality of life and the presence of depressive symptoms in 110 Chagas disease patients. The research also correlated the levels of intensity of depressive symptoms with the scores of the quality of life domains. The WHOQoL-bref was used to assess the physical, psychological, social relations and the environment domains of quality of life, and the Beck Depression Inventory (BDI) was used to measure the depressive symptomatology. Among the patients, 49% were men and 51% women. The average and median ages were 51 years old. Regarding marital status, 72.73% live with partners. The predominant religion was catholic. The level of education was incomplete elementary education (70.0%), and 80.91% have family income between 1 to 3 Brazilian minimum wages. The distribution of frequencies in Chagas disease clinical forms was: cardiac (49.09%), indeterminate (26.36%), digestive (12.73%) and mixed (11.82%). The average level of intensity of depressive symptoms was 11.87 and 41.63% had depressive symptoms. From the total sample, 43% considered the quality of life as “very good” and 50.5% as neither good nor bad. The chi-square test revealed that there was no statistically significant difference comparing the average intensity of depressive symptoms in the categories of gender, age and marital status. The Fisher exact test showed a statistically significant difference comparing the indeterminate form with the other clinical forms. The Pearson correlation coefficient observed that all domains have significant correlation coefficients, revealing that the better was the quality of life of a domain, the better was it in other domains. The Mann-Whitney test showed that the levels of intensity of depressive symptoms and scores of the quality of life domains showed no significant differences in the comparison by gender, age and marital status. Applying Anova up in ranks, in the digestive form occur minors

scores in the four quality of life domains, which means lower quality of life and greater intensity of depressive symptoms. In the physical domain, the indeterminate form presents significant difference related to other clinical forms. There was a negative correlation between scores of BDI and the scores of the four quality of life domains, suggesting that, in Chagas disease, the relationship is negative: the better is the quality of life, the lower is the intensity of depressive symptoms.

# **1- INTRODUÇÃO**

A doença de Chagas constitui um importante problema de saúde pública na América Latina (Uchôa *et al.*, 2002), vinculada às desigualdades e iniquidades sociais que caracterizam essa região (Storino *et al.*, 2001). No Brasil e em países da América Latina, além de ser uma das mais freqüentes causas de problemas cardíacos (Cotran, 1999), é uma doença estigmatizante que pode desenvolver mudanças significativas na vida de seus portadores (Alcino *et al.*, 1993; Araújo *et al.*, 2000).

O problema atinge também os EUA devido à contaminação transfusional originada de doadores latino-americanos. Estima-se que existam cerca de 340.000 pessoas infectadas pela doença de Chagas nos EUA (Storino *et al.*, 2001).

Na década de 1970, havia no Brasil mais de 5 milhões de brasileiros infectados pelo *Trypanosoma cruzi*, cuja estimativa era de 100 mil novos casos por ano e uma mortalidade superior a 10 mil casos (Dias, 2006). Há divergência de dados em relação ao número de portadores da doença: estimativas oficiais brasileiras consideram que existem cerca de 3 milhões; Pupulin *et al.* (2003) mencionam cerca de 5 milhões de brasileiros infectados. Informações no site da Organização Mundial de Saúde, em relatório de 2002, estimam que a doença de Chagas afetava aproximadamente 16 a 18 milhões de pessoas, distribuídos geograficamente do México até o sul da Argentina (WHO, 2002).

A doença de Chagas é também conhecida como tripanossomíase americana ou tripanossomíase causada por *Trypanosoma cruzi*. Foi descrita em Minas Gerais, entre 1908 e 1909, pelo médico, sanitarista e cientista mineiro Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, nascido em 9 de julho de 1879 e falecido em 8 de novembro de 1934, aos 55 anos (Glossário de doenças, 2006).

É uma doença que, na primeira metade do século XX, foi caracteristicamente rural, acometendo pessoas de origem interiorana que residem ou residiram em casas de baixa qualidade de construção, onde se alojava o inseto vetor (Dias, 2007), também conhecido como barbeiro ou chupão.



O portador da doença de Chagas apresenta dificuldade de inserção no mercado de trabalho, embora a capacidade laboral esteja preservada na maioria deles; porém, são marginalizados, porque inúmeras organizações realizam prova sorológica para Chagas nos exames pré-admissionais, recusando os profissionais soropositivos (Guariento *et al.* 1999; Gurgel, 2000).

O portador da doença de Chagas enfrenta uma série de dificuldades físicas, orgânicas, psicológicas, sociais e econômicas: perda da saúde, morte dos familiares (geralmente também portadores da doença de Chagas) em decorrência de complicações pela doença, estigma devido à doença e exclusão do mercado de trabalho.

A presença de uma doença pode provocar reações de tristeza, luto e perda na vida de uma pessoa acometida por esta doença. Del Porto (1999) ressalta que os sentimentos de tristeza e alegria, de sucesso e fracasso, fazem parte da vida psíquica normal e que a tristeza constitui resposta humana universal frente a perda, derrota e adversidades da vida.

A presença de uma doença também pode afetar a percepção da qualidade de vida do doente.

Diante das adversidades a que estão sujeitos os portadores da doença de Chagas, se as reações de tristeza, luto e perda não forem elaboradas, podem trazer conseqüências negativas, comprometendo a sua qualidade de vida e provocando depressão.

Diante desse cenário, a pesquisa buscou responder às seguintes questões a respeito dos portadores da doença de Chagas: 1) Qual a autopercepção deles acerca da qualidade de vida? 2) Que domínios ou facetas da qualidade de vida apresentam melhor e pior percepção? 3) Eles são atingidos pela depressão? 4) Existe correlação entre a qualidade de vida e os sintomas depressivos?

As hipóteses que nortearam a pesquisa foram: 1) a autopercepção da qualidade de vida dos portadores da doença de Chagas é “ruim”; 2) o domínio avaliado será o das relações sociais e os piores domínios percebidos serão o psicológico e o do ambiente; 3) a depressão atinge o portador da doença de Chagas; e 4) quanto maior a depressão, pior é a qualidade de vida do portador da doença de Chagas.

Na pesquisa realizada em base de dados não há relatos sobre a qualidade de vida e a depressão em portadores da doença de Chagas.

Neste capítulo abordam-se aspectos relevantes encontrados na literatura relativos a doença de Chagas, a depressão, a qualidade de vida, a avaliação da qualidade de vida e da depressão e a associação entre doença clínica, depressão e qualidade de vida.

## **1.1- A doença de Chagas**

A doença de Chagas é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, que é geralmente transmitido de um hospedeiro a outro por insetos (Glossário..., 2006). No ser humano, o principal vetor é um inseto hemíptero.

É conhecido popularmente no Brasil como barbeiro, chupão, fincão, chupança, procotó e bicudo. (Ussui e Silva, 2001-2002).

O *T.cruzi* é transmitido no ato de alimentação do vetor. Assim que o barbeiro termina de se alimentar, ele defeca, eliminando os protozoários e colocando-os em contato com a área de continuidade na pele da vítima (Glossário..., 2006). Quando a vítima coça o local, introduz o protozoário em seu organismo. Além da transmissão vetorial, outras formas de transmissão da doença de Chagas ao ser humano são: a) a transfusão de sangue; b) os transplantes de órgãos (rins, coração); c) a transmissão congênita via transplacentária ou no canal do parto pelo contato das mucosas do feto com o sangue infectado da mãe

(Coura, Vinhaes e Dias, 2000); d) a transmissão via oral, por ingestão de leite materno, bebidas ou alimentos contaminados com fezes de barbeiros ou partículas dos barbeiros triturados ou de animais infectados (Lewinsohn, 2003). Outras formas de transmissão, como acidentes de laboratório e manipulação de animais infectados, são ocasionais no Brasil (Coura, 2003).

A doença de Chagas está associada a condições sanitárias precárias. Na década de 1930, um terço dos óbitos nas capitais brasileiras era causado por doenças transmissíveis. As melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias, como vacinas e antibióticos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle, mudaram esse cenário. Apesar da significativa redução das doenças transmissíveis, ainda há impactos importantes sobre morbidade, principalmente das doenças para as quais não há mecanismos eficazes de prevenção e/ou que podem ser relacionadas a causas ambientais, sociais e econômicas (Vinhaes e Carlos, 2004).

A doença de Chagas, na fase crônica, é diagnosticada por exame sorológico. Para controle dessa doença, o primeiro inquérito sorológico ocorreu entre 1975 e 1980 em todo o território brasileiro. Na década de 1980, os vetores da espécie *Triatoma Infestans*, principal espécie transmissora da doença eram encontrados em mais de 720 municípios brasileiros. Em 2003, apareciam somente em 29 municípios; os pequenos e últimos focos dessa espécie são encontrados na Bahia (Brasil, 2004).

A doença de Chagas está sob controle devido ao monitoramento entomológico, isto é, pela procura ativa dos insetos transmissores da doença nas casas localizadas nas áreas de risco, com o objetivo de identificar a presença do vetor e desencadear ações de combate, usando inseticidas e promovendo melhorias habitacionais nas áreas endêmicas. Esse fato pode ser constatado a partir do consolidado dos inquéritos sorológicos para a doença, realizados sistematicamente em estudantes entre 7 e 14 anos de idade de todos os estados endêmicos, durante o período de 1989 a 1999. Nesse consolidado, de 244.779

amostras colhidas, apenas 329 foram positivas, resultando em prevalência média geral de 0,13% (Vinhaes e Carlos, 2004).

Em 1991, os Ministérios da Saúde da Argentina, Bolívia, Chile, Uruguai, Paraguai e Brasil lançaram-se na “Iniciativa do Cone Sul”, visando a eliminação da transmissão da doença de Chagas (Uchôa *et al.*, 2002). Os objetivos e metas da atuação conjunta dos países foram a erradicação do *Triatoma Infestans* da região e a redução e eliminação da transmissão sanguínea (WHO, 2002).

Em junho de 2006, o Ministério da Saúde recebeu da OPAS – Organização Pan-americana de Saúde, a certificação internacional de eliminação da transmissão da doença de Chagas pelo *Triatoma infestans* (Brasil, 2006).

A melhor forma de enfrentar a doença de Chagas é a prevenção e o controle dos vetores, além da disponibilização de maior volume de recursos para o tratamento da doença. Enquanto se gastam, anualmente, cerca de US\$ 300 milhões para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), são gastos menos de US\$ 20 milhões com a doença de Chagas no Brasil (Informe IOC, 2005). Embora sob controle, a doença, no Brasil, mata 10 vezes mais do que a AIDS e recebe de investimento 10 vezes menos recursos. A comunidade científica presente no Simpósio sobre doença de Chagas, realizado em Recife em 1999, revelou preocupação em relação à falta de recursos governamentais (Informe..., 2000).

A doença de Chagas é evolutiva. Estudos de Almeida *et al.* (2007) com 61 portadores da doença de Chagas idosos e 61 não-idosos concluíram que a forma clínica indeterminada, ao ser mais freqüente em não-idosos, sugere o caráter evolutivo da doença de Chagas.

Dias (1990) explicava que são desconhecidos os fatores responsáveis pela maior ou menor evolução das lesões da doença de Chagas crônica, como também o acometimento deste ou daquele setor do organismo.

A evolução da doença de Chagas humana passa por duas fases: aguda e crônica (WHO, 2002).

#### 1.1.1- Fases e formas clínicas da doença de Chagas

A fase aguda da doença de Chagas dura entre dois e quatro meses (Dias, 1990), e corresponde à fase inicial. Pode caracterizar-se por taquicardia persistente, sinais “gripais” e dor de cabeça, inapetência, extrema fadiga, fígado e baço aumentados, linfonodos, vômitos, diarreia, febre alta e contínua, de curta duração, e disfagia. Raramente surge erupção cutânea. Após três a quatro dias, a febre pode se tornar moderada e intermitente. Um dos sinais característicos é um edema localizado na face ou no corpo. Na fase aguda, quando o sistema nervoso central é acometido, pode ocorrer a meningite chagásica. Os casos, sempre graves, evoluem com convulsões, diplegia (paralisia bilateral) e distúrbios motores e funcionais, podendo o doente apresentar alucinações ou sonolência. Entretanto, a queixa freqüente é a insônia (Lewinsohn, 2003). Passada a fase aguda, com mortalidade baixa, a pessoa infectada evolui para a fase crônica da enfermidade.

A maioria das pessoas infectadas permanece assintomática nos 10 a 20 anos iniciais da doença. Nem toda pessoa infectada pelo *T.cruzi* desenvolve uma forma clínica determinada da doença (Dias, 1990). Estudos mostram que mais de 50% dos portadores permanecem na forma indeterminada (Guariento, Wanderley e Almeida, 2006).

Na forma crônica assintomática, silenciosa, poucos sinais característicos podem aparecer. Porém, dois quadros mais graves podem surgir: a cardiopatia (Cotran, 1999) e o acometimento digestivo, principalmente de esôfago e cólon (Lewinsohn, 2003).

As formas clínicas da doença de Chagas crônica podem ser caracterizadas em: I – indivíduos na forma indeterminada; II – cardiopatias sem cardiomegalia e/ou insuficiência cardíaca, mas com alterações do ritmo e/ou

condução intra-cardíaca; III – pacientes com cardiomegalias e/ou insuficiência cardíaca; IV – portadores de megavísceras ao nível de trato digestivo; V – associação entre megavísceras e alterações cardíacas não caracterizadas como cardiomegalia e/ou insuficiência cardíaca; VI – pacientes com megavísceras associadas a cardiopatia com insuficiência cardíaca e/ou cardiomegalia (Guariento *et al.*, 1998).

Segundo o Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2005), na forma **indeterminada**, os pacientes são assintomáticos, sem alterações ao eletrocardiograma de repouso e na radiografia do tórax, esôfago e cólon. Em portadores sintomáticos ou não, na **cardiopatia chagásica crônica** ocorrem alterações eletrocardiográficas, como arritmias e combinação com distúrbios de condução do estímulo atrioventricular e intraventricular. A forma **digestiva** acomete o esôfago e o cólon, ocasionando o surgimento de megaesôfago e megacólon respectivamente, podendo acometer todos os órgãos do trato gastrointestinal.

Cerca de 20% a 25% dos pacientes com sorologia positiva desenvolvem cardiopatia chagásica, a partir de 35 a 40 anos de idade e sua evolução é lenta. Por isso, devem ser realizados estudos eletrocardiográficos e radiológicos anualmente nesses pacientes (Storino *et al.*, 2001).

Na forma digestiva, conquanto possa acometer todos os órgãos do trato gastrointestinal (Consenso..., 2005), é especialmente comum o acometimento do esôfago e do cólon. A esofagopatia chagásica ou megaesôfago chagásico, anatomicamente apresenta dilatação em diferentes graus. A sintomatologia associa-se a incoordenação motora e dilatação, manifestando-se, especialmente, pela disfagia, dor esofagiana e regurgitação, podendo até acontecer várias horas após as refeições. Pode ocorrer, também, necessidade de líquido para facilitar a progressão dos alimentos mais sólidos, duros e secos. A disfagia pode apresentar períodos alternados de melhora e piora, em sintonia muitas vezes com o estado psíquico do paciente. Pode ocorrer a dor esofagiana durante a ingestão de alimentos ou independe do ato da deglutição. Complicações mais graves, como

desnutrição, neoplasias, rompimento do esôfago, fístulas e acometimento pulmonar por regurgitação, podem ocorrer. Na colopatia chagásica, o paciente pode apresentar obstipação progressiva, dificuldade à evacuação, exigindo esforços, laxantes e lavagens, meteorismo, com volume grande de gases, halitose, inapetência, astenia, cefaléias e boca amarga. Outras alterações podem ocorrer no duodeno, estômago, intestino delgado, fígado, vias biliares extra-hepáticas, pâncreas, brônquios, pulmões, alterações do trato urinário, alterações nas glândulas salivares e sudoríporas (Dias, 1990).

Segundo Dias (1990), a forma mista, isto é, a associação entre a forma cardíaca e digestiva, ocorre em 10% a 20% dos casos crônicos da doença de Chagas.

Há o envolvimento dos sistemas nervoso central e autônomo em todas as formas agudas e crônicas da doença de Chagas (Lewinsohn, 2003). A literatura cita a existência de uma forma nervosa crônica, mas há controvérsias (Dias, 1990).

Além dos aspectos físicos e orgânicos, os portadores da doença de Chagas enfrentam uma série de dificuldades psicossociais, econômicos e culturais em decorrência da doença.

#### 1.1.2- Aspectos psicossociais, econômicos e culturais da doença de Chagas

Hueb e Loureiro (2005) ressaltam que, em quase três décadas, encontraram na literatura indexada somente dez artigos associados ao funcionamento psicossocial dos portadores da doença de Chagas, o que parece refletir o pouco interesse em estudar esses aspectos.

Por outro lado, Mota *et al.* (2006) explicam que o desenvolvimento da sintomatologia para a doença de Chagas pode estar relacionado a processos psicológicos como o estresse e a resiliência<sup>1</sup>. Esses autores aplicaram um inventário de sintomas de estresse e outro inventário de resiliência em 100

---

<sup>1</sup> Resiliência é a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação plástica. É um termo oriundo da Física.

portadores da doença de Chagas crônica, na cidade de Maringá, entre 1997 e 2004. O inventário de estresse avaliou sintomas físicos e sintomas psicológicos de estresse. O inventário de resiliência avaliou os seguintes fatores: 1) desesperança e dificuldades emocionais; 2) assertividade; 3) tenacidade e inovação; 4) empatia; e 5) sensibilidade emocional. Segundo os autores, resiliência é a capacidade desenvolvida por algumas pessoas para superação das adversidades e tirar proveito para o autodesenvolvimento (Mota *et al.*, 2006). O estudo concluiu que, independentemente de apresentar ou não sintomas da doença de Chagas, os entrevistados manifestaram sentimentos de desesperança e dificuldades emocionais em nível alto ou moderado. Os sintomáticos apresentaram mais constantemente um nível elevado de desesperança e dificuldades emocionais, além de tenacidade e inovação. Também apresentaram mais sintomas psicológicos e físicos de estresse e menor capacidade de resiliência que os assintomáticos. Segundo os autores, esses achados corroboram com os encontrados por Uchôa *et al.* (2002), que explicam que a insegurança e a depressão aparecem em consequência do que é vivido como imutável. A situação profissional com baixa remuneração, aposentadoria antecipada por invalidez aliada à baixa escolaridade são fatores de risco para o surgimento de sintomas de estresse e de baixa capacidade de resiliência. A baixa resiliência pode ser predisposição ao desenvolvimento de sintomas de estresse e conseqüentemente poderá aumentar a vulnerabilidade do organismo à doença de Chagas. A Psiconeuroimunologia, que estuda a interação do sistema nervoso central e o sistema imunológico, tem demonstrado que fatores estressores físicos e psicossociais podem alterar a resposta imunológica através das conexões entre os sistemas neuroendócrino, neurológico e imunológico (Marques-Deak e Sternberg, 2004).

Estudo de Moncada *et al.*<sup>2</sup> (1987) não apontou prejuízos na capacidade cognitiva em portadores da doença de Chagas. Porém, Hueb e Loureiro (2005) identificaram a presença de indicadores de transtorno orgânico cerebral,

---

<sup>2</sup> Moncada GB, Romero J, Espinoza E, Leal FM *apud* Hueb MFD, Loureiro SR. Revisão: aspectos cognitivos e psicossociais associados a doença de Chagas. *Psicol Estud* 2005; 10(1): 137-42.



comprometimento da qualidade de vida e problemas com uso de álcool quando comparados portadores e não-portadores de doença de Chagas, no mesmo grupo de indivíduos entrevistados. As autoras observaram também menor capacidade mnemônica verbal e auditiva, corroborando achados de estudos anteriores<sup>3</sup>.

Hueb e Loureiro (2005), em artigo de revisão acerca dos aspectos cognitivos e psicossociais associados à doença de Chagas, identificaram estudos com portadores dessa enfermidade, sem especificar a forma manifesta da mesma, relatando prejuízos quanto à memória visual e performance cognitiva rebaixada. As autoras identificaram também um estudo de Jörg, Storino e Sapino (1994) que destaca o comprometimento de aspectos psicológicos do paciente ao tomar conhecimento da infecção chagásica. Nessa situação, ocorre o desenvolvimento de uma sintomatologia reativa, que vai desde uma depressão leve à síndrome de alexitimia (dificuldade para expressar e descrever sentimentos), que pode ser desencadeada pelo temor oculto da evolução maligna e pela impossibilidade de deter a doença. Os autores destacam a associação de manifestações psíquicas e mentais à doença de Chagas, independentemente da forma apresentada, considerando que os aspectos psicológicos influenciam na evolução da doença e na vida de seus portadores.

Finalmente, Hueb e Loureiro (2005) realizaram pesquisa eletrônica da literatura empírica, do período entre 1983 e 2003. Os autores defendem que há necessidade de estudos em diferentes contextos sócio-culturais e populações que possam avaliar os tipos de danos psicossociais associados à doença de Chagas devido às lesões graves que provocam em diferentes órgãos.

Araújo *et al.* (2000) relatam que, em atendimentos psicossociais num programa de assistência a portadores de doença de Chagas, ouvem-se depoimentos que revelam medo, insegurança, desesperança e tristeza. Além desses sentimentos, quando do diagnóstico positivo, os pacientes manifestam o

---

<sup>3</sup> Jörg *et al.* (1972); Pereyra *et al.* (1992); Mangone *et al.* (1994a); Mangone *et al.* (1994b); *apud* Hueb MFD, Loureiro SR. Revisão: aspectos cognitivos e psicossociais associados a doença de Chagas. *Psicol Estud* 2005; 10(1): 137-42.

peso do preconceito, o caráter marginalizante e estigmatizante de uma doença que está relacionada à pobreza e, no conhecimento popular, não tem cura.

Do ponto de vista sócio-econômico e cultural, a doença de Chagas atinge pessoas das classes marginalizadas, geralmente subjugadas por deficiências psicoafetivas, que sofrem discriminação empregatícia e a migração forçada da zona rural para a zona urbana (Dias e Dias<sup>4</sup>, 1979). Esses fatores associados podem contribuir para o aumento da tensão psicológica (Guariento *et al.*, 1993). Os infectados se aposentam precocemente, ocasionando perda na produtividade (Brasil, 2004). Os portadores da enfermidade de Chagas podem ser pessoas com capacidade laboral preservada; porém, são marginalizadas, já que inúmeras organizações realizam prova sorológica para a doença nos exames pré-admissionais, recusando os soropositivos (Guariento *et al.*, 1999; Gurgel, 2000).

A doença de Chagas tem um custo sócio-econômico nas regiões onde ocorre, devido ao ônus da perda de produtividade, além do impacto financeiro envolvendo a previdência social, quando das concessões de auxílio-doença e aposentadorias, bem como para o atendimento dos enfermos portadores dessa doença (Siqueira-Batista *et al.*, 2007).

Na história natural da doença de Chagas, mais da metade das pessoas com sorologia positiva estão na fase crônica indeterminada, não apresentando alterações cardíacas e digestivas detectáveis pelos exames convencionais e não apresentando restrições para as atividades laborais. Quando diagnosticadas, na forma digestiva também pode ocorrer de não haver impedimento para a realização da maior parte das atividades laborais. Apesar disso, muitas pessoas infectadas acabam sofrendo exclusão do mercado de trabalho (Siqueira-Batista *et al.*, 2007). Guariento, Camilo e Camargo (1999) constataram discriminação em virtude da doença de Chagas, ocasionando demissões e recusas durante o processo seletivo.

---

<sup>4</sup> Dias JCP, Dias RB. *apud* Guariento ME, Ramos MC, Gontijo JAR, Carvalhal SS. Doença de Chagas e hipertensão arterial primária. *Arq Bras Cardiol* 1993; 60(2):71-5.

Essa exclusão do trabalhador portador da doença de Chagas também é apontada por Magnani, Oliveira e Gontijo (2007) quando referem que a discriminação no mercado de trabalho representa importante estigma, especialmente ao portador da cardiopatia chagásica.

Storino *et al.* (2001) ressaltam que o desemprego traz problemas sociais e psicológicos com efeitos negativos na vida pessoal e familiar dos portadores da doença de Chagas. Os autores, em 2000, constataram que 705 portadores da doença de Chagas sofreram discriminação associada ao diagnóstico de cardiopatia chagásica.

Geralmente o portador da doença de Chagas é um trabalhador com baixa qualificação para o mercado de trabalho. O papel e o significado que o trabalho desempenha tem grande importância para o bem-estar e a saúde das pessoas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

## **1.2- Qualidade de Vida**

O conceito de qualidade de vida (QV) tem sido utilizado por pessoas em geral e por profissionais de diferentes áreas e no contexto da pesquisa científica em diferentes campos do conhecimento. O termo QV foi citado pela primeira vez em 1920, por Pigou, no livro *The Economics of Welfare*, discutindo o suporte governamental para pessoas das classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado. Na época não lhe foi dada a devida importância (Wood-Dauphinee, 1999). Na década de 1930, o termo surgiu pela primeira vez na literatura médica (Seidl e Zannon, 2004).

Para Fleck *et al.* (1999), a expressão qualidade de vida foi usada pela primeira vez pelo presidente dos EUA, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que os objetivos não podiam ser medidos pelo balanço dos bancos, mas somente pela medida da qualidade de vida que proporcionavam às pessoas

Na década de 1970, o desenvolvimento do bem-estar na Europa e, posteriormente, nos EUA estimulou pesquisas sobre indicadores sociais (Wood-Dauphinee, 1999).

Em 1977, o termo QV foi incluído como palavra-chave no “*US National Library of Medicine MEDLINE Computer Search System*” (Wood-Dauphinee, 1999).

Na área de saúde, o interesse pela QV é relativamente recente. A Organização Mundial da Saúde (OMS), na Carta Magna de 7 de abril de 1948 propõe: “Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso aos serviços de saúde; é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social”.

O termo qualidade de vida está intimamente relacionado à saúde, referindo-se a um conjunto de domínios associados às diferentes percepções, crenças e expectativas individuais, condições físicas, psicológicas e sociais. Esses domínios podem ser avaliados por aspectos objetivos, isto é, condições funcionais ou de saúde. Podem também ser avaliados por aspectos subjetivos do estado de saúde (Testa e Simonson, 1996).

A preocupação com o conceito de QV refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Fleck *et al.*, 1999).

Evidenciam-se duas tendências quanto à conceituação do termo na área de saúde: 1) qualidade de vida como um conceito genérico aparentemente influenciado por estudos sociológicos, sem se referir a disfunções ou agravos; e 2) qualidade de vida relacionada à saúde, que parece relacionar-se a enfermidades ou intervenções em saúde (Seidl e Zannon, 2004).

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de QV, três aspectos fundamentais referentes a esse construto são comuns a diferentes pesquisadores: 1) subjetividade; 2) multidimensionalidade; 3) presença de dimensões positivas e negativas. Através do desenvolvimento desses elementos foi possível à OMS definir qualidade vida, em 1994 (Fleck *et al.*, 1999). Essa definição expressa a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 2002).

Partindo dessa definição, pode-se dizer que é necessário compreender o ser humano a partir do ponto de vista bio-psico-social. A dimensão biológica refere-se às características biológicas e funcionamento orgânico. A dimensão psicológica compreende os processos afetivos, emocionais e intelectuais, a personalidade, a vida mental, o afeto e o jeito de se relacionar com outras pessoas e com o mundo ao redor. A dimensão social abrange a influência dos relacionamentos, do convívio com as pessoas e do ambiente em que se vive. Essas três dimensões estão simultaneamente interligadas. É através dessas dimensões que as pessoas reagem às diferentes situações da vida (Limongi e Rodrigues, 1994).

A QV tem sido uma das preocupações das diversas áreas do conhecimento em relação à definição, metodologias de pesquisas e instrumentos de avaliação. No âmbito das práticas associadas aos serviços de saúde, QV é indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, referindo-se à avaliação do impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem acarretar para seus portadores. Avaliar a QV permite uma melhor compreensão do doente e de sua adaptação à condição que a enfermidade lhe impõe (Seidl e Zannon, 2004).

A personalidade, compreendida como resultado da experiência e patrimônio genético de uma pessoa, contribui na percepção subjetiva de boa ou má qualidade de vida. A segurança de si mesmo, conflitos emocionais, ideais e aspirações pessoais e o grau de tolerância à frustração influenciam na maneira de

perceber o bem-estar ou o mal-estar. Duas pessoas diante de uma mesma situação podem reagir de maneiras completamente diferentes (Tamburini, 2008).

Por sua vez, a avaliação da QV tem sido cada vez mais utilizada na área da saúde (Ciconelli, 2003).

### 1.2.1- A avaliação da qualidade de vida através do WHOQoL-bref

No início dos anos 1970, pesquisadores centraram-se na construção e testagem de instrumentos para avaliar a saúde e a qualidade de vida relativa à saúde. As medidas genéricas incluíam perfis de saúde, preferências e necessidades dos pacientes. O desenvolvimento das medidas aconteceu nas décadas de 1980 e 1990, privilegiando o rigor metodológico das propriedades psicométricas (Wood-Dauphinee, 1999).

O interesse pela avaliação da qualidade de vida tem sido crescente na literatura médica, porque valoriza a perspectiva do paciente em relação a várias dimensões da vida humana (Fleck, 2000a) e como medida de análise para intervenções terapêuticas (Seidl e Zannon, 2004).

Os indicadores de qualidade de vida são multidimensionais, permitindo considerar que pessoas com a mesma doença podem apresentar diferentes níveis de saúde e de bem-estar físico e emocional (Ciconelli, 2003).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde tendem ao caráter multidimensional e a avaliar a percepção geral da QV, embora se enfatizem sintomas, incapacidades ou limitações ocasionados por enfermidade (Seidl e Zannon, 2004). Esses instrumentos podem ser classificados em 3 categorias: 1) avaliação da qualidade de vida geral – o *WHOQoL* é um deles; 2) avaliação da qualidade de vida ligada à saúde; e 3) avaliação da qualidade de vida ligada a uma enfermidade específica (Fleck, 2000a).

O conceito de qualidade de vida proposto pelo *World Health Organization – Quality of Life Group* (1993), é multidimensional e envolve 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio e espiritualidade. Para avaliação da qualidade de vida, esse Grupo desenvolveu o *WHOQoL-100 (World Health Organization Quality of Life)*, instrumento geral, contendo 100 questões para avaliar a qualidade de vida.

O mesmo grupo desenvolveu também o *WHOQoL-bref*, versão abreviada do *WHOQoL-100*, que consta de 26 questões, sendo duas de âmbito geral sobre QV e 24 questões representando cada uma das 24 facetas que compõem o *WHOQoL-100*. As 24 questões abrangem os seguintes domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Figura 1). As pontuações das respostas variam entre 1 e 5, significando 1 o mais baixo e 5 o mais alto escore referente à qualidade de vida.

Os dados que originaram o *WHOQoL-bref* foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. A tradução e validação para o Brasil foram realizadas por Fleck *et al.* (2000), na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Questão	Domínio 1 – Domínio físico
1	Dor e desconforto
2	Energia e fadiga
3	Sono e repouso
9	Mobilidade
10	Atividade da vida cotidiana
11	Dependência de medicação ou de tratamentos
12	Capacidade de trabalho
	<b>Domínio 2 – Domínio psicológico</b>
4	Sentimentos positivos
5	Pensar, aprender, memória e concentração
6	Auto-estima
7	Imagem corporal e aparência
8	Sentimentos negativos
24	Espiritualidade/religião/crenças pessoais
	<b>Domínio 3 – Domínio das relações sociais</b>
13	Relações pessoais
14	Suporte (apoio) social
15	Atividade sexual
	<b>Domínio 4 – Domínio do meio ambiente</b>
16	Segurança física e proteção
17	Ambiente no lar
18	Recursos financeiros
19	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21	Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22	Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
23	Transporte

**Figura 1-** Domínios e facetas do *WHOQoL-bref*

Fonte: Fleck *et al.*, 2000, p.179.

O *WHOQoL* é um instrumento que permite avaliar QV geral e fornece elementos para compreender motivações, desejos, oportunidades e recursos disponíveis para satisfação e bem-estar e a satisfação que uma pessoa tem em relação às suas realizações nos diferentes domínios de sua vida (Fleck *et al.*, 2000).

As perguntas do *WHOQoL-bref* associam-se a quatro tipos de escalas de resposta: intensidade, frequência, avaliação e capacidade em relação às facetas dos domínios da qualidade de vida.



Na prática clínica, o *WHOQoL* possibilita ao clínico identificar as áreas da vida do paciente que se encontram afetadas pela doença ou tratamento, ajudando-o na tomada de decisões (Cruz, 2005).

A possibilidade de redundância de medidas é o grande risco de avaliação de QV em depressão. Os instrumentos que avaliam diferentes dimensões, com diferentes escores para os vários domínios reduzem esse risco (Fleck *et al.*, 2000).

### **1.3- A depressão**

A qualidade de vida é afetada pela depressão (Chiu, 2000).

Myers (2000) refere-se à depressão como o “resfriado comum” dos distúrbios psicológicos e é a principal causa da procura pelos serviços de saúde mental. Pode ser uma reação a eventos dolorosos, como forma de estar em contato com a realidade. É como “uma luz acesa de baixo nível de óleo num carro”, uma espécie de “hibernação psíquica” que conduz uma pessoa a reavaliar sua vida diante de uma ameaça. Difícil é estabelecer o limite entre a tristeza temporária e normal da vida com a depressão (Myers, 2000).

A depressão surge como resposta a toda grande modificação do ambiente e é considerada uma doença porque impede a pessoa de optar por uma vida melhor, pois acarreta um prejuízo funcional, é altamente incapacitante se não for tratada e com alto índice de melhora quando cuidada adequadamente (Reche, 2004).

O termo depressão tem sido usado para designar um estado afetivo normal: a tristeza, como um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. A tristeza constitui-se na resposta humana universal diante das situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades (Del Porto, 1999). Segundo o mesmo autor, essa reação é uma forma adaptativa; porém, pode ser um sinal de

alerta de que o paciente está precisando de ajuda. Sabe-se, também, que os sentimentos de tristeza e alegria fazem parte da vida.

Os eventos dolorosos percebidos por pensamentos pessimistas afetam a pessoa no modo de pensar e agir, levando-a a alimentar mais experiências negativas, criando um ciclo. Quando uma pessoa se sente triste, ela pensa negativamente e tende a recordar experiências dolorosas (Myers, 2000).

Enquanto sintoma, a depressão pode surgir associada aos mais variados quadros clínicos: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças crônico-degenerativas e outras, podendo ocorrer como resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas, como no caso de desemprego. Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também outros aspectos, como alterações cognitivas (falta de concentração, por exemplo), psicomotoras (lentificação) e vegetativas (sono, apetite). Enquanto doença, a depressão pode ser classificada de inúmeras formas, como: transtorno depressivo maior, melancolia, distimia, transtorno bipolar tipos I e II (Del Porto, 2000).

A depressão pode acometer pessoas em qualquer fase do ciclo de vida e sua prevalência é, aproximadamente, duas vezes maior em mulheres do que nos homens. Às vezes, o sintoma depressivo se inicia na fase adulta e acompanha a pessoa durante o seu processo de envelhecimento. Existem estimativas de prevalência da depressão em amostras de idosos da comunidade em torno de 2 a 4% (Sene-Costa, 2006).

A causa da depressão é multifatorial. Ela apresenta determinantes genéticos e orgânicos, como também desencadeantes e agravantes psicossociais, como perdas e estresse psicossocial (Fortes, 2000).

Na perspectiva biológica, a depressão é um distúrbio que envolve predisposições genéticas, desequilíbrios bioquímicos, ânimo melancólico e pensamentos negativos. As influências biológicas também interferem: o risco de

depressão profunda e de distúrbio bipolar aumenta se o pai, mãe ou irmão se tornou deprimido antes dos 30 anos (Weismann *et al.*, 1986; Pauls *et al.*, 1992)<sup>5</sup>.

Na perspectiva social-cognitiva, é como se as pessoas com depressão contemplassem a vida através de óculos escuros. As suposições negativas sobre si mesmas, sua situação e seu futuro conduzem-nas a ampliar as experiências ruins e minimizar as boas; as convicções de fracasso alimentam o círculo vicioso (Myers, 2000). O fracasso pode levar as pessoas à adaptação e a buscar novas estratégias para interagir com o meio.

A depressão é classificada pela OMS, na CID-10 (1993) - Classificação Internacional dos Transtornos Mentais e pela APA – *American Psychiatric Association* no DSM-IV (2002) - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, no item transtornos do humor.

Pela CID-10 (1993), a depressão caracteriza-se como “humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida, levando a uma fadabilidade aumentada, atividade diminuída e cansaço após esforços leves”, e pode ser classificada de acordo com a gravidade em leve, moderado e grave.

Quando se menciona o termo “depressão”, pode-se referir a: 1) episódio depressivo, conforme a CID-10, ou transtorno depressivo maior, conforme o DSM-IV; 2) transtorno de ajustamento; 3) sintoma depressivo ou síndrome, como transtorno depressivo orgânico (CID-10)/transtorno de humor devido a uma condição médica, conforme o DSM-IV (Galizzi, 2000).

Segundo Fleck *et al.* (2003), nas Diretrizes da Associação Médica Brasileira: 1) a prevalência de depressão é duas a três vezes mais freqüente em mulheres do que em homens; 2) foi estimada como a quarta causa específica de incapacitação nos anos 1990; 3) a previsão para o ano 2020 é de que se constituirá na segunda causa de incapacidade nos países desenvolvidos e na primeira causa em países em desenvolvimento; 4) é um transtorno crônico e

---

<sup>5</sup> Weismann MM *et al.* (1986); Pauls DL, Morton LA, Egeland JA (1992) *apud* Myers, DG. Introdução à psicologia geral. Rio de Janeiro: LTC; 2000. p.331.

recorrente, que poderá ocorrer quatro vezes no decorrer da vida, sendo que a duração média de um episódio depressivo é de cerca de 20 semanas e, além disso, 12% dos pacientes têm um curso crônico sem remissão dos sintomas; 5) é pouco diagnosticada pelo médico não psiquiatra, o que se deve a fatores relacionados aos próprios pacientes e aos médicos. Aos pacientes, no que se refere ao preconceito quanto ao diagnóstico de depressão e descrença em relação ao tratamento; aos médicos, em relação à falta de treinamento, falta de tempo, descrença sobre a efetividade do tratamento, reconhecimento apenas dos sintomas físicos da depressão e identificação dos sintomas de depressão como uma reação “compreensível”.

As características clínicas da depressão podem ser agrupadas em quatro esferas: 1) humor: deprimido, irritável, preocupação excessiva, sensação de “vazio”, “tristeza”, “baixo-astral”; 2) cognitiva: perda do interesse, dificuldade de concentração, baixa auto-estima, pessimismo, indecisão, culpa, ideação suicida, alucinações e delírios; 3) comportamental: retardo psicomotor ou agitação, choro, retraimento social, dependência, suicídio; 4) somática: distúrbios do sono (insônia ou hipersônia), fadiga, alteração do apetite e/ou de peso (aumento ou diminuição), dor, diminuição da libido (Jefferson e Greist<sup>6</sup>, 1994).

O estresse pode ser um dos fatores ambientais que predispõem uma pessoa à depressão, pois em cerca de 60% dos casos, os episódios depressivos são precedidos pela ocorrência de fatores estressantes de origem psicossocial (Post<sup>7</sup>, 1992). Por outro lado, a influência de fatores genéticos pode se associar a um aumento da sensibilidade a eventos estressantes (Kendler *et al.*<sup>8</sup>, 1992).

---

<sup>6</sup> Jefferson JW, Greist JH. *apud* Furlanetto L. In: Fráguas Júnior R e Figueiró JAB. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2000. p.11-20.

<sup>7</sup> Post RM. *apud* Joca SRL, Padovan CM, Guimarães FS. Estresse, depressão e hipocampo. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25 (supl II):46-51.

<sup>8</sup> Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, Maclean C, Nela MC, Hesth AC, Eaves LJ. *apud* Joca SRL, Padovan CM, Guimarães FS. Estresse, depressão e hipocampo. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25 (supl II):46-51.

O humor deprimido pode ser acompanhado de uma sensação forte de tristeza ou total desesperança, falta de coragem ou ainda angústia indescritível. Nas depressões leves e moderadas, o humor, pela manhã pode apresentar-se pior e, melhorar no decorrer do dia. Quando a depressão é grave, o humor tende a permanecer inalterado. Às vezes, a tristeza vem mascarada de sintomas somáticos. Redução ou falta de coragem, falta de motivação, cansaço, fadiga e preguiça exagerada podem dificultar ou impossibilitar as atividades laborais, sociais ou domésticas. Verifica-se falta de prazer, inclusive sexual, e o pessimismo passa a predominar, ocorrendo idéias recorrentes de morte e suicídio (Sene-Costa, 2006).

A depressão por perdas é observada nos indivíduos doentes fisicamente. A perda da saúde pode dar origem a uma depressão reativa que causa muita dor (Tardivo, 2000).

### 1.3.1- A avaliação da depressão

Calil e Pires (1998) explicam que há diferenças entre diagnosticar e mensurar a intensidade dos sintomas depressivos. Para diagnosticar a depressão, o clínico tem como objetivo principal determinar a presença ou ausência de um conjunto de características clínicas, como presença, padrão, duração e curso dos sintomas. Para determinar isso, o profissional se utiliza de entrevista clínica. Para mensurar a intensidade dos sintomas depressivos, o propósito é estimar quantitativamente a intensidade dos sintomas de um paciente previamente diagnosticado como depressão. A avaliação dos sintomas é muito importante não só para o acompanhamento, mas também na evolução da resposta sobre a eficácia das intervenções terapêuticas. A avaliação dos sintomas, no caso da depressão, é imprescindível ao diagnóstico. Dessa forma, as escalas de avaliação dos sintomas depressivos auxiliam na avaliação desses sintomas e no diagnóstico, contribuindo, também, no acompanhamento do doente e da eficácia dos tratamentos.

Teng, Humes e Demetrio (2005) consideram que a depressão é, muitas vezes, subdiagnosticada e subtratada, principalmente pela presença de sintomas depressivos, como fadiga e anorexia, que também podem ocorrer em doenças crônicas. Esses autores apontam os fatores que contribuem para o subdiagnóstico e subtratamento da depressão: 1) ênfase nos sintomas somáticos em detrimento das queixas cognitivas e afetivas; 2) medo dos efeitos colaterais dos antidepressivos; 3) falta de tempo, ou de treinamento, ou dificuldades pessoais do médico em lidar com o adoecer psiquiátrico; 4) superposição dos sintomas da enfermidade clínica (fadiga, dor, insônia, lentificação e outros); 5) relutância em “estigmatizar” o paciente com um diagnóstico psiquiátrico.

Segundo o DSM-IV, os critérios diagnósticos da síndrome depressiva compreendem a presença, durante duas semanas, de pelo menos cinco de nove sinais e sintomas: 1) humor diminuído; 2) perda de interesse ou prazer; 3) concentração e atenção reduzidas; 4) auto-estima e autoconfiança reduzidas, com idéias de culpa e inutilidade; 5) agitação ou retardo psicomotor; 6) fadiga ou perda de energia; 7) idéias ou tentativas suicidas; 8) insônia ou hipersônia; e 9) perda ou ganho de peso significativo (Galizzi, 2000).

### 1.3.2- Beck Depression Inventory (BDI)

Das escalas de auto-avaliação de depressão, a mais utilizada é o BDI (Calil e Pires, 1998).

O BDI, traduzido para o português como Inventário Beck de Depressão, é universalmente usado em clínica e em pesquisa com pacientes não-psiquiátricos e na população em geral para avaliar a presença de sintomas depressivos (Cunha, 2001).

Esse instrumento foi originalmente desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1982). Foi traduzido para o português por Beck *et al.* (1982) e validado por

Gorenstein e Andrade (1998). Foi validado em amostras clínicas e populacionais brasileiras por Cunha (2001). Consiste de uma escala que se refere a 21 itens ou sintomas depressivos: 1) tristeza; 2) pessimismo; 3) sentimento de fracasso; 4) insatisfação; 5) culpa; 6) punição; 7) auto-aversão; 8) auto-acusações; 9) idéias suicidas; 10) choro; 11) irritabilidade; 12) retraimento social; 13) indecisão; 14) mudança na auto-imagem; 15) dificuldade de trabalhar; 16) insônia; 17) fatigabilidade; 18) perda de apetite; 19) perda de peso; 20) preocupações somáticas; e 21) perda da libido.

O conteúdo dos itens do BDI foi analisado em relação aos critérios diagnósticos do

DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1974), que, essencialmente, também constituem as características sintomatológicas de um episódio de depressão maior, segundo o DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) e que podem ser, assim, resumidas: 1) humor deprimido; 2) perda de interesse ou prazer; 3) perda ou ganho de peso, ou diminuição ou aumento de apetite; 4) insônia ou hipersonia; 5) fadiga ou perda de energia; 6) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; 7) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, indecisão; 8) agitação ou retardo psicomotor; 9) pensamentos de morte recorrentes. (Cunha, 2001, p.41)

Cada item ou sintoma depressivo apresenta quatro alternativas de resposta com graus crescentes de gravidade dos sintomas depressivos, com escores variando de 0 a 3. O escore 0 corresponde à ausência de sintomas depressivos. O escore 1 corresponde à presença de sintomas leves; o escore 2 aos sintomas moderados e o escore 3 aos sintomas graves.

#### **1.4- A associação entre doença clínica, depressão e qualidade de vida**

A doença física freqüentemente representa a maior ameaça ao sentimento de competência e domínio de uma pessoa (Tardivo, 2000). Os transtornos depressivos muitas vezes estão associados a outras condições

clínicas, dificultando o diagnóstico e o tratamento eficaz (Paulo, 2005) e interferindo na qualidade de vida.

A presença de uma condição médica, seja doença, hospitalização, uso de medicamentos, procedimentos médicos, aumenta significativamente o risco da ocorrência de depressão. A presença do estresse associada ao impacto do adoecer e suas conseqüências também pode contribuir para o aumento da depressão no contexto médico. (Fráguas Júnior e Figueiró, 2000).

A depressão, quando associada a outra condição médica, pode ser: 1) uma co-morbidade, 2) uma resposta ao adoecer, ou 3) uma conseqüência direta de uma alteração fisiológica da enfermidade clínica de base (Galizzi, 2000).

A associação entre depressão e doença clínica é muito freqüente e quando está presente leva à pior evolução, menor aderência às orientações terapêuticas, pior qualidade de vida e maior morbimortalidade como um todo; depressão e doenças clínicas quase sempre se retroalimentam, interagindo para criar situação deteriorante (Teng, Humes e Demetrio, 2005).

A depressão aumenta o risco de várias doenças, porque os estados depressivos associam-se a pensamentos negativos. Há relatos de piora da doença quando as pessoas perdem as esperanças ou melhoram quando a esperança é renovada (Myers, 2000, p.319).

A toxicidade das emoções negativas contribui para o elevado índice de depressão e ansiedade entre pessoas com doenças crônicas (Cohen e Rodriguez<sup>9</sup>, 1995).

Teng, Humes e Demetrio (2005) identificaram estudos demonstrando que: 1) a depressão piora a mortalidade e a morbidade de cardiopatas; 2) a mortalidade desses pacientes pode ser 3,1 vezes maior quando comparado a cardiopatas não-deprimidos; e 3) a presença de depressão em pessoas sadias aumenta o risco de eventos cardíacos.

---

<sup>9</sup> Cohen S, Rodriguez MS *apud* Myers DG. Psicologia social. Rio de Janeiro: LTC; 2000. p.269-97.



Galizzi (2000, p.97) ressalta que:

a depressão aumenta o número de complicações e diminui a resposta ao tratamento da condição médica de base. Dessa forma, prolonga a evolução, acarretando prejuízos sociais e econômicos de grande importância, pelo aumento do número de dias de afastamento do trabalho e pelo encarecimento dos custos com os atendimentos médicos e exames complementares que se multiplicam.

A depressão afeta a qualidade de vida (Trentini *et al.*, 2006), sendo mais elevada em pessoas incapacitadas do que em não incapacitadas. A depressão precede o início da incapacidade e, por si só, não somente pode levar à incapacidade e declínio na QV como também interage com outros sistemas corporais, agravando e reduzindo ainda mais a QV, por propiciar o surgimento de outras doenças somáticas. A depressão acrescenta mais um risco, mesmo quando os efeitos de algum distúrbio físico estão sob controle (Chiu, 2000).

Fleck (2000a), em pesquisa na literatura, encontrou estudos que evidenciam comprometimento social e ocupacional relacionado com a depressão. Pacientes deprimidos apresentam limitações prolongadas em múltiplos domínios de funcionamento e bem-estar, igualando-se ou ultrapassando as limitações causadas por doenças crônicas de outra natureza. A melhora dos sintomas de depressão também melhora a capacidade ocupacional. Por sua vez, a redução de QV associada à presença dos sintomas depressivos é comparável aos de pessoas fisicamente doentes.

Gaynes, Burns, Tweed *et al.*<sup>10</sup> (2002) ressaltam que, dentre as comorbidades em doentes crônicos, a depressão é uma das que mais afetam a QV. Ela pode exacerbar os efeitos da doença primária e ser também um fator independente que causa prejuízo e sofrimento.

---

<sup>10</sup> Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. *apud* Cruz LN. Associação entre qualidade de vida e depressão em pacientes portadores de doenças crônicas. [Dissertação – Mestrado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Finalmente, é importante ressaltar que a depressão é uma condição que pode estar associada a múltiplas doenças clínicas ou psiquiátricas e que compromete a QV do paciente tanto quanto as doenças crônicas (Wells, Stewart, Hays *et al.*<sup>11</sup>, 1989). Por isso, é importante que se realizem pesquisas sobre avaliação de QV em portadores de doenças crônicas sobre a influência da depressão na QV desses indivíduos.

---

<sup>11</sup> Wells KB, Stewart A, Hays RD e col. *apud* Rays J, Scalco M, Telles RMST, Wajngarten M. Antidepressivos em cardiopatia. In: Fráguas Jr R, Figueiró JAB. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2000.p.509-513.

## **2- OBJETIVOS**

**2.1- Objetivo geral:** avaliar a qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos em uma amostra de portadores da doença de Chagas.

## **2.2- Objetivos específicos**

- a) verificar o perfil sócio-demográfico;
- b) avaliar a autopercepção a respeito da qualidade de vida, por meio da aplicação da escala de avaliação *WHOQoL-bref*;
- c) identificar os domínios e as facetas significativas da qualidade de vida;
- d) correlacionar os domínios da qualidade de vida entre si;
- e) mensurar os níveis de intensidade dos sintomas depressivos, com o uso do BDI – Inventário Beck de Depressão;
- f) verificar quais os sintomas depressivos mais freqüentes;
- g) comparar os níveis de intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida com as variáveis: gênero, idade, situação conjugal e forma clínica da doença de Chagas;
- h) correlacionar os domínios relativos à qualidade de vida com a intensidade dos sintomas depressivos.

### **3- MATERIAIS E MÉTODOS**

### **3.1- Delineamento da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa descritiva e correlacional, avaliando, comparando e correlacionando os domínios da qualidade de vida com a presença de sintomas depressivos em portadores da doença de Chagas.

### **3.2- Seleção dos participantes**

Entre abril de 2005 a setembro de 2006, entrevistou-se 110 portadores da doença de Chagas atendidos pelo Ambulatório do Grupo de Estudos em Doença de Chagas (GEDoCh), do Hospital de Clínicas, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Os pacientes atendidos por esse Ambulatório são procedentes de centros de hemoterapia, serviços médicos de empresas de Campinas e região, serviços públicos de saúde e outros ambulatórios do Hospital de Clínicas da UNICAMP. O GEDoCh, criado em 1976, pelo professor Doutor Silvio dos Santos Carvalhal, realiza diagnóstico, tratamento e controle dos portadores da doença de Chagas.

Os pacientes foram convidados a participar da pesquisa no período da pré-consulta, ou após o atendimento médico ao qual compareciam segundo agendamento feito por um dos integrantes da equipe do GEDoCh.

Como critérios de inclusão foram considerados: 1) apresentar sorologia positiva para doença de Chagas, informação essa obtida através do prontuário médico; 2) ter idade igual ou superior a 18 anos; e 3) consentir na participação, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Seguiu-se a mesma classificação adotada no GEDoCh em relação às formas clínicas: 1) indeterminada (ausência de sintomas, eletrocardiograma normal, radiografias do tórax e do tubo digestivo normais); 2) cardíaca (alterações eletrocardiográficas, como distúrbios do ritmo, bloqueios na condução do estímulo

elétrico cardíaco ou radiografia do tórax com cardiomegalia); 3) digestiva (esofagograma ou enema opaco compatíveis com megaesôfago ou megacólon) (Almeida *et al.*, 2007); 4) foi considerada a forma mista para identificar a associação da forma cardíaca com a forma digestiva (forma cardiodigestiva).

### **3.3- Instrumentos de pesquisa e a coleta de dados**

Após receber o convite para participação da pesquisa, os pacientes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e recebiam uma via do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A) para acompanhamento da leitura pela pesquisadora. Esclarecidas as dúvidas e as informações constantes desse termo, o paciente o assinava em duas vias. Em seguida, a pesquisadora assinava também e cada uma das partes ficava com uma via.

Para a coleta de dados, utilizou-se três instrumentos de pesquisa: inicialmente o questionário para coleta de dados sócio-demográficos (Apêndice 1); em seguida o *WHOQoL-bref* (Anexo 1); e finalmente a escala BDI – *Beck Depression Inventory* (Anexo 2).

Geralmente os portadores da doença de Chagas apresentam nível baixo de escolaridade. Em virtude disso, perguntou-se a cada entrevistado a forma como gostaria de responder aos questionários: se ele mesmo responderia ou se preferia que a pesquisadora fosse lendo e completando os espaços dos questionários. Todos os pacientes preferiram a segunda alternativa, embora ambos os questionários pudessem ser auto-aplicados pelos entrevistados.

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados em forma de entrevista única, tomando-se o cuidado de não interferir nas respostas, para evitar erros de interpretação que pudessem comprometer a fidedignidade dos resultados. Essa entrevista realizou-se em espaço privativo, sem a presença de outras pessoas.

### 3.3.1- Dados sócio-demográficos

Nesse questionário foram coletados os seguintes dados: data da entrevista, nome, sexo, idade, situação conjugal, naturalidade, profissão, escolaridade, renda familiar e a forma clínica da doença de Chagas. Somente esse último dado foi extraído do prontuário médico dos pacientes e os demais foram coletados diretamente com o entrevistado.

### 3.3.2- *WHOQoL-bref*

Em relação a esse instrumento, é necessário citar que é propriedade da Organização Mundial de Saúde; porém, é permitido o seu uso, enviando-se dados ao Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (mfleck.voy@zaz.com.br), coordenador do projeto no desenvolvimento da escala *WHOQoL* – versão em português.

Para a realização da presente pesquisa, obteve-se consentimento do referido coordenador.

Seguiu-se as instruções de Fleck *et al.* (1999) quanto à aplicação do *WHOQoL-bref*. Enfatizou-se ao entrevistado de que todo o questionário se referia às duas últimas semanas.

Quando o entrevistado dizia não ter compreendido alguma questão, a pesquisadora fazia nova leitura da mesma com as alternativas de resposta, de forma pausada, evitando dar sinônimo às palavras, possibilitando a própria interpretação do entrevistado.

Ao término da aplicação, revisou-se o questionário, para verificar se todas as questões haviam sido assinaladas corretamente pela pesquisadora.

O tempo médio de aplicação foi de 20 minutos.



### 3.3.3- BDI

Para a aplicação oral do BDI, seguiram-se as instruções sugeridas por Cunha (2001, p. 11). Ao iniciar, explicava-se que “Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de eu ler cada grupo de afirmações, preciso que o(a) senhor(a) escolha a afirmação, em cada grupo, que descreve *melhor* a maneira que o(a) senhor(a) tem se sentido durante a *última semana, incluindo hoje*. Aqui está um impresso para que o(a) senhor(a) possa acompanhar, enquanto eu leio.”

Da mesma forma que ocorreu na aplicação do WHOQoL-*bref*, quando o entrevistado dizia não ter compreendido alguma questão, a pesquisadora fazia nova leitura da mesma com as alternativas de resposta, de forma pausada, evitando dar sinônimo às palavras, para obter maior fidedignidade nas respostas.

O tempo médio de aplicação foi de 15 minutos.

### 3.4- Tratamento e análise dos dados coletados

Os dados coletados foram tabulados pela pesquisadora em planilhas *MS-EXCEL* e foram tratados estatisticamente pelo setor de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, de forma descritiva, apresentando médias, medianas, desvios-padrão e valores mínimos e máximos, para as variáveis contínuas (idade e domínios do *WHOQoL-bref*) e tabelas de freqüências para as variáveis categóricas (dados sócio-demográficos).

O programa computacional usado foi *The System for Windows (Statistical Analysis System – SAS)* versão 8.02.

Somando-se os escores de cada item ou sintoma depressivo, obteve-se o escore total, cujo valor pode variar de 0 a 63 (Cunha, 2001). O escore total permite a classificação em níveis de intensidade dos sintomas depressivos: mínimo, leve, moderado e grave. Foram considerados como portadores de

sintomas depressivos os pacientes que pontuaram escore igual ou maior que 10 na subescala cognitivo-afetiva, isto é, nos oito primeiros sintomas avaliados pelo BDI. Foram descritas as freqüências de cada sintoma depressivo da versão completa do BDI (21 itens), separando-as por subescala.

Para distinguir os níveis de intensidade dos sintomas depressivos, existem propostas de diferentes pontos de corte no uso do BDI. O ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos de estudo. Para as populações normais, não são sugeridos pontos de corte, mas escores 18 e 19 podem ser considerados como estimativa de possível depressão (Oliver e Simmons<sup>12</sup>, 1984, *apud* Cunha, 2001).

Nesta pesquisa, consideraram-se os seguintes pontos de corte, conforme a validação do BDI para a população brasileira, realizada por Cunha (2001): de 0 a 11 - nível mínimo de sintomas depressivos, que é considerado “sem depressão” ou “normal”; de 12 a 19 – nível leve; de 20 a 35 – nível moderado e de 36 a 63 – nível grave.

Para verificar se existe associação entre as variáveis categóricas (BDI *versus* gênero, idade e situação conjugal), foi utilizado o teste Qui-quadrado.

O *WHOQoL-bref* teve codificação conforme orientações do estudo de Fleck *et al.* (2000). Os passos para verificar os dados e computar as facetas e os domínios da QV obtidos pelo *WHOQoL-bref* são citados a seguir.

A questão 1 avaliou a autopercepção da qualidade de vida. A questão 2 avaliou a satisfação com a saúde. Para o domínio físico foram consideradas as questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18. Para o domínio psicológico as questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26. Para o domínio das relações sociais, 20, 21 e 22. Para o domínio do ambiente, 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25. Para verificar se todos os 26 itens do instrumento apresentavam parâmetros de 1 a 5, foram recodificadas conforme a sintaxe: questões 3, 4 e 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1), possibilitando que todos

---

<sup>12</sup> Oliver JM, Simmons ME *apud* Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

os itens do instrumento permanecessem no sentido positivo em que o maior valor significasse melhor avaliação de QV. Nas demais questões, a seguinte sintaxe foi considerada: (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5).

Para converter os escores dos domínios em escala 0-100, adotou-se a seguinte transformação:

$$\text{compute dom1b} = (\text{dom1} - 4) * (100/16)$$

$$\text{compute dom2b} = (\text{dom2} - 4) * (100/16)$$

$$\text{compute dom3b} = (\text{dom3} - 4) * (100/16)$$

$$\text{compute dom4b} = (\text{dom4} - 4) * (100/16)$$

$$\text{compute q1b} = (\text{q1} - 1) * (100/16)$$

$$\text{compute q2b} = (\text{q2} - 1) * (100/16).$$

Na pontuação do *WHOQoL-bref*, conforme Fleck (2000), não se tomaram pontos de corte para avaliar se a qualidade de vida é boa ou ruim, entendendo-se que, quanto maior o escore, melhor é a percepção da qualidade de vida.

Para comparar as variáveis contínuas (BDI e domínios do *WHOQoL-bref*) versus gênero, idade e situação conjugal, utilizou-se o Teste de *Mann-Whitney* (não-paramétrico), para verificar a diferença entre os dois grupos. Aplicou-se a ANOVA (nos *ranks*) na comparação das formas clínicas (quatro grupos), com subseqüentes testes de comparação múltipla para identificar as diferenças (Teste de Tukey).

Aplicou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* para verificar a existência de correlação (associação linear) entre os instrumentos (BDI e *WHOQoL-bref*). O coeficiente de *Pearson* assume valores de  $-1$  a  $+1$ . Quanto mais próximo de zero, menos correlacionadas são as variáveis, e quanto mais próximo de  $1$  ou  $-1$ , mais correlacionadas são as variáveis.

Utilizou-se o Teste Exato de *Fisher* na comparação dos níveis de intensidade dos sintomas depressivos e a forma clínica, ambas consideradas variáveis categóricas.

O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja,  $p\text{-valor} \leq 0,05$ .

### **3.5- Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (CAAE – 1588.0.146.240-05).

Por se tratar de um estudo sem nenhum tipo de intervenção, não houve nenhum risco aos participantes da pesquisa.

Os participantes tiveram liberdade de recusar sua participação em qualquer momento da realização da pesquisa ou retirar seu consentimento, sem penalização alguma e sem prejuízos à continuidade do tratamento na instituição em que ocorreu a pesquisa. Também foram tratados dignamente, respeitados em sua autonomia e vulnerabilidade. Garantiu-se a privacidade e o sigilo dos dados envolvidos na pesquisa.

Uma via do consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1) foi entregue a cada um dos participantes da pesquisa.

## **4- RESULTADOS**

Os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de pesquisa são apresentados na seguinte ordem: primeiramente os dados do perfil sócio-demográfico da amostra, depois os dados obtidos com a aplicação do BDI; em seguida os dados do *WHOQoL-bref* e finalmente a comparação e a correlação entre os dados do BDI e do *WHOQoL-bref*.

#### **4.1- Perfil sócio-demográfico da amostra**

Dos 110 portadores da doença de Chagas entrevistados, 49% eram do sexo masculino e 51% do sexo feminino. A média e a mediana das idades coincidiram em 51 anos, variando entre 23 e 82 anos, com desvio-padrão de 13 anos.

Quanto à vida profissional, 43,0% das mulheres não trabalhavam fora do lar; 20,0% do total de entrevistados estavam aposentados por invalidez e 8% por tempo de serviço. Excetuando-se um eletrotécnico e uma microempresária, os demais entrevistados exerciam atividades pouco qualificadas, destacando-se empregados domésticos, motoristas, porteiros, pedreiros, operadores de máquinas industriais e lavradores.

A **TABELA 1** detalha os resultados dos dados sócio-demográficos. Os entrevistados com idade inferior a 60 anos representavam 77,27% da amostra. Quanto à situação conjugal, dos 110 entrevistados, 72,73% afirmaram viver com parceiro(a), ou seja, estavam casados(as) ou viviam como casados(as). A religião predominante declarada foi a católica (73,64%); 80,91% dos entrevistados declararam que a renda familiar estava na faixa de um a três salários mínimos; 70,0% tinham ensino fundamental incompleto e 12,73% nunca foram à escola.

**Tabela 1-** Perfil sócio-demográfico da amostra (n=110)

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
Inferior a 60 anos	85	77,27
Igual ou superior a 60 anos	25	22,73
Total	110	100,00
<b>Gênero</b>		
Feminino	56	50,91
Masculino	54	49,09
Total	110	100,00
<b>Situação conjugal</b>		
Vivem com parceiro(a)	80	72,73
Vivem sem parceiro(a)	30	27,27
Total	110	100,00
<b>Religião</b>		
Católica	81	73,64
Evangélica	24	21,82
Espírita	1	0,91
Sem religião	4	3,63
Total	110	100,00
<b>Renda familiar</b>		
Entre 1 e 3 salários mínimos	89	80,91
Entre 3 e 5 salários mínimos	15	13,64
Entre 5 e 10 salários mínimos	6	5,45
Total	110	100,00
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolarização	14	12,73
Ensino fundamental incompleto	77	70,00
Ensino fundamental completo	6	5,45
Ensino médio incompleto	1	0,91
Ensino médio completo	12	10,91
Total	110	100,00

## 4.2- Distribuição por forma clínica da doença de Chagas

Houve predominância da forma cardíaca, seguida pelas formas indeterminada, digestiva e mista (**TABELA 2**).

**Tabela 2-** Distribuição da freqüência em relação às formas clínica da doença de Chagas

Forma clínica	Freqüência	%
Cardíaca	54	49,09
Indeterminada	29	26,36
Digestiva	14	12,73
Mista	13	11,82
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,00</b>

A **TABELA 3** descreve a distribuição da freqüência segundo as formas clínicas da doença de Chagas em relação a gênero, idade e situação conjugal da amostra. Observa-se maior percentual de homens na forma cardíaca e de mulheres nas demais formas clínicas. A maior parte dos integrantes da amostra referiu viver com parceiro(a). A maior média das idades é observada na forma digestiva, seguida pela forma mista, depois pela cardíaca e finalmente pela forma indeterminada.

**Tabela 3-** Distribuição da freqüência segundo as formas clínicas da doença de Chagas em relação aos dados sócio-demográficos da amostra (n=110)

Forma clínica da doença de Chagas	Gênero				Média das idades	Situação conjugal			
	Homens	%	Mulheres	%		Com parceiro(a)	%	Sem parceiro(a)	%
<b>Cardíaca</b>	31	57	23	41	52,5	39	49	15	50
<b>Digestiva</b>	6	11	8	14	56,9	10	12	4	13
<b>Indeterminada</b>	13	24	16	29	43,5	21	27	8	27
<b>Mista</b>	4	8	9	16	54,3	10	12	3	10
<b>Total</b>	<b>54</b>		<b>56</b>		<b>51,8</b>	<b>80</b>		<b>30</b>	



### 4.3- Resultados do BDI

Os dados obtidos por meio do BDI permitiram avaliar a intensidade dos sintomas depressivos e são apresentados a seguir.

Terminada a aplicação, calculava-se o escore total. Caso esse escore fosse classificado em nível grave de sintomas depressivos, o entrevistado recebia essa informação e um dos médicos responsáveis pelo atendimento clínico era informado. Atenção especial também foi dedicada às respostas aos sintomas 2 (Pessimismo) e 9 (idéias suicidas) que se enquadravam a partir do nível leve.

#### 4.3.1- Intensidade dos sintomas depressivos em relação às variáveis sócio-demográficas

O escore médio dos sintomas depressivos detectado na amostra masculina foi de 12,1. Na amostra feminina foi de 12,0 e a média geral foi de 11,87, com desvio-padrão de 8,72, mediana 10,0, com escore mínimo de 1 e máximo de 41. Os escores mais elevados foram 41 no sexo masculino e 40 no sexo feminino, e os mais baixos foram 1 e 2 respectivamente nos sexos masculino e feminino.

Considerando-se os pacientes com escores do BDI igual ou superior a 12, na **TABELA 4** observam-se 26 mulheres e 19 homens. Isso evidencia que, do total da amostra, 46,42% das mulheres e 35,18% dos homens apresentaram sintomas depressivos.

Na análise por idade, dos 110 pesquisados, 85 eram menores de 60 anos e 25 maiores de 60 anos. Dentre os que tinham menos de 60 anos, 38,82%, e dentre os 25 pacientes com 60 anos ou mais, 48% apresentaram sintomas depressivos.

Considerando-se a situação conjugal, dos 110 pacientes, 80 viviam com parceiro(a). Dentre os que viviam com parceiro(a), 41,25%, e dos 30 pacientes que viviam sem parceiro(a), 40% apresentaram sintomas depressivos.

Para comparar as seguintes variáveis: gênero, faixa idade e situação conjugal, em relação à presença ou não de sintomas depressivos, utilizou-se o teste qui-quadrado. Considerando que o nível de significância adotado foi de 5%, nessas comparações, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 4-** Resultado do BDI relacionando os níveis de intensidade dos sintomas depressivos com as variáveis sócio-demográficas

<b>Intensidade dos sintomas depressivos em relação ao gênero</b>			
<b>Níveis de intensidade</b>	<b>Sexo feminino</b> n=56	<b>Sexo masculino</b> n=54	<b>Total</b> n=110
<b>Nível mínimo (0 a 11)</b>	30 53,57%	35 64,81%	65
<b>Nível leve (12 a 19)</b>	20 35,71%	12 22,22%	32
<b>Níveis moderado e grave (20 a 63)</b>	6 10,71%	7 12,96%	13
<b>Com sintomas depressivos (níveis leve+moderado+grave)</b>	46,42%	35,18%	45
Qui-quadrado – p-valor: 0,2973			
<b>Intensidade dos sintomas depressivos em relação à idade</b>			
<b>Níveis de intensidade</b>	<b>Menores de 60</b> n=85	<b>Maiores de 60</b> n=25	<b>Total</b> n=110
<b>Nível mínimo (0 a 11)</b>	52 61,18%	13 52,00%	65
<b>Nível leve (12 a 19)</b>	23 27,06%	9 36,00%	32
<b>Níveis moderado e grave (20 a 63)</b>	10 11,76%	3 12,00%	13
<b>Com sintomas depressivos (níveis leve+moderado+grave)</b>	38,82%	48,00%	45
Qui-quadrado – p-valor: 0,6680			
<b>Intensidade dos sintomas depressivos em relação à situação conjugal</b>			
<b>Níveis de intensidade</b>	<b>Com parceiro(a)</b> n=80	<b>Sem parceiro(a)</b> n=30	<b>Total</b> n=110
<b>Nível mínimo (0 a 11)</b>	47 58,75%	18 60,00%	65
<b>Nível leve (12 a 19)</b>	24 30,00%	8 26,67%	32
<b>Níveis moderado e grave (20 a 63)</b>	9 11,25%	4 13,33%	13
<b>Com sintomas depressivos (níveis leve+moderado+grave)</b>	41,25%	40,00%	45
Qui-quadrado – p-valor: 0,9189			

#### 4.3.2- Intensidade dos sintomas depressivos em relação às formas clínicas da doença de Chagas

Na comparação entre a frequência de portadores da doença de Chagas que apresentaram níveis leve, moderado e grave de sintomas depressivos, observa-se, conforme a **TABELA 5**, que os pacientes classificados na forma digestiva apresentaram o maior percentual (64,29%).

Observa-se que na forma indeterminada concentrou-se o maior percentual de portadores da doença de Chagas sem sintomas depressivos e os menores percentuais de intensidade dos níveis depressivos.

O Teste Exato de Fisher evidenciou diferença estatisticamente significativa da forma indeterminada em relação às demais formas clínicas.

**Tabela 5-** Resultado do BDI relacionando os níveis de intensidade de sintomas depressivos com as formas clínicas da doença de Chagas

Níveis	Formas clínicas da doença de Chagas				
	Cardíaca	Digestiva	Indeterminada	Mista	Total
<b>Mínimo</b> (0 a 11)	27	5	25	8	65
	50,00%	35,71%	<b>86,21%</b>	61,54%	
Média (sem presença de sintomas depressivos) = 58,37%					
<b>Leve</b> (12 a 19)	21	4	3	4	32
	38,89%	28,58%	<b>10,34%</b>	30,77%	
<b>Moderado e grave</b> (20 a 63)	6	5	1	1	13
	11,11%	35,71%	<b>3,45%</b>	7,69%	
<b>Total</b> (n)	54	14	29	13	110
<b>Leve + moderado + grave</b>	27	9	<b>4</b>	5	45
Total <b>Leve + moderado + grave</b> (%)	50,00%	64,29%	13,79%	38,46%	
<b>Média (com presença de sintomas depressivos) = 41,63%</b>					

Teste Exato de Fisher p-valor: 0.0036

#### 4.3.3- Subescalas do BDI

Os autores do BDI referem-se a dois subconjuntos de itens: os primeiros treze itens constituem a subescala cognitivo-afetiva e os oito últimos itens compõem a subescala somática e de desempenho (Cunha, 2001).

A **TABELA 6** descreve as freqüências de sintomas depressivos. Foram consideradas as freqüências de sintomas leves a moderados para cada um dos sintomas avaliados do BDI, nessa amostra. Os sintomas depressivos mais freqüentes da subescala cognitivo-afetiva foram: irritabilidade (58,18%), tristeza (57,28%) e indecisão (42,73%). Os sintomas mais freqüentes da subescala somática e de desempenho são: fadigabilidade (75,45%), dificuldade de trabalhar (68,18%) e preocupações somáticas (62,73%).

Seguindo orientação de Cunha (2001), pode ser observada também a motivação suicida ou desinteresse pela vida, considerando-se os sintomas: pessimismo, idéias suicidas, retraimento social, indecisão e perda da libido. Quanto a esses sintomas, em ordem decrescente, encontram-se nessa amostra: perda da libido (52,72%), indecisão (42,73%), pessimismo (30,91%), retraimento social (14,55%) e idéias suicidas (7,27%).

O percentual de freqüência é maior na subescala somática e de desempenho (50,79%) que na subescala cognitivo-afetiva (30,14%), mostrando diferença estatisticamente significativa ( $p=0,015$ ).

**Tabela 6-** Distribuição da freqüência de sintomas depressivos de acordo com os resultados do BDI (n=110)

Sintomas depressivos	Apresentavam sintomas depressivos	
	Freqüência	%
1. Tristeza	63	57,28 ②
2. Pessimismo	34	30,91
3. Sentimento de fracasso	33	30,00
4. Insatisfação	39	35,45
5. Culpa	15	13,64
6. Punição	20	18,18
7. Auto-aversão	22	20,00
8. Auto-acusação	31	28,18
9. Idéias suicidas	8	7,27
10. Choro	39	35,46
11. Irritabilidade	64	58,18 ①
12. Retraimento social	16	14,55
13. Indecisão	47	42,73 ③
<b>Média da subescala cognitivo-afetiva</b>		<b>30,14%</b>
Desvio-padrão		15,88
14. Mudança de auto-imagem	23	20,91
15. Dificuldade de trabalhar	75	68,18 ②
16. Insônia	64	58,18
17. Fatigabilidade	83	75,45 ①
18. Perda de apetite	33	30,00
19. Perda de peso	42	38,18
20. Preocupações somáticas	69	62,73 ③
21. Perda da libido	58	52,72
<b>Média da subescala somática e de desempenho</b>		<b>50,79%</b>
Desvio-padrão		19,26

p=0,015 (t de Student)

O número em círculo após o percentual (%) da freqüência de sintomas depressivos indica a seqüência em ordem decrescente de percentual.

#### 4.3.3.1- Presença de sintomas depressivos em portadores da forma cardíaca da doença de Chagas

O escore médio de intensidade dos sintomas depressivos entre os homens cardiopatas foi de 12,3 e entre as mulheres cardiopatas foi de 12,1, sem diferença significativa (p= 0,772).

A **TABELA 7** aponta que as médias das freqüências de respostas são maiores na subescala somática e de desempenho em ambos os sexos. Na subescala cognitivo-afetiva, a média é maior no sexo feminino e na subescala somática e de desempenho, a média é maior no sexo masculino. Pode-se considerar que há diferenças significativas quando se comparam as duas subescalas tanto no sexo masculino ( $p=0,053$ ) como no sexo feminino ( $p=0,063$ ). Porém, não há diferença quando se compara cada subescala entre si em ambos os sexos. As maiores freqüências de sintomas depressivos encontradas entre os homens foram: fadigabilidade e dificuldade de trabalhar. Nas mulheres foram: preocupações somáticas e fadigabilidade. A menor freqüência encontrada no sexo feminino foi a das idéias suicidas. No sexo masculino não se registrou esse sintoma depressivo, mas retraimento social teve a menor freqüência observada.

**Tabela 7-** Frequência das respostas obtidas pelo BDI indicativas da presença de sintomas depressivos em portadores da forma cardíaca da doença de Chagas

Questões	Sintomas depressivos	Sexo Masculino (n=31)		Sexo Feminino (n=23)	
		Freqüência	%	Freqüência	%
<b>Subescala cognitivo-afetiva</b>					
1	Tristeza	16	51,6	15	65,2
2	Pessimismo	9	29,0	9	39,1
3	Sentimento de fracasso	9	29,0	4	17,3
4	Insatisfação	14	45,1	10	43,4
5	Culpa	6	19,3	4	17,3
6	Punição	10	32,2	4	17,3
7	Auto-aversão	5	16,1	7	30,4
8	Auto-acusação	14	45,1	6	26,0
9	Idéias suicidas	-	-	3	13,0
10	Choro	7	22,5	9	39,1
11	Irritabilidade	19	61,2	14	60,8
12	Retraimento social	4	12,9	4	17,3
13	Indecisão	18	58,0	9	39,1
<b>Subescala cognitivo-afetiva</b>		<b>32,4%</b>		<b>32,72%</b>	
<b>Desvio-padrão</b>		<b>18,63</b>		<b>17,01</b>	
<b>Diferença entre sexo masculino e feminino</b>				<b>p=0,971</b>	
<b>Subescala somática e de desempenho</b>					
14	Mudança da auto-imagem	6	19,3	6	26,0
15	Dificuldade de trabalhar	27	<b>87,0</b>	14	60,8
16	Insônia	16	51,6	13	56,5
17	Fatigabilidade	27	<b>87,0</b>	16	<b>69,5</b>
18	Perda de apetite	11	35,4	5	21,7
19	Perda de peso	8	25,8	7	30,4
20	Preocupações somáticas	16	51,6	17	<b>73,9</b>
21	Perda da libido	19	61,2	11	47,8
<b>Subescala somática e de desempenho</b>		<b>52,36%</b>		<b>48,32%</b>	
<b>Desvio-padrão</b>		<b>25,54</b>		<b>20,19</b>	
<b>Diferença entre sexo masculino e feminino</b>				<b>p=0,731</b>	
<b>Diferença entre a subescala cognitivo-afetiva e a subescala somática e de desempenho</b>		<b>p=0,053</b>		<b>p=0,063</b>	

#### 4.3.3.2- Presença de sintomas depressivos em portadores da forma indeterminada da doença de Chagas

O escore médio de intensidade dos sintomas depressivos na forma indeterminada entre os homens foi de 6,77 e entre as mulheres foi de 9,12, sem diferença significativa ( $p= 0,217$ ).

A **TABELA 8** mostra que as médias das freqüências de respostas são maiores na subescala somática e de desempenho em ambos os sexos. Na subescala cognitivo-afetiva e na subescala somática e de desempenho, as médias são maiores no sexo feminino; porém, sem diferenças significativas quando comparadas com o sexo masculino. Observa-se diferença significativa quando se comparam os resultados das duas subescalas no sexo masculino. As maiores freqüências de sintomas depressivos encontradas no sexo masculino foram fadigabilidade e perda de peso, e para as mulheres foram irritabilidade e preocupações somáticas. Não foram registrados os sintomas culpa, auto-aversão e idéias suicidas no sexo masculino e nem punição no sexo feminino. As menores freqüências foram encontradas em insatisfação e auto-acusação, retraimento social, mudança da auto-imagem e perda de apetite entre os homens. No sexo feminino, a menor freqüência ocorreu no sintoma insatisfação.



**Tabela 8-** Frequência das respostas obtidas pelo BDI indicativas da presença de sintomas depressivos em portadores da forma indeterminada da doença de Chagas

Questões	Sintomas depressivos	Sexo Masculino (n=13)		Sexo Feminino (n=16)	
		Frequência	%	Frequência	%
<b>Subescala cognitivo-afetiva</b>					
1	Tristeza	7	53,8	9	56,2
2	Pessimismo	2	15,3	3	18,7
3	Sentimento de fracasso	3	23,0	6	37,5
4	Insatisfação	1	7,6	1	6,2
5	Culpa	-	-	3	18,7
6	Punição	2	15,3	-	-
7	Auto-aversão	-	-	3	18,7
8	Auto-acusação	1	7,6	4	25,0
9	Idéias suicidas	-	-	2	12,5
10	Choro	2	15,3	6	37,5
11	Irritabilidade	6	46,1	12	<b>75,0</b>
12	Retraimento social	1	7,6	2	12,5
13	Indecisão	4	30,7	6	37,5
<b>Subescala cognitivo-afetiva</b>		<b>17,10%</b>		<b>27,38%</b>	
<b>Desvio-padrão</b>		<b>17,24</b>		<b>20,97</b>	
<b>Diferença entre sexo masculino e feminino</b>				<b>0,185</b>	
<b>Subescala somática e de desempenho</b>					
14	Mudança da auto-imagem	1	7,6	3	18,7
15	Dificuldade de trabalhar	6	46,1	6	37,5
16	Insônia	5	38,4	7	43,7
17	Fatigabilidade	9	<b>69,2</b>	7	43,7
18	Perda de apetite	1	7,6	4	25,0
19	Perda de peso	8	<b>61,5</b>	9	56,2
20	Preocupações somáticas	7	53,8	10	<b>62,5</b>
21	Perda da libido	4	30,7	7	43,7
<b>Subescala somática e de desempenho</b>		<b>39,36%</b>		<b>41,37%</b>	
<b>Desvio-padrão</b>		<b>23,08</b>		<b>14,54</b>	
<b>Diferença entre sexo masculino e feminino</b>				<b>p=0,838</b>	
<b>Diferença entre a subescala cognitivo-afetiva e a subescala somática e de desempenho</b>		<b>p=0,02</b>		<b>p=0,115</b>	

#### 4.3.3.3- Presença de sintomas depressivos em portadores da forma digestiva da doença de Chagas

Na forma digestiva, o escore médio de intensidade dos sintomas depressivos para o sexo masculino foi de 22,0 e para o sexo feminino foi de 16,6, sem diferença significativa ( $p= 0,435$ ).

A **TABELA 9** mostra que as médias das freqüências de respostas são maiores na subescala somática e de desempenho em ambos os sexos. Na subescala cognitivo-afetiva e na subescala somática e de desempenho, as médias são maiores no sexo masculino, mas sem diferenças significativas quando comparadas às médias do sexo feminino. No sexo masculino observa-se diferença significativa quando se comparam os resultados da subescala cognitivo-afetiva em relação à subescala somática e de desempenho. A maior freqüência encontrada na subescala cognitivo-afetiva nos homens foi choro e nas mulheres, tristeza. Todos os homens e mulheres, num total de 14, referiram insônia. As menores freqüências foram encontradas em culpa, punição, auto-aversão, auto-acusação e idéias suicidas entre os homens. Entre as mulheres, as menores freqüências ocorreram em culpa, idéias suicidas e retraimento social.

**Tabela 9-** Frequência das respostas obtidas pelo BDI indicativas da presença de sintomas depressivos em portadores da forma digestiva da doença de Chagas

Questões	Sintomas depressivos	Sexo Masculino (n=6)		Sexo Feminino (n=8)	
		Freqüência	%	Freqüência	%
<b>Subescala cognitivo-afetiva</b>					
1	Tristeza	4	66,6	6	<b>75,0</b>
2	Pessimismo	3	50,0	4	50,0
3	Sentimento de fracasso	3	50,0	5	62,5
4	Insatisfação	4	66,6	5	62,5
5	Culpa	1	16,6	1	12,5
6	Punição	2	33,3	2	25,0
7	Auto-aversão	1	16,6	3	37,5
8	Auto-acusação	1	16,6	3	37,5
9	Idéias suicidas	1	16,6	1	12,5
10	Choro	5	<b>83,3</b>	4	50,0
11	Irritabilidade	4	66,6	4	50,0
12	Retraimento social	3	50,0	1	12,5
13	Indecisão	3	50,0	4	50,0
<b>Subescala cognitivo-afetiva</b>		<b>44,83%</b>		<b>41,35%</b>	
<b>Desvio-padrão</b>		<b>22,97</b>		<b>20,66</b>	
<b>Diferença entre sexo masculino e feminino</b>				<b>0,688</b>	
<b>Subescala somática e de desempenho</b>					
14	Mudança da auto-imagem	3	50,0	2	25,0
15	Dificuldade de trabalhar	5	83,3	6	75,0
16	Insônia	6	<b>100,0</b>	8	<b>100,0</b>
17	Fatigabilidade	5	83,3	7	87,5
18	Perda de apetite	5	83,3	2	25,0
19	Perda de peso	3	50,0	4	50,0
20	Preocupações somáticas	4	66,6	5	62,5
21	Perda da libido	5	83,3	5	62,5
<b>Subescala somática e de desempenho</b>		<b>74,97%</b>		<b>60,94%</b>	
<b>Desvio-padrão</b>		<b>17,81</b>		<b>27,09</b>	
<b>Diferença entre sexo masculino e feminino</b>				<b>p=0,241</b>	
<b>Diferença entre a subescala cognitivo-afetiva e a subescala somática e de desempenho</b>		<b>p=0,005</b>		<b>p=0,076</b>	

#### 4.3.3.4- Presença de sintomas depressivos em portadores da forma mista da doença de Chagas

Na forma mista, o escore médio de intensidade dos sintomas depressivos para o sexo masculino foi de 9,75 e para o sexo feminino foi de 10,33, sem diferença significativa ( $p= 0,846$ ).

A **TABELA 10** identifica que as médias das freqüências de respostas na subescala somática e de desempenho são maiores em ambos os sexos. Na subescala cognitivo-afetiva a média é maior no sexo feminino e na subescala somática e de desempenho, a média é maior no sexo masculino. Comparando-se a subescala cognitivo-afetiva com a subescala somática e de desempenho em ambos os sexos, há diferenças significativas. As maiores freqüências de sintomas depressivos encontradas nos homens foram insônia e preocupações somáticas. Nas mulheres foram fadigabilidade e dificuldade de trabalhar. Os homens não referiram os seguintes sintomas depressivos: tristeza, culpa, punição, auto-aversão, idéias suicidas e retraimento social. As mulheres não referiram culpa e punição.

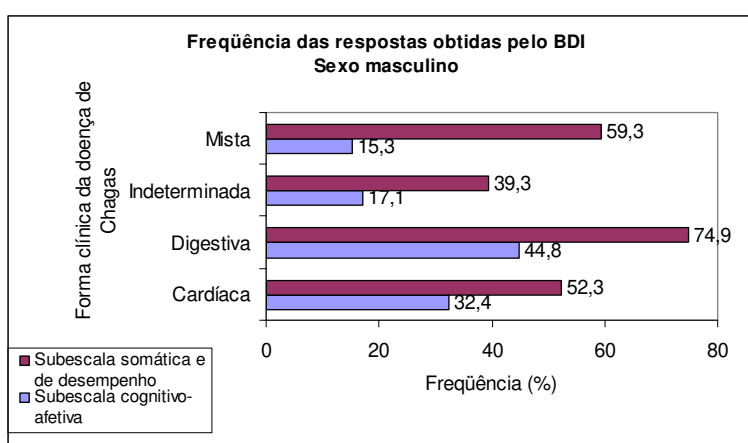
**Tabela 10-** Frequência das respostas obtidas pelo BDI indicativas da presença de sintomas depressivos em portadores da forma mista da doença de Chagas

Questões	Sintomas depressivos	Sexo Masculino (n=4)		Sexo Feminino (n=9)	
		Frequência	%	Frequência	%
<b>Subescala cognitivo-afetiva</b>					
1	Tristeza	-	-	6	66,6
2	Pessimismo	1	25,0	3	33,3
3	Sentimento de fracasso	1	25,0	2	22,2
4	Insatisfação	1	25,0	3	33,3
5	Culpa	-	-	-	-
6	Punição	-	-	-	-
7	Auto-aversão	-	-	3	33,3
8	Auto-acusação	1	25,0	1	11,1
9	Idéias suicidas	-	-	1	11,1
10	Choro	1	25,0	5	55,5
11	Irritabilidade	2	50,0	3	33,3
12	Retraimento social	-	-	1	11,1
13	Indecisão	1	25,0	2	22,2
<b>Subescala cognitivo-afetiva</b>		<b>15,38%</b>		<b>25,63%</b>	
<b>Desvio-padrão</b>		<b>16,26</b>		<b>19,94</b>	
<b>Diferença entre sexo masculino e feminino</b>				<b>p=0,164</b>	
<b>Subescala somática e de desempenho</b>					
14	Mudança da auto-imagem	1	25,0	1	11,1
15	Dificuldade de trabalhar	3	75,0	8	<b>88,8</b>
16	Insônia	4	<b>100,0</b>	5	55,5
17	Fatigabilidade	3	75,0	9	<b>100,0</b>
18	Perda de apetite	1	25,0	4	44,4
19	Perda de peso	1	25,0	2	22,2
20	Preocupações somáticas	4	<b>100,0</b>	6	66,6
21	Perda da libido	2	50,0	5	55,5
<b>Subescala somática e de desempenho</b>		<b>59,38%</b>		<b>55,51%</b>	
<b>Desvio-padrão</b>		<b>32,56</b>		<b>30,27</b>	
<b>Diferença entre sexo masculino e feminino</b>				<b>p=0,809</b>	
<b>Diferença entre as subescalas</b>		<b>p=0,000</b>		<b>p=0,013</b>	

#### 4.3.3.5- Frequência das respostas obtidas pelo BDI no sexo masculino

Na **FIGURA 2**, observa-se a frequência das respostas, em percentuais, obtidas pelo BDI no sexo masculino na subescala cognitivo-afetiva e na somática e de desempenho, e a distribuição por forma clínica da doença de Chagas.

Há diferença significativa entre a subescala cognitivo-afetiva e a subescala somática e de desempenho em todas as formas clínicas da doença de Chagas no sexo masculino (**TABELA 11**).

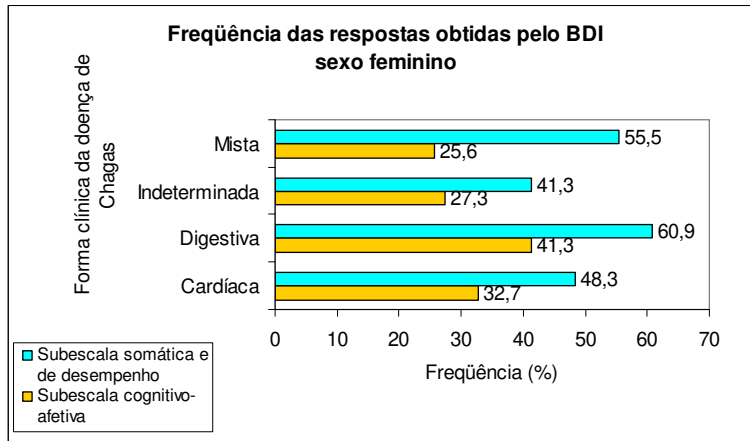


**Figura 2-** Frequência das respostas obtidas pelo BDI no sexo masculino

#### 4.3.3.6- Frequência das respostas obtidas pelo BDI no sexo feminino

Na **FIGURA 3**, observa-se a frequência das respostas, em percentuais, obtidas pelo BDI no sexo feminino na subescala cognitivo-afetiva e na somática e de desempenho, e a distribuição por forma clínica da doença de Chagas.

No sexo feminino, há diferença significativa entre a subescala cognitivo-afetiva e a subescala somática e de desempenho na forma mista da doença de Chagas; nas demais formas clínicas não há diferença entre as subescalas (**TABELA 11**).

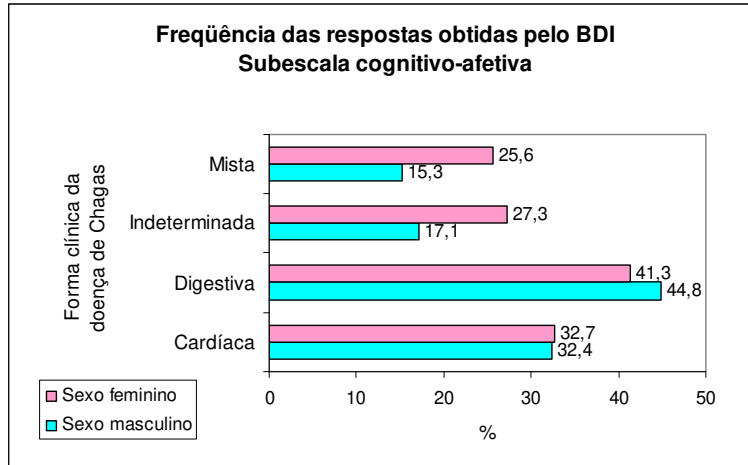


**Figura 3-** Freqüência das respostas obtidas pelo BDI no sexo feminino

#### 4.3.3.7- Freqüência das respostas obtidas pelo BDI na subescala cognitivo-afetiva: distribuição por forma clínica da doença de Chagas e a comparação entre os gêneros

Na **FIGURA 4**, observa-se a freqüência das respostas, em percentuais, obtidas pelo BDI na subescala cognitivo-afetiva, distribuída por forma clínica da doença de Chagas e comparada entre os gêneros.

Em todas as formas clínicas da doença de Chagas, na subescala cognitivo-afetiva, não há diferença significativa na comparação entre os gêneros (**TABELA 11**).



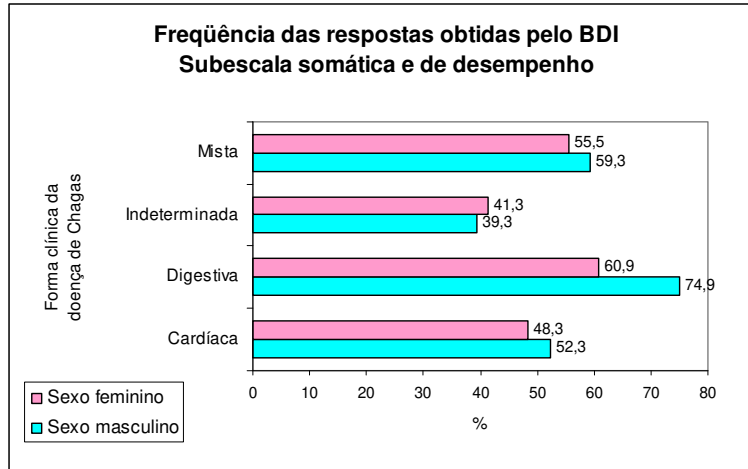
**Figura 4-** Freqüência das respostas obtidas pelo BDI na subescala cognitivo-afetiva

#### 4.3.3.8- Freqüência das respostas obtidas pelo BDI na subescala somática e de desempenho: distribuição por forma clínica da doença de Chagas e a comparação entre os gêneros

Na **FIGURA 5**, observa-se a freqüência das respostas, em percentuais, obtidas pelo BDI na subescala somática e de desempenho, distribuída por forma clínica da doença de Chagas e comparada entre os gêneros.

Em todas as formas clínicas da doença de Chagas, na subescala somática e de desempenho não há diferença significativa na comparação entre os gêneros (**TABELA 11**).





**Figura 5-** Freqüência das respostas obtidas pelo BDI na subescala somática e de desempenho

**Tabela 11-** Quadro comparativo das freqüências das respostas obtidas pelo BDI

Forma clínica da doença de Chagas	Subescala cognitivo-afetiva				Subescala somática e de desempenho				Diferenças entre as subescalas (t de Student)			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres		p (1)	p (2)	p (3)	p (4)
	%	DP	%	DP	%	DP	%	DP				
<b>Cardíaca</b>	32,4	18,6	32,7	17,0	52,3	25,5	48,3	20,1	0,053*	0,063	0,971	0,731
<b>Digestiva</b>	44,8	22,9	41,3	20,6	74,9	17,8	60,9	27,0	0,005*	0,076	0,688	0,241
<b>Indeterminada</b>	17,1	17,2	27,3	20,9	39,3	23,0	41,3	14,5	0,020*	0,115	0,185	0,838
<b>Mista</b>	15,3	16,2	25,6	19,9	59,3	32,5	55,5	30,2	0,000*	0,013*	0,164	0,809

\*  $p \leq 0,05$

- (1) subescala cognitivo-afetiva e subescala somática e de desempenho: homens.
- (2) subescala cognitivo-afetiva e subescala somática e de desempenho: mulheres.
- (3) subescala cognitivo-afetiva entre os gêneros.
- (4) subescala somática e de desempenho entre os gêneros.

#### 4.4- Resultados do *WHOQoL-bref*

Os dados coletados por meio do *WHOQoL-bref* são apresentados a seguir.

##### 4.4.1- Autopercepção a respeito da qualidade de vida

Em relação à qualidade de vida geral, a **TABELA 11** aponta 46% das mulheres e 55% dos homens que a percebem como “nem ruim e nem boa”. Observa-se também que 49% das mulheres e 37% dos homens a consideram “boa”. O percentual de pacientes que percebem a qualidade de vida como “ruim” é de 5% entre as mulheres e 6% entre os homens.

**Tabela 12-** Distribuição da frequência de respostas às questões 1 e 2 do *WHOQoL-bref* (n=110)

Questão 1 - Percepção sobre a qualidade de vida					
Nível	Escala de respostas	Frequência Mulheres	%	Frequência Homens	%
1	Muito ruim	-	-	-	-
2	Ruim	3	5	3	6
3	Nem ruim nem boa	26	46	30	55
4	Boa	27	49	20	37
5	Muito boa	-	-	1	2
	Total	56	100%	54	100%
Questão 2 - Satisfação em relação à saúde					
1	Muito insatisfeito	-	-	-	-
2	Insatisfeito	12	21	14	26
3	Nem satisfeito nem insatisfeito	13	23	14	26
4	Satisfeito	31	56	24	44
5	Muito satisfeito	-	-	2	4
	Total	56	100%	54	100%

Pode-se perceber, pela **TABELA 12**, que 56% das mulheres e 44% dos homens estão satisfeitos com a saúde. O percentual de pacientes insatisfeitos é de 21% entre as mulheres e de 26% entre os homens.

#### 4.4.2- Resultados apresentados nas respostas do *WHOQoL-bref*

As respostas dos 110 portadores da doença de Chagas possibilitaram a tabulação que se apresenta nesta seção.

##### 4.4.2.1- Respostas do *WHOQoL-bref* em relação à escala de intensidade de satisfação referentes às facetas dos domínios da qualidade de vida

A **TABELA 13** identifica que as mulheres se mostraram mais satisfeitas em relação ao acesso aos serviços de saúde e às relações sociais, e os homens, ao meio de transporte e às relações sociais que utilizam.

Em todos os itens avaliados, a intensidade de satisfação é maior que o de insatisfação. A maior insatisfação nas mulheres está relacionada ao sono e nos homens à atividade sexual.

**Tabela 13-** Resposta do *WHOQoL-bref* relacionando a escala de intensidade de satisfação com as facetas dos domínios da qualidade de vida (% de respostas)

Intensidade de satisfação		Insatisfação		Nem satisfação nem insatisfação		Satisfação		% Total
Facetas	Gênero	M	H	M	H	M	H	
Sono		16	13	7	5	27	32	100
Atividades da vida cotidiana		8	12	11	9	32	28	100
Capacidade de trabalho		13	14	8	14	29	22	100
Satisfação consigo mesmo		5	5	6	8	40	36	100
Relações sociais		4	2	4	6	43	41	100
Atividade sexual		11	18	18	9	22	22	100
Apoio social		3	5	7	8	42	35	100
Condições do local em que mora		5	8	5	7	41	34	100
Acesso aos serviços de saúde		5	7	3	5	43	37	100
		5	1	5	5	42	42	100

M = Mulheres    H = Homens

#### 4.4.2.2- Respostas do *WHOQoL-bref* em relação à escala de intensidade das facetas dos domínios da qualidade de vida

O item melhor avaliado por mulheres e homens, no que se refere à intensidade (**TABELA 14**) é o significado que se dá à vida.

Todos os entrevistados apresentaram alguma intensidade de dor física, concentrando-se num percentual maior de dor extrema (36%) e bastante dor (18%).

**Tabela 14-** Resposta do *WHOQoL-bref* relacionando a escala de intensidade com as facetas dos domínios da qualidade de vida (% de respostas)

Intensidade Facetas/Gênero	Nada		Muito pouco		Mais ou menos		Bastante		Extremamente		% Total
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	
A			8	14	15	9	9	9	19	17	100
B			15	15	21	21	10	11	4	3	100
C	4	3	13	12	13	21	20	13	1		100
D		1	5	2	6	8	37	35	3	3	100
E	1		4	6	27	25	20	17			100
F	2		5	7	24	22	19	19	1	1	100
G	1		4	5	19	23	27	20	1		100

Facetas:

A = dor física

B = dependência de tratamento

C = aproveitamento da vida

D = significado da vida

E = capacidade de concentração

F = segurança na vida diária

G = saúde do ambiente físico

M = Mulheres

H = Homens

#### 4.4.2.3- Respostas do *WHOQoL-bref* em relação à escala de freqüência de sentimentos negativos

No *WHOQoL-bref* havia uma pergunta acerca da freqüência de sentimentos negativos (como mau humor, desespero, ansiedade e depressão). Considerando-se os pacientes, mulheres e homens (**TABELA 15**), que apresentam esses sentimentos, o percentual foi de 94%.

**Tabela 15-** Resposta do *WHOQoL-bref* relacionando a escala de frequência com a presença de sentimentos negativos (% de respostas)

Escala de frequência	Nunca	Algumas vezes		Freqüentemente		Muito freqüentemente		Sempre		Total
		H	M	H	M	H	M	H	M	
<b>Gênero</b>	H	M	H	M	H	M	H	M	H	
<b>Sentimentos negativos</b>	6	5	3	9	4	24	28	13	8	100

H = Homens M = Mulheres

#### 4.4.2.4- Respostas do *WHOQoL-bref* em relação à escala de avaliação da mobilidade

Em relação à mobilidade (**TABELA 16**), o percentual de mulheres que a consideram boa e muito boa é levemente superior ao percentual de homens.

**Tabela 16-** Resposta do *WHOQoL-bref* relacionando a escala de avaliação com a mobilidade (% de respostas)

Escala de avaliação	Ruim		Nem ruim nem boa		Boa		Muito boa		%
	M	H	M	H	M	H	M	H	
<b>Gêneros</b>	M	H	M	H	M	H	M	H	Total
<b>Mobilidade</b>	2	6	8	11	38	30	3	2	100

M = Mulheres H = Homens

#### 4.4.2.5- Respostas do *WHOQoL-bref* em relação à escala de capacidade referentes às facetas dos domínios da qualidade de vida

Nas mulheres, a escassez de recursos financeiros teve o pior percentual e nos homens, esse foi para disponibilidade de informações e escassez de recursos financeiros (**TABELA 17**).

**Tabela 17-** Resposta do *WHOQoL-bref* relacionando a escala de capacidade com as facetas dos domínios da qualidade de vida (% de respostas)

Escala de capacidade	Nada		Muito pouco		Médio		Muito		Completamente		% Total
	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	
A		1	5	3	16	25	28	19		3	100
B	1		5	3	16	25	28	19		3	100
C	3	4	32	22	15	22		2			100
D	2	3	23	23	16	18	10	5			100
E	16	12	14	15	12	15	9	7			100

Facetas

A = nível de energia

E = oportunidades de lazer

B = aceitação da aparência física

M = Mulheres

C = recursos financeiros

H = Homens

D = disponibilidade de informações

#### 4.4.3- Domínios da qualidade de vida

Os escores obtidos com a aplicação do *WHOQoL-bref* foram transformados em escala 0-100. Analisando-se os dados da **TABELA 18**, percebe-se que o domínio das relações sociais foi o melhor avaliado pelos entrevistados, seguido pelo domínio psicológico, depois pelo domínio físico e finalmente pelo domínio do meio ambiente.

**Tabela 18-** Pontuação dos domínios que compõem o *WHOQoL-bref*

Domínios	Média	Ordem crescente de média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
<b>Físico</b>	58,99	3º	14,51	32,14	60,71	96,43
<b>Psicológico</b>	61,25	2º	14,08	12,50	66,67	79,17
<b>Relações sociais</b>	64,47	1º	13,39	25,00	66,67	100,00
<b>Meio ambiente</b>	53,24	4º	10,52	25,00	53,13	78,13

#### 4.4.4- Correlação dos domínios do *WHOQoL-bref* entre si

A análise de correlação de Pearson entre os escores dos domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente revelou que todos os domínios apresentam coeficientes significativos de correlação, sugerindo que, quanto melhor é a pontuação de um domínio, melhor é a pontuação nos demais domínios (**TABELA 19**).

O coeficiente de correlação mais alto foi verificado entre o domínio psicológico e o das relações sociais. O coeficiente de correlação mais baixo foi verificado entre os domínios do meio ambiente e o físico.

**Tabela 19-** Coeficientes de correlação entre os diferentes domínios entre si (n=110)

Domínios	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
<b>Físico</b>	X	0,41761	0,46804	0,34060 *
<b>Psicológico</b>	0,41761	X	0,52258	0,51529
<b>Relações sociais</b>	0,46804	0,52258	x	0,37827
<b>Meio ambiente</b>	0,34060 *	0,51529	0,37827	x

\* p = 0,0003, demais p = 0,0001

#### 4.5- Comparação entre os resultados do BDI e do *WHOQoL\_bref*

Os dados obtidos pelo BDI e pelo *WHOQoL-bref* foram comparados e são apresentados nesta seção.

##### 4.5.1- A intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida associados ao gênero

O domínio das relações sociais foi o melhor avaliado pelos homens (63,27) e pelas mulheres (65,63). O domínio do meio ambiente foi o pior avaliado pelos homens (53,13) e pelas mulheres (53,35).

A média da intensidade dos sintomas depressivos nas mulheres foi 11,61 e nos homens 12,15. Ambas as médias podem ser consideradas como nível leve.

Se comparados os níveis de sintomas depressivos entre os gêneros, os homens apresentaram nível ligeiramente superior. O teste de Mann-Witney revelou que a diferença não é significativa entre os gêneros quando se compara a intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida (**TABELA 20**).

**Tabela 20-** Resultados obtidos pelo BDI e pelo *WHOQoL-bref* associados ao gênero

Gênero	N	Variável	Média (**)	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	(*)p-valor
<b>Feminino</b>	56	BDI	11,61	7,79	2,00	10,00	40,00	0,8601
		Físico	60,08 <sup>③</sup>	14,16	32,14	62,50	82,14	0,3247
		Psicológico	61,31 <sup>②</sup>	14,49	12,50	66,67	79,17	0,7797
		Relações sociais	65,63 <sup>①</sup>	12,72	33,33	66,67	100,00	0,3684
		Meio ambiente	53,35 <sup>④</sup>	9,46	31,25	53,13	75,00	0,8291
<b>Masculino</b>	54	BDI	12,15	9,66	1,00	9,50	41,00	
		Físico	57,87 <sup>③</sup>	14,92	32,14	57,14	96,43	
		Psicológico	61,19 <sup>②</sup>	13,78	16,67	62,50	79,17	
		Relações sociais	63,27 <sup>①</sup>	14,07	25,00	62,50	100,00	
		Meio ambiente	53,13 <sup>④</sup>	11,61	25,00	54,69	78,13	

(\*) Teste de *Mann-Whitney*

(\*\*) O número em círculo após a média de cada domínio indica a seqüência em ordem decrescente de média, indicando que, quanto maior a média, melhor a qualidade de vida nesse domínio.

#### 4.5.2- A intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida associados à idade

Na comparação entre os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos com aqueles com idade inferior, observa-se na **TABELA 21**, que a média da intensidade dos sintomas depressivos nos dois grupos, pode ser classificada no nível leve de depressão (11,44 e 12,00 respectivamente). As pessoas mais jovens



apresentaram nível de sintomas depressivos ligeiramente superior ao que se verificou àquelas mais idosas.

O domínio das relações sociais é o melhor avaliado pelos pacientes mais jovens (64,61) e o domínio psicológico pelos mais idosos (64,17).

A intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida não apresentaram diferença estatisticamente significativa na comparação por idade.

**Tabela 21-** Resultados obtidos pelo BDI e pelo *WHOQoL-bref* associados à idade

Idade	N	Variável	Média (**)	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	(*)p-valor
< 60	85	BDI	12,00	9,30	1,00	9,00	41,00	0,7243
		Físico	59,96③	13,75	32,14	60,71	96,43	0,2420
		Psicológico	60,39②	14,68	12,50	66,67	79,17	0,3407
		Relações sociais	64,61①	14,20	25,00	66,67	100,00	0,5988
		Meio ambiente	52,94④	10,18	25,00	53,13	75,00	0,7503
≥ 60	25	BDI	11,44	6,51	2,00	10,00	27,00	
		Físico	55,71③	16,75	32,14	57,14	82,14	
		Psicológico	64,17①	11,60	37,50	66,67	79,17	
		Relações sociais	64,00②	10,41	41,67	66,67	83,33	
		Meio Ambiente	54,25④	11,79	31,25	53,13	78,13	

(\*) Teste de *Mann-Whitney*

(\*\*) O número em círculo após a média de cada domínio indica a seqüência em ordem decrescente de média, indicando que, quanto maior a média, melhor a qualidade de vida nesse domínio.

4.5.3- A intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida associados à situação conjugal

Na **TABELA 22** verifica-se que a média da intensidade dos sintomas depressivos entre os pacientes que vivem com parceiro(a) (11,79) e os que vivem sem parceiro(a) (12,10) pode ser considerada nível leve.

O domínio melhor avaliado foi o das relações sociais, tanto para os que vivem com e os que vivem sem parceiro(a) (64,90 e 63,33 respectivamente). O domínio do meio ambiente foi o pior avaliado pelos dois grupos.

Não se observa diferença estatisticamente significativa entre o grupo de pacientes que vivem com e dos que vivem sem parceiro(a) em relação à intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida (**TABELA 22**).

**Tabela 22-** Resultados obtidos pelo BDI e pelo *WHOQoL-bref* associados à situação conjugal

Situação Conjugal	N	Variável	Média (**)	Desvio-Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	(*)p-valor
Com parceiro(a)	80	BDI	11,79	8,37	1,00	10,00	41,00	0,8511
		Físico	58,13③	14,60	32,14	57,14	96,43	0,3023
		Psicológico	61,51②	13,82	12,50	62,50	79,17	0,9408
		Relações sociais	64,90①	11,69	33,33	66,67	100,00	0,9062
		Meio ambiente	53,20④	11,14	25,00	53,13	78,13	0,9731
Sem Parceiro(a)	30	BDI	12,10	9,74	2,00	9,50	40,00	
		Físico	61,31②	14,26	32,14	64,29	82,14	
		Psicológico	60,56③	14,99	20,83	66,67	79,17	
		Relações sociais	63,33①	17,31	25,00	66,67	100,00	
		Meio ambiente	53,33④	8,84	34,38	53,13	75,00	

(\*) Teste de *Mann-Whitney*

(\*\*) O número em círculo após a média de cada domínio indica a seqüência em ordem decrescente de média, indicando que, quanto maior a média, melhor a qualidade de vida nesse domínio.

#### 4.5.4- A intensidade dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida associados às formas clínicas da doença de Chagas

Observa-se pela **TABELA 23** a média da intensidade dos sintomas depressivos por ordem decrescente: forma digestiva (17,50); forma cardíaca (12,50); forma mista (11,69); forma indeterminada (8,07). A média obtida na forma indeterminada da doença de Chagas pode ser considerada “normal” e as demais no nível leve de sintomas depressivos.

As menores médias em todos os domínios estão na forma digestiva da doença de Chagas e as maiores estão na forma indeterminada nos domínios físico, psicológico e das relações sociais e na forma mista no domínio do meio ambiente (**TABELA 23**).

Percebem-se diferenças significativas entre as seguintes médias:

- a) do BDI na forma digestiva em relação à forma indeterminada ( $p=0,0219$ );
- b) do domínio físico na forma indeterminada em relação às demais formas clínicas ( $p=0,0001$ );
- c) do domínio das relações sociais na forma indeterminada em relação às demais formas clínicas ( $p=0,0389$ ).

Não se percebem diferenças significativas nas médias dos domínios psicológico e do meio ambiente em relação a todas as formas clínicas da doença de Chagas.

**Tabela 23-** Resultados obtidos pelo BDI e pelo *WHOQoL-bref* associados às formas clínicas da doença de Chagas

Sexo	N	Variável	Média (**)	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	(*)p-valor
<b>Cardíaca</b>	54	BDI	12,50②	8,92	2,00	11,50	40,00	<b>0,0219</b>
		Físico	56,35③	14,16	32,14	57,14	96,43	<b>0,0001</b>
		Psicológico	59,72③	14,20	20,83	62,50	79,17	0,2298
		Relações Sociais	62,19③	14,90	25,00	58,33	100,00	<b>0,0389</b>
		Meio ambiente	53,30②	11,10	25,00	23,13	78,13	0,9991
<b>Digestiva</b>	14	BDI	17,50①	12,31	2,00	13,50	41,00	
		Físico	50,00④	14,76	32,14	46,43	78,57	
		Psicológico	58,63④	15,72	16,67	62,50	75,00	
		Relações Sociais	61,90④	12,10	33,33	66,67	75,00	
		Meio ambiente	52,90④	12,59	25,00	53,13	75,00	
<b>Indeterminada</b>	29	BDI	8,07④	5,04	1,00	8,00	26,00	
		Físico	69,33①	9,18	53,57	71,43	82,14	
		Psicológico	64,94①	13,34	12,50	70,83	79,17	
		Relações Sociais	69,83①	11,23	33,33	75,00	100,00	
		Meio ambiente	53,13③	9,19	31,25	53,13	71,88	
<b>Mista</b>	13	BDI	11,69③	6,50	3,00	10,00	27,00	
		Físico	56,59②	14,27	32,14	60,71	75,00	
		Psicológico	62,18②	13,23	33,33	66,67	79,17	
		Relações Sociais	64,74②	9,71	50,00	66,67	75,00	
		Meio ambiente	53,61①	9,62	34,38	53,13	68,75	

(\*) Anova nos *ranks*

(\*\*) O número em círculo após a média de cada domínio e na média do BDI indica a seqüência em ordem decrescente de média, comparados os domínios do *WHOQoL-bref* nas quatro formas clínicas. Entende-se que quanto maior a média, melhor a qualidade de vida no domínio. Na comparação entre os escores do BDI, entende-se que, quanto menor o escore, menor a intensidade de sintomas depressivos.

#### 4.5.5- Correlação entre os sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida

Observa-se pela **TABELA 24**, que os quatro domínios da QV apresentam correlação negativa com os sintomas depressivos. A correlação é inversa, isto é, quanto maior o escore dos domínios, indicando “melhor qualidade de vida”, menor a intensidade dos sintomas depressivos.

Observa-se uma correlação negativa mais evidente entre os sintomas depressivos e o domínio psicológico; uma correlação menos evidente entre os sintomas depressivos e os domínios físico e o das relações sociais, além de uma correlação negativa fraca entre os sintomas depressivos e o domínio do meio ambiente.

**Tabela 24-** Comparação entre *WHOQoL-bref* e BDI

	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
BDI	-0,55639 *	-0,70420 *	-0,51844 *	-0,32261 *
P	0,0001	0,0001	0,0001	0,0006

\* Coeficiente de correlação de *Pearson*

## **5- DISCUSSÃO**

Na literatura científica não há referências a estudos que tivessem avaliado a presença de sintomas depressivos, através de um instrumento como o BDI, e a qualidade de vida com a aplicação do *WHOQoL-bref*, em portadores da doença de Chagas, o que não permite a comparação dos dados obtidos com outras pesquisas sobre essa enfermidade. Em decorrência desse fato, neste capítulo serão discutidos os resultados encontrados nesta pesquisa com estudos realizados com portadores de outras doenças crônicas, utilizando-se dos mesmos instrumentos de pesquisa no Brasil.

### **5.1- Dados sócio-demográficos**

Em relação à amostra, dos 110 entrevistados, 77,27% apresentavam idade inferior a 60 anos. A média das idades observada neste estudo foi de 51 anos, variando entre 23 e 82 anos. Estudos de Mota *et al.* (2006) apontaram idade média de 55 anos e Kamiji e Oliveira (2005) encontraram média de 65 anos em portadores da doença de Chagas crônica atendidos em hospital de referência em Ribeirão Preto (SP).

Observou-se o baixo nível de escolaridade formal: 70,0% apresentavam ensino fundamental incompleto e 12,73% nunca tinham freqüentado escola. O baixo nível de escolaridade também foi encontrado em estudo de Magnani, Oliveira e Gontijo (2007): em média três anos de estudo. Mota *et al.* (2006), numa amostra de 100 portadores da doença de Chagas, identificaram 56% que negavam escolaridade formal; as mesmas autoras identificaram estudos salientando que o baixo nível de escolaridade é um dos fatores predisponentes ao desenvolvimento de desesperanças e dificuldades emocionais, bem como a redução da capacidade de tenacidade e inovação, o que caracteriza baixa resiliência.

Quanto à atividade laboral, neste trabalho, 8% da amostra referiam estar aposentados por tempo de serviço e 20% por invalidez. Mota *et al.* (2006) identificaram 29% de aposentados. Essa informação está coerente com estudos

de Siqueira-Batista *et al.* (2007), que destacam os custos dos impactos financeiros envolvendo as concessões de auxílio-doença e aposentadorias por invalidez. Também reforça a consideração de que a doença de Chagas se constitui em problema de saúde pública no Brasil (Uchôa *et al.*, 2002).

## 5.2- Avaliação da presença de sintomas depressivos por meio do BDI

A pesquisa bibliográfica evidenciou que não há um consenso em relação aos pontos de corte do BDI, o que torna difícil a comparação entre os diversos estudos encontrados.

Verificou-se, por meio da análise descritiva, que a média geral dos escores dos sintomas depressivos nos portadores da doença de Chagas nesta pesquisa é de 11,87. Considerando-se os pontos de corte propostos por Cunha (2001), essa média pode ser classificada no nível leve de intensidade dos sintomas depressivos.

A média dos escores relacionados aos sintomas depressivos nas mulheres foi de 11,61 e de 12,15 nos homens, sem diferença significativa (**TABELA 19**). Médias maiores eram esperadas em mulheres, porém, as diferenças encontradas foram numericamente pequenas. Nos pacientes com menos de 60 anos, a média foi de 12,00 e nos indivíduos mais idosos foi de 11,44, também sem diferença significativa (**TABELA 20**). Esse resultado, de certa forma, não era esperado, pois se sabe que, com o envelhecimento, aumenta a ocorrência de comorbidades e suas complicações, e assim os sintomas depressivos também se elevam na presença de doenças crônicas associadas (Ciechanowski, Katon e Russo, 2000). Nos portadores da doença de Chagas que vivem com parceiro(a) a média foi de 11,79 e 12,10 naqueles que vivem sem parceiro(a) (**TABELA 21**).

No cômputo geral, considerando-se os 21 sintomas do BDI, 41,63% dos portadores da doença de Chagas apresentaram sintomas depressivos, em diferentes níveis (**TABELA 5**), e 58,37% não apresentaram. Do total da amostra



(n= 110), 35,18% dos homens e 46,42% das mulheres apresentaram sintomas depressivos, considerando-se escores acima de 12 no BDI (**TABELA 4**). Constatou-se que a média de intensidade dos sintomas depressivos nas mulheres é mais alta que a média encontrada nos homens, embora sem diferença estatisticamente significativa ( $p=0,297$ ). Gorenstein e Andrade (1998) e Fleck *et al.* (2003b) encontraram escores significativamente mais altos em mulheres que em homens em amostra de pacientes deprimidos.

Por outro lado, os resultados comprovaram que entre 30,14% (**TABELA 6**, média da subescala cognitivo-afetiva) a 41,63% (**TABELA 5**, média geral no BDI) dos portadores da doença de Chagas apresentavam algum grau de sintomatologia depressiva. Esses resultados estão coerentes com estudos realizados por Fleck *et al.* (2003a) que concluíram que, para uma população específica, os índices de sintomas depressivos podem chegar em torno de 40 a 50%.

Se forem considerados escores 18/19 para estimativa de presença de sintomas depressivos em populações normais (Oliver e Simmons<sup>13</sup>, 1984), na presente pesquisa pode-se afirmar que 17,27% (19 pacientes) apresentavam sintomas depressivos.

Para pacientes com doenças físicas, Cunha (2001) sugere o uso do BDI na forma curta, ou seja, em sua subescala cognitivo-afetiva, incluindo os primeiros treze sintomas depressivos do BDI. Dessa forma, não estaria afetada pela subescala somática e de desempenho, com a inclusão dos últimos oito sintomas depressivos do BDI, que poderiam ser causados pela doença física e seu tratamento. Nesse caso, o ponto de corte deve ser maior que 10 para avaliar níveis moderados e graves de sintomas depressivos (Cunha, 2001). A esse respeito, Furlanetto *et al.* (2008), em estudo para verificar a validade do BDI-SF (*Beck Depression Inventory, Short Form* - Inventário Beck de Depressão, versão curta), concluíram que o melhor ponto de corte depende da finalidade do uso do

---

<sup>13</sup> Oliver JM, Simmons ME *apud* Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001. p.12.

instrumento. Caso seja usado para rastreamento, o melhor ponto de corte é 9/10, mas se o desejado é ter poucos falso-positivos, os autores sugerem o ponto de corte de 13/14.

Se for considerado o ponto de corte 13 na subescala cognitivo-afetiva da amostra desta pesquisa, 10,9% (7 portadores da doença de Chagas do sexo masculino e 5 do sexo feminino) apresentaram sintomas depressivos, o que pode ser considerado percentual baixo.

Comparando-se as subescalas nas diversas formas clínicas da doença de Chagas, observou-se que na forma digestiva, 64,29% dos pacientes apresentavam sintomas depressivos; na forma cardíaca 50,0%; na forma mista 38,46% e na forma indeterminada 13,79% (**TABELA 5**), o que sugere que os sintomas depressivos afetam mais os portadores da doença de Chagas na forma digestiva da moléstia. Outro ponto a ser considerado é que a média das idades (56,9 anos) na forma digestiva foi a maior verificada dentre as quatro formas clínicas da doença (**TABELA 3**). As demais médias das idades: 54,3 anos, 52,5 anos e 43,5 anos foram encontradas respectivamente, para as formas mista, cardíaca e indeterminada.

A menor média na subescala cognitivo-afetiva (**GRÁFICO 1**) foi encontrada na forma mista para homens (15,38%) e mulheres (25,63%). Na subescala somática e de desempenho (**GRÁFICO 2**), a menor média ocorreu na forma indeterminada no sexo masculino (39,36%) e na forma indeterminada no sexo feminino (41,37%). Comparando-se as médias das freqüências de respostas nas formas clínicas da doença de Chagas na subescala cognitivo-afetiva (**GRÁFICO 3**), a maior média foi encontrada na forma digestiva, tanto no sexo masculino (44,83%) como no sexo feminino (41,35%).

Na subescala somática e de desempenho (**GRÁFICO 4**) foi encontrada também a maior pontuação na forma digestiva, tanto no sexo masculino (74,97%) como no sexo feminino (60,94%). Esses resultados sugerem que os sintomas depressivos afetam mais os portadores da forma digestiva da doença de Chagas,

tanto na esfera cognitivo-afetiva quanto na somática e de desempenho. Na classificação por forma clínica da doença de Chagas, a média dos escores relacionados aos sintomas depressivos foi 17,50 na forma digestiva, 12,50 na forma cardíaca, 11,69 na forma mista e 8,07 na forma indeterminada (**TABELA 22**). Esses achados permitem supor que a idade mais elevada, o maior número de mulheres e a possível presença de maior número de comorbidades associadas à doença de Chagas tenham apresentado repercussão importante no que se refere à manifestação de sintomas depressivos. Outro aspecto a ser considerado é o fato de que, dentre os pacientes classificados na forma digestiva, quatro já haviam passado por cirurgia de megaesôfago. A esse respeito, Martins, Morais e Cunha-Melo<sup>14</sup> (1993) referem que os benefícios do tratamento cirúrgico no megaesôfago são incertos, ao se tentar tratar alterações irreversíveis que ocorrem na fase crônica da doença.

Os sintomas que mais contribuíram para a presença de sintomas depressivos na subescala cognitivo-afetiva na forma cardíaca da doença de Chagas foram irritabilidade e indecisão no sexo masculino e tristeza e irritabilidade no sexo feminino. Na forma indeterminada, constatou-se maior ocorrência de tristeza e irritabilidade nos homens e irritabilidade nas mulheres. Na forma digestiva, constatou-se o sintoma choro nos homens. Houve mais tristeza, insatisfação e irritabilidade, tanto entre os homens como nas mulheres. Na forma mista, o achado mais comum foi irritabilidade nos homens, e tristeza nas mulheres. Esses resultados sugerem que irritabilidade e tristeza são os sintomas depressivos mais comuns, considerando-se todas as formas clínicas da doença de Chagas. Esses sintomas depressivos podem surgir em resposta ao que é vivido como imutável (Uchôa *et al.*, 2002), pois a doença de Chagas é compreendida pelo seu portador como incurável (Araújo *et al.*, 2000).

---

<sup>14</sup> Martins P, Morais BB, Cunha-Mello JR *apud* Kamiji MM, Oliveira RB. O perfil dos portadores de doença de Chagas, com ênfase na forma digestiva, em hospital terciário de Ribeirão Preto, SP. *Rev Soc Brasil Med Trop.* 38(4):305-9.

Na subescala somática e de desempenho, os sintomas mais comumente expressos foram: fadigabilidade, dificuldade de trabalhar e preocupações somáticas. Calculados os percentuais de frequência dos sintomas depressivos (**TABELA 6**), de acordo com o BDI, na subescala cognitivo-afetiva, obtém-se 30,14% e na subescala somática e de desempenho, 50,79%. Pode-se considerar que os portadores da doença de Chagas apresentam maior prejuízo na esfera somática e de desempenho.

Isso poderia estar associado à presença da doença física e seu tratamento (Cunha, 2001). Ressalte-se que devem ser consideradas, também, as complicações decorrentes da doença física.

O BDI é um instrumento que permite mensurar a intensidade dos sintomas depressivos, não sendo indicado para identificar categorias nosológicas, mas pode oferecer importantes subsídios do ponto de vista clínico, não somente pelo nível do escore total, mas também em relação ao conteúdo específico dos itens pesquisados, constituindo subescalas. Deve-se dar atenção especial aos itens 2 (Pessimismo) e 9 (Idéias suicidas), diante de respostas com escore maior que 1 em ambos os itens, devido à existência de potencial suicida (Cunha, 2001). Considerando esse aspecto, a pesquisa identificou apenas uma paciente do sexo feminino, 53 anos, cor branca, casada, empregada doméstica, renda familiar de 3 salários mínimos, com nível leve de sintomas depressivos no item 9 (Idéias suicidas) e nível mínimo de depressão no item 2 (Pessimismo) e escore total classificado no nível moderado de sintomas depressivos. Essa paciente demonstrou nível grave de insônia e níveis moderados de indecisão e fadigabilidade; por outro lado, apresentou níveis mínimos de sentimento de fracasso, culpa, punição, auto-aversão, auto-acusação, mudança da auto-imagem, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido. A paciente foi encaminhada para o serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas/UNICAMP.

Estudo de Diniz *et al.* (2006) com 62 pacientes oncológicos submetidos a cuidados paliativos, em 2005, na região do ABC (São Paulo) apontou que 67,74% dos mesmos apresentavam sintomas depressivos, sendo que 33,87% tinham sintomas depressivos de nível moderado ou grave e escore médio de 15,66. Os pontos de corte utilizados foram os mesmos usados na presente pesquisa.

Comparando-se os resultados desse estudo e os desta pesquisa, pode-se compreender que os portadores da doença de Chagas apresentavam menor frequência e níveis menos intensos de sintomas depressivos que os pacientes oncológicos em cuidados paliativos, o que pode ser associado ao curso distinto dos quadros clínicos desses dois grupos de pacientes.

Lorençatto *et al.* (2002) avaliaram sintomas depressivos, por meio do BDI, em 50 mulheres com endometriose e dor pélvica, cuja média ficou em torno de 20,8, sendo que 92% delas apresentaram alguma intensidade de sintomas depressivos. O mesmo estudo detectou outros estudos na literatura em que se constatou que a prevalência de sintomas depressivos em pacientes com dor crônica pode chegar a 78%.

No presente estudo, evidenciou-se que as portadoras da doença de Chagas tinham pontuação média de 12 no BDI, e que 46,42% delas sintomas depressivos em graus variados. Comparando-se os resultados dessas duas pesquisas, as portadoras da doença de Chagas apresentam menor frequência e menores índices de intensidade de sintomas depressivos que as mulheres com endometriose e dor pélvica, embora essas últimas apresentem uma moléstia crônica que não cursa com mortalidade alta, ao contrário do grupo estudado por Diniz *et al.* (2006).

Na **TABELA 25**, observam-se as médias obtidas nas amostras utilizadas para tradução e validação do BDI na versão em português (Cunha, 2001).

**Tabela 25-** Médias de intensidade dos sintomas depressivos obtidas na tradução e validação do BDI

Classificação	Grupos pesquisados	Médias
1	Obesidade	9,09
2	Cardiopatía	11,03
3	Serviços de atenção primária à saúde	12,63
4	Dor crônica	15,18
5	Doença pulmonar obstrutiva crônica	16,53
6	Diabetes <i>mellitus</i> II	16,73
7	Disfunção erétil	17,26
8	Infecção por HIV/AIDS	21,48

Fonte: Cunha, 2001.

Comparando-se com as médias dos oito grupos de pacientes mostrados na **TABELA 25**, a média de intensidade dos sintomas depressivos obtida na presente pesquisa: **11,87** está entre as três menores médias obtidas.

### **5.3- Avaliação da Qualidade de vida por meio do *WHOQoL-bref***

Estudo de Magnani, Oliveira e Gontijo (2007) com portadores da doença de Chagas submetidos a implante de marcapasso conclui que os mitos, os significados culturais, os valores negativos que definem a doença no âmbito popular acarretam conseqüências psicológicas e sociais que limitam a vida dos portadores dessa enfermidade.

No presente estudo, comparando-se os escores dos domínios nas quatro formas clínicas, verificou-se que: a) todos os quatro domínios são mais prejudicados na forma digestiva; b) os domínios físico, psicológico e das relações sociais são os melhores avaliados na forma indeterminada.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas médias dos escores obtidos no BDI entre a forma digestiva e a indeterminada.

No domínio físico, a forma indeterminada apresenta diferença significativa em relação às demais formas clínicas. Não há diferença estatisticamente significativa entre as formas clínicas cardíaca, digestiva e mista.

Não há diferenças estatisticamente significativas entre os domínios psicológico e do meio ambiente nas quatro formas clínicas da doença de Chagas.

No domínio das relações sociais, na forma indeterminada, há diferença estatisticamente significativa em relação às demais formas clínicas.

Na forma digestiva, todos os domínios e a intensidade dos sintomas depressivos foram os piores avaliados quando comparados às demais formas clínicas da doença de Chagas.

Na forma indeterminada, os domínios físico, psicológico e das relações sociais foram os melhores avaliados, o que não se confirmou para o domínio do meio ambiente.

O domínio das relações sociais foi o melhor avaliado em todas as formas clínicas da doença de Chagas.

O domínio do meio ambiente foi o pior avaliado nas formas cardíaca, indeterminada e mista. Na forma digestiva, o domínio físico foi o pior avaliado.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os resultados dos sintomas depressivos e os domínios da qualidade de vida associados a gênero, idade e situação conjugal, o que leva a supor que, nos integrantes desta amostra, os sintomas depressivos independem de gênero, idade e situação conjugal.

Foram encontrados estudos com a aplicação do *WHOQoL-bref* em portadores de doenças crônicas, cujos escores foram apresentados em escala 0-20 e outros em escala 0-100. O presente trabalho é apresentado na escala

0-100; por isso, os estudos selecionados para comparações também foram apresentados nessa escala e serão discutidos a seguir.

Pesquisa de Aguilar (2004) com 287 portadores de diabetes *mellitus* tipo 2, no México, por meio de entrevista, com a aplicação do *WHOQoL-bref*, obteve os seguintes resultados: o domínio das relações sociais (59,27) foi o melhor avaliado; em segundo lugar o domínio psicológico (58,13); em terceiro lugar o domínio físico (56,9) e finalmente o domínio do meio ambiente foi o pior avaliado (51,20). Obteve-se correlações moderadas e estatisticamente significativas entre os quatro domínios do *WHOQoL-bref*, sendo a maior delas entre os domínios físico e psicológico ( $r=0,481$ ).

Michelone e Santos (2004) realizaram estudo entre 1995 a 2000, no estado de São Paulo, utilizando o *WHOQoL-bref* em 31 pacientes com câncer colorretal com e sem ostomia e chegaram aos seguintes escores: a) em pacientes com ostomia – o domínio psicológico (68,2) foi o que recebeu melhor avaliação; em segundo lugar foi o domínio físico (68,1); em terceiro, o domínio das relações sociais (66,6); e finalmente o domínio do meio ambiente (65,3); b) em pacientes sem ostomia – o domínio das relações sociais foi o melhor avaliado (64,7); em segundo lugar foi o domínio psicológico (62,7); em terceiro, o domínio do meio ambiente e o pior avaliado o domínio físico (58,6). Em todos os domínios, os pacientes com câncer colorretal com ostomia apresentaram melhor avaliação.

Estudo de Santos, França Junior e Lopes (2007), com 365 portadores de HIV/AIDS, vivendo no estado de São Paulo, apresentaram as médias dos domínios obtidas com a aplicação do *WHOQoL-bref* na seguinte ordem: o domínio psicológico foi o melhor avaliado (14,9); em segundo lugar o domínio físico (14,6); em terceiro lugar o domínio das relações sociais (14,2); e finalmente o domínio do meio ambiente (13,5). As mulheres obtiveram escores menores nos domínios psicológico e do ambiente, quando comparados aos homens.

Fleck *et al.* (2000), no estudo para validação do *WHOQoL-bref* para a língua portuguesa, identificaram em amostra com 250 pacientes de um hospital geral em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e 50 voluntários-controle, com a



aplicação do *WHOQoL-bref*, os seguintes escores: a) os pacientes do serviço de Psiquiatria avaliaram melhor o domínio das relações sociais (13,9); em segundo lugar o domínio físico (13,5); em terceiro o domínio psicológico (13,3); e, por último, o domínio do meio ambiente (13,1). Os pacientes do serviço de Clínica Médica avaliaram melhor o domínio das relações sociais (15,7); em segundo lugar o domínio psicológico (14,9); em terceiro lugar o domínio do meio ambiente; e o pior avaliado foi o domínio físico (13,0). As pacientes do serviço de Ginecologia avaliaram melhor o domínio das relações sociais (15,5); em segundo lugar o domínio psicológico (14,7); em terceiro o domínio físico (13,8), sendo o último o domínio do meio ambiente (13,2). Os pacientes do serviço de Cirurgia avaliaram em primeiro lugar o domínio das relações sociais (15,6); em segundo lugar o domínio psicológico (14,7); em terceiro lugar o domínio do meio ambiente (13,3) e por último o domínio físico (13,2). Por outro lado, os voluntários-controle (padrão-normativo para a população brasileira) tiveram melhores escores em três domínios: físico, psicológico e meio ambiente.

Pelos escores apresentados nos estudos citados, observa-se que o domínio das relações sociais tende a ser o melhor avaliado em pacientes atendidos pelos serviços médicos. Em contrapartida, os voluntários-controle tiveram o pior escore nesse domínio.

Também na presente pesquisa, com portadores da doença de Chagas, o domínio das relações sociais foi o melhor avaliado. Os resultados evidenciam que os portadores da doença de Chagas recebem apoio social, importante para o seu tratamento e na manutenção do equilíbrio psicológico, social e ambiental. Aguilar (2004) ressalta que o fator-chave para diminuir o impacto da doença e suas complicações e melhorar a qualidade de vida e o prognóstico, reside por uma parte, na equipe multidisciplinar de saúde e por outra na comunidade, familiares e amigos e também no próprio portador da doença. Essa é uma tarefa compartilhada. Neste trabalho, um fator a ser ressaltado é a satisfação dos pacientes em relação ao acesso a serviço de saúde, ao relacionamento com os médicos, ao tratamento acolhedor que recebem da equipe multiprofissional, tanto

em nível ambulatorial como hospitalar, que recebem no local em que foi realizada a presente pesquisa.

O fato de o domínio das relações sociais receber boa avaliação é representativo. A condição da enfermidade provoca limitações, impedimentos e situações que merecem ressignificação do próprio portador da doença na sua relação com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros, bem como abalam sua identidade (Gibson<sup>15</sup>, 1991). Quando uma pessoa está debilitada, ela necessita do apoio social. As relações sociais podem favorecer o acesso às informações relativas à manutenção/melhoria das condições de saúde, o monitoramento da saúde, o apoio nos momentos de crise e a presença em eventos sociais.

Na situação de enfermidade, esse apoio aumenta a vontade de viver e a auto-estima, contribuindo no sucesso do tratamento (Andrade e Vaitsman, 2002). Esse apoio social pode repercutir na avaliação da qualidade de vida.

#### **5.4- Correlação entre qualidade de vida e sintomas depressivos**

Os fatores de risco para depressão são: sexo feminino, faixa etária (cerca de 40 anos), ausência de um cônjuge ou de um relacionamento íntimo. Não há consenso quanto à correlação de fatores socioeconômicos e culturais com a depressão. Pacientes deprimidos que procuram o contexto médico tendem a relatar mais sintomas somáticos do que os que procuram os setores de saúde mental. A escuta atenta de queixas físicas pode ser um passo importante na identificação da depressão, além de auxiliar no diagnóstico diferencial e no relacionamento médico-paciente (Furlanetto, 2000).

A presença de sintomas compatíveis com depressão leve não implica em diminuição evidente de produtividade e não prejudica a manutenção de relacionamentos ou tomadas de decisão. Na depressão moderada, o prejuízo

---

<sup>15</sup> Gibson C *apud* Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002; 7(4):925-34.

funcional é mais intenso, a pessoa não consegue realizar projetos, ter vida social ativa e a transformação é visível. Na depressão grave, a pessoa não tem condições de ter vida normal, retrai-se socialmente e apresenta baixa auto-estima e presença de alguns delírios (Reche, 2004).

Santos *et al.* (2006) valeram-se do SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-item Short-form Healthy Survey*), instrumento genérico para avaliar QV, e o FIQ – *Fibromyalgia Impact Questionnaire*, específico para avaliar QV em fibromialgia e o BDI, para avaliar depressão. A fibromialgia é uma doença reumática, conhecida como síndrome da dor crônica. Foram avaliados 20 pacientes com fibromialgia e 20 sem fibromialgia. O estudo foi realizado em São Paulo. A média do nível de depressão ficou em 17,75 (desvio-padrão 11,23). Os autores concluíram que pode haver relação entre fibromialgia e depressão.

Outro estudo com 70 pacientes com fibromialgia (Berber, Kupek e Berber, 2005) investigou QV através do SF-36 e a depressão, através do *The GHQ – The General Health Questionnaire*. Nesse estudo identificaram-se outros trabalhos em que a prevalência da depressão em pacientes com fibromialgia variava entre 49% a 80%. A depressão foi alta em cerca de 2/3 da amostra (67,2%), sendo associada à queda dos escores de qualidade de vida.

Estudo de Cruz (2005) revelou níveis de sintomas depressivos obtidos através do BDI, na cardiopatia isquêmica: média 28 (desvio-padrão 12) e 38,8% com escores acima de 11; no diabetes (em hemodiálise): média 24 (desvio-padrão 9) e 35,7% com escores acima de 11. O estudo concluiu que a presença de depressão está associada à pior QV nos quatro domínios. O diagnóstico da doença crônica, como cardiopatia isquêmica e insuficiência renal terminal, não apresentou associação com nenhum dos domínios do *WHOQoL-bref*. Esses estudos revelam, portanto, que, quanto maior a gravidade de sintomas depressivos, pior é o escore da avaliação da qualidade de vida.

Hueb (2006) estudou 40 portadores e 40 não portadores da doença de Chagas correlacionando os domínios da qualidade de vida. Chegou aos seguintes resultados: verificou-se correlação significativa entre o domínio físico e o

psicológico (0,63), físico e das relações sociais (0,52), psicológico e das relações sociais (0,53), psicológico e do meio ambiente (0,52) e das relações sociais e do meio ambiente (0,70); não se verificou correlação significativa entre domínio físico e do meio ambiente (0,60) em portadores da doença de Chagas. Houve correlação significativa entre o domínio físico e o psicológico (0,59), físico e das relações sociais (0,72), psicológico e das relações sociais (0,72) e das relações sociais e do meio ambiente (0,64); não houve correlação significativa entre os domínios físico e do meio ambiente (0,64) e psicológico e meio ambiente (0,51) em não portadores da doença de Chagas.

Na presente pesquisa, a correlação foi significativa em todos os domínios da qualidade de vida: físico e psicológico (0,41), físico e das relações sociais (0,46), físico e do meio ambiente (0,34), psicológico e das relações sociais (0,52), psicológico e do meio ambiente (0,51) e das relações sociais e do meio ambiente (0,37). Esses resultados revelam que quanto melhor a qualidade de vida de um domínio, melhor é a qualidade de vida nos demais domínios na amostra de pacientes avaliados neste estudo (Tabela 18).

Embora o estudo tenha apresentado resultados inéditos e inesperados, apresentou, também, limitações. Uma delas foi a impossibilidade de estabelecer relação de causa-e-efeito entre sintomas depressivos e qualidade de vida. Esse fato não possibilita compreender se os portadores da doença de Chagas apresentam sintomas depressivos porque têm comprometimento da qualidade de vida ou se ocorre o inverso. O segundo fator limitante foi a ausência de grupo controle com pessoas “saudáveis”. O terceiro fator, que pode ter influenciado nos resultados, consiste no fato de os questionários terem sido realizados por meio de entrevista, o que pode ter gerado constrangimento nos entrevistados, embora os preceitos éticos tenham sido observados e esse fato não tenha sido percebido pela pesquisadora.

Finalmente, partindo-se da definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde, que a considera como um estado de completo bem-estar bio-psico-social do ser humano, infere-se que o processo de adoecer

gera crises e pode desestruturar a pessoa doente. Aqui cabe uma reflexão de Messa (2005): muitas mudanças ocorrem na vida da pessoa que adoece, levando-a a se deparar com limitações, frustrações e perdas. As doenças crônicas, consideradas incuráveis e permanentes, exigem que seus portadores ressignifiquem sua existência, fazendo adaptações às limitações e novas condições geradas.

## **6- CONCLUSÕES**

Os resultados sugerem a possibilidade de que os portadores da doença de Chagas tenham se adaptado a eventuais limitações impostas pela doença infecciosa crônica, o que lhes permite perceber a própria vida de forma menos negativa.

A média geral da intensidade dos sintomas depressivos foi considerada de nível leve. Todos os domínios: físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente apresentam correlação negativa com os sintomas depressivos, sugerindo que, quanto melhor é a percepção da qualidade de vida em cada um dos domínios, menor é a intensidade desses sintomas.

Há maiores níveis de intensidade dos sintomas depressivos e a pior auto-avaliação dos domínios da qualidade de vida dos portadores da doença de Chagas na forma digestiva em relação às demais formas clínicas da doença de Chagas.

## **7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



Aguilar PIDSG. **Qualidade de vida em pessoas com diabetes mellitus tipo 2** [Tese - Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

Alcino AB, Guariento ME, Teixeira MAB, Lipp MEN. Avaliação psico-afetiva do paciente portador de doença de Chagas crônica. **Rev Soc Bras Med Trop** 1993; 26 (supl.II): 107.

Almeida EA, Barbosa Neto RM, Guariento ME, Wanderley JS, Souza ML. Apresentação clínica da doença de Chagas crônica em indivíduos idosos. **Rev Soc Bras Med Trop** 2007; 40(3)311-5.

Andrade GBR, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc Saúde Coletiva** 2002; 7(4): 925-34.

Araújo SM, Ando M H, Cassarotti DJ, Mota DCGD, Borges SMR, Gomes ML. Programa ACHEI: atenção ao chagásico com educação integral no município de Maringá e região noroeste do Paraná, Brasil. **Rev Soc Brasil Med Trop** 2000; 33(6): 565-76.

Brasil. **Ministério da Saúde Notícias**. [acesso em 20 jun 2006]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. **Combate à doença de Chagas terá R\$ 1,31 milhão**. 20 out 2004 [acesso em 12 fev 2008]. Disponível em: <http://portalweb02.saude.gov.br/saude>.

Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Rev Psiquiátr Clin** 1998; 25(5) Edição especial: 240-4.

Chiu E. Demência, depressão e qualidade de vida. In: Caramelli P, Forleza OV, orgs. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu; 2000. p.39-43.

Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Rev Bras Reumatol** 2003; 43(2): IX-XIII.

**CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. **Arch Inter Med** 2000; 160: 3278-85.

Conover WJ. **Practical nonparametric statistics**. New York: John Wiley & Sons; 1971.

Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. **Rev Soc Bras Med Trop** 2005; 38 (suplem. III).

Cotran RS, Kumar V, Collins T. **Robbins pathologic basis of disease**. Philadelphia: W.B.Saunders Co.; 1999. p.393.

Coura JR. Tripanossomose, doença de Chagas. **Cienc Cultur** 2003; 55(1): 30-3.

Coura JR, Vinhaes MC, Dias JCP. Situação epidemiológica da doença de Chagas no Brasil. **Rev Patol Trop** 2000; 29(supl): 33-45.

Cruz LN. **Associação entre qualidade de vida e depressão em pacientes portadores de doenças crônicas** [Dissertação]. Porto Alegre (RS). Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Cunha JA. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. **Rev Brasil Psiquiatr** 1999; 21: 6-11.

Del Porto JA. Conceito de depressão e seus limites. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Junior R, Miguel EC. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artmed; 2000. p.20-8.

Dias JCP. **Doença de Chagas – clínica e terapêutica**. SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde. 1990.

Dias JCP. Doença de Chagas: sucessos e desafios. **Cad Saúde Pública** 2006; 22(10): 2020-1.

Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. **Cad Saúde Pública** 2007; 23(Sup. 1): 513-22.

Diniz RW, Gonçalves MS, Bensi CG, Campos AS, Del Giglio A, Garcia JB *et al.* O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Assoc Méd Bras** 2006; 52(5): 298-303.

**DSM-IV-TR-TM.** American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovic E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev Saúde Pública** 1999; 33(2):198-205.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQoL-bref". **Rev Saúde Pública** 2000; 34(2):178-83.

Fleck MPA. Avaliação da qualidade de vida. In: Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas:** depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2000, p.33-43.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQol-100) : características e perspectivas. **Ciênc Saúde Coletiva** 2000b; 5(1): 33-8.

Fleck MPA, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, Juruema MF. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. **Rev Bras Psiquiatr** 2003; 25(2):114-122.

Fleiss JL. **Statistical methods for rates and proportions**. New York: John Wiley & Sons; 1981.

Fortes SL. Diagnóstico diferencial. In: Fráguas Júnior. R, Figueiró JAB. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2000. p.61-7.

Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In: Fráguas Júnior. R, Figueiró JAB. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2000. p.3-9.

Furlanetto L. Diagnóstico. In: Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2000. p.11-20.

Furlanetto LM, Mendelowicz M, Bueno JR. The validity of the Beck **Depression Inventory-Short Form**. [acesso em 15 fev 2008]. Disponível em: [http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/imprimir.php?boltex\\_id=14&bol\\_id=3](http://www.abpbrasil.org.br/boletim/exibBoletim/imprimir.php?boltex_id=14&bol_id=3).

Galizzi HR. Depressão nas diversas especialidades. In: Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2000. p.97-108.

**Glossário de doenças**. Doença de Chagas. 29 ago. 2006. [acesso em 15 fev 2008]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ccs/glossario/chagas.htm>.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev Psiq Clín** 1998; 25(5) edição especial: 245-50.

Guariento ME, Ramos MC, Gontijo JAR, Carvalhal SS. Doença de Chagas e hipertensão arterial primária. **Arq Bras Cardiol** 1993; 60(2): 71-5.

Guariento ME, Orosz JEB, Gontijo JAR. Interação clínica entre moléstia de Chagas e hipertensão arterial primária em um serviço de referência ambulatorial. **Arq Bras Cardiol** 1998; 70(6): 431-4.

Guariento ME, Camilo MVF, Camargo AMA. Working conditions of Chagas' disease patients in a large Brazilian city. **Cad Saúde Pública** 1999;15(2): 381-6.

Guariento ME, Wanderley JS, Almeida EA. Doença de Chagas. In: Lopes AC, Ward LS, Guariento ME. **Medicina ambulatorial**. São Paulo: Atheneu; 2006. p.225-36.

Hueb MFD, Loureiro SR. Revisão: aspectos cognitivos e psicossociais associados a doença de Chagas. **Psicol Estud** 2005; 10(1): 137-42.

Hueb MFD. **Doença de Chagas**: indicadores cognitivos, de transtorno orgânico cerebral, de uso de álcool e qualidade de vida [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2006.

Informe técnico. Simpósio sobre doença de Chagas em Recife. **Rev Soc Bras Med Trop** 2000; 33(1):109-10.

**Informe IOC**. Mutações do *T.cruzi* no genoma humano. Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz 2005; ano XI (02).

Joca SRL, Padovani CM, Guimarães FS. Estresse, depressão e hipocampo. **Rev Bras Psiquiatr** 2003; 25 (Supl II): 46-51.

Jörg M, Storino R, Sapino RV. Participacion encefalopatica en la enfermedad de Chagas cronica. Reflexiones derivadas de experiencia personal. **Rev Soc Bras Med Trop** 1994; 27(2): 31-7.

Kamiji MM, Oliveira RB. O perfil dos portadores de doença de Chagas, com ênfase na forma digestiva, em hospital terciário de Ribeirão Preto, SP. **Rev Soc Bras Med Trop** 2005; 38(4): 305-9.

Lewinsohn R. **Três epidemias**: lições do passado. Campinas: Unicamp; 2003. p. 189-263.

Limongi AC, Rodrigues AL. **Como gerenciar sua saúde no trabalho**: um manual sobre o estresse e as queixas psicossomáticas no dia-a-dia das empresas. São Paulo: Ed. STS, 1994.

Lorençatto C, Vieira MJNP, Pinto CLB, Petta CA. Avaliação da frequência de depressão em pacientes com endometriose e dor pélvica. **Rev Assoc Méd Bras** 2002; 48(3): 217-221.

Magnani C, Oliveira BG, Gontijo ED. Representações, mitos e comportamentos do paciente submetido ao implante de marcapasso na doença de Chagas. **Cad Saúde Pública** 2007; 23(7): 1624-32.

Marques-Deak A, Sternberg E. Psiconeuroimunologia: a relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. **Rev Bras Psiquiatr** 2004; 26 (3):143-44.

ACADEMIA BRASILEIRA DE PSICOLOGIA. Mesa AA. **O impacto da doença crônica na família**. [acesso em 24 mar 2005]. Disponível em: <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl49.htm>.

Michelone APC, Santos VLG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004; 12(6): 875-83.

Montgomery DC, Peck EA. **Introduction to linear regression analysis**. John Wiley & Sons, 1982.

Mota DCGD, Benevides-Pereira AMT, Gomes ML, Araújo SM. Estresse e resiliência em doença de Chagas. **Aletheia** 2006; 24:57-68.

Myers DG. **Psicologia social**. Rio de Janeiro: LTC; 2000. p.269-97.

Myers DG. **Introdução à Psicologia Geral**. Rio de Janeiro: LTC, 1999. p. 318-41

Paulo MSL. **Depressão e diagnóstico interventivo**: proposta de atendimento. São Paulo: Vetor; 2005.

Pupulin ART, Araújo SM, Gomes ML, Silva SV, Carraschi IA. Acompanhamento domiciliar de pacientes chagásicos tratados etiologicamente. **RBAC** 2003; 35(3):159-61.

Rays J, Scalco M, Telles RM, Wajngarten M. Antidepressivos em cardiopatia. In: Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2000. p.509-13.

Reche C. **Essa tal de depressão**: doença ou resposta? Campinas: Átomo; 2004.

Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Pereira CAB, Lage LV, Marques AP. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Rev Bras Fisioter** 2006; 10(3): 317-24.

Santos ECM, França Júnior I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2007; 41(Supl.2): 64-71.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(2): 580-8.

Sene-Costa E. **Universo da depressão**: histórias e tratamentos pela psiquiatria e pelo psicodrama. São Paulo: Agora; 2006.

Siqueira-Batista R, Maia GJC, Gomes AP, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. A moléstia de Chagas e os direitos sociais: reflexões contemporâneas. **Rev C S Col** [periódico na internet: artigo 0352/2007]. [Acesso em 5 fev 2008]; [15 páginas]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=851](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=851).

Storino R, Auger S, San Martino M, Urrutia MI, Jörg M. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la discriminación del paciente chagásico in Argentina. **Rev Salud Pública**, 2001; 3(3): 245-67.

Tamburini M. **Quality of life in patients with chronic diseases: state of the art and perspectives**. [serial online]. 2008 February 06. Disponível em: URL:<http://www.qlmed.org/Psico/lifequal.htm>.

Tardivo LSPC. Intervenção psicodinâmica. In: Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. **Depressões em medicina interna e em outras condições médicas**: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 449-55.

Teng CT, Humes EC, Demetrio, FN. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev Psiq Clín** 2005; 32(3): 149-59.

**The SAS System for Windows** (Statistical Analysis System), versão 8.02. SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA.

Testa M, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. **J Med N England** 1996; 334(13): 835-840.

Trentini CM, Xavier FMF, Chachamovich E, Rocha NS, Hirakata VN, Fleck MPA. A influência dos sintomas somáticos no desempenho de idosos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). **Rev Bras Psiquiatr** 2005; 27(2): 119-23.

Uchôa E, Firmo JOA, Dias EC, Pereira MSN, Gontijo ED. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. **Cad Saúde Pública** 2002; 18(1): 71-9.

Ussui CA, Silva RA. **Doença de Chagas**. SUCEN – Superintendência de Controle de Endemias. 2001-2002 [acesso em 15 fev 2008]. [http://www.sucen.sp.gov.br/doencas/chagas/texto\\_chagas.htm](http://www.sucen.sp.gov.br/doencas/chagas/texto_chagas.htm).

Vinhaes MC, Carlos ALF. **Situação das doenças transmissíveis no Brasil**. Ministério da Saúde, agosto/2004 [acesso em 7 jan 2007]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21907](http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21907).



Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? **J Clin Epidemiol** 1999; 52(4):355-63.

**WHO - World Health Organization:** Strategic direction for research Feb. 2002 [acesso em 10 fev. 2007]. Disponível em: <http://www.who.int/tdr/diseases/Chagas/direction.htm>.

## **9- ANEXOS**

## ANEXO 1- BECK INVENTORY DEPRESSION (BDI)



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p><b>1</b> 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2</b> 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p><b>3</b> 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p><b>4</b> 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p><b>5</b> 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p><b>6</b> 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p><b>7</b> 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p><b>8</b> 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p><b>9</b> 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p><b>10</b> 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p><b>11</b> 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p><b>12</b> 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p><b>13</b> 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1

**CONTINUAÇÃO NO VERSO**

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.  
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.  
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p><b>14</b> 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.  1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.  2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.  3 Acredito que pareço feio.</p> <p><b>15</b> 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.  1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.  2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.  3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p><b>16</b> 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.  1 Não durmo tão bem como costumava.  2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.  3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p><b>17</b> 0 Não fico mais cansado do que o habitual.  1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.  2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.  3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p><b>18</b> 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.  1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.  2 Meu apetite é muito pior agora.  3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p><b>19</b> 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.  1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.  2 Perdi mais do que 5 quilos.  3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p><b>20</b> 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.  1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.  2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.  3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p><b>21</b> 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.  1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.  2 Estou muito menos interessado por sexo agora.  3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
---	---

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 2

\_\_\_\_\_ Subtotal da Página 1

\_\_\_\_\_ Score Total.

## ANEXO 2

### VERSÃO ABREVIADA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: *WHOQOL-BREF*

#### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referências as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo(a)?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.**

## **10- APÊNDICE**



## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO

Estamos realizando duas pesquisas: uma sobre como o (a) senhor (a) acha que está a sua vida nas últimas duas semanas e outra sobre como o (a) senhor (a) tem se sentido na última semana, inclusive hoje.

Para isso, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a dois questionários. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e acompanhamento no Hospital de Clínicas da UNICAMP e em nada influenciará nos mesmos, caso o (a) senhor (a) não estiver de acordo em participar.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo (a) senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Caso o (a) senhor (a) concorde, as informações obtidas a partir desta pesquisa serão passadas para o (a) seu (sua) médico(a) e isso poderá auxiliá-lo(a) na compreensão de seu caso e no seu tratamento.

Se tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Data: \_\_\_\_\_ Local: Ambulatório do GEDoCh – HC / UNICAMP

Nome do (a) entrevistado (a): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome da entrevistadora: Yaeko Ozaki (Psicóloga – CRP 40206-7)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contatos :

Orientador : Dr. Eros Antonio de Almeida (19) 35219215 e (19) 35217878

Co-orientadora : Dra. Maria Elena Guariento (19) 35219211 e (19) 35217878

e-mail: [minterna@fcm.unicamp.br](mailto:minterna@fcm.unicamp.br)

Telefone do Comitê de Ética: (19) 35218936 e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)