

Jamiro da Silva Wanderley

**ASPECTOS MÉDICO TRABALHISTAS DE
PACIENTES CHAGÁSICOS COM VÍNCULO
EMPREGATÍCIO**

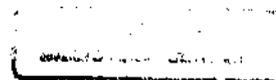
Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós- Graduação em Medicina, área de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Medicina, na área de Medicina Interna.

ORIENTADORA: PROF^a .DR^a MARIA ELENA GUARIENTO

CO-ORIENTADOR: PROF.DR. EROS ANTÔNIO DE ALMEIDA

Campinas

1998



Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Profa. Dra. Maria Elena Guariento

Membros:

1. Prof.^a Dra. Eleane Dias Gonçalves - *Miriam Dias Fortes*
2. Prof. Dr. Celso Roberto Ruchetti - *Aljournes Lupatelli*
3. Prof. Dr. Manoel de Cavalari Ramos - *Mário*
4. Prof. Dr. Helene Rodrigues Correa Feltes - *[Signature]*
5. Prof.^a Dra. Maria Elena Guariento - *[Signature]*

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

17/12/98

Dedicatória

*Dedico este trabalho aos
meus pais, a minha
família e a todas as
pessoas envolvidas*

AGADECIMENTOS

Agradeço ao Departamento de Clínica Médica em especial aos colegas da disciplina de medicina interna e em particular a minha orientadora e amiga Dra Maria Elena Guariento.

A todo grupo de apoio das secretarias, ao serviço social ao setor de audio visual e pos graduação da FCM.

	Pág.
RESUMO	<i>I</i>
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	8
3. METODOLOGIA	10
3.1 Área de atuação.....	11
3.2 Amostra.....	12
3.3 Procedimentos.....	13
4. RESULTADOS	17
5. DISCUSSÃO	51
6. CONCLUSÕES	68
7. SUMMARY	72
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

LISTA DOS GRÁFICOS

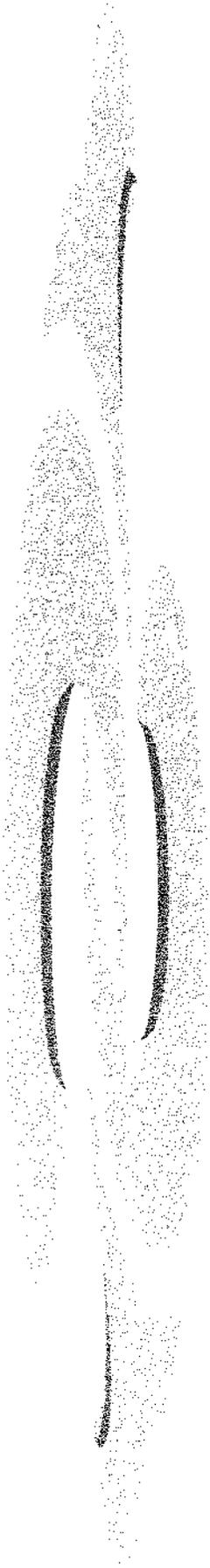
	Pág.
Gráfico 1: Distribuição dos trabalhadores por sexo.....	18
Gráfico 2: Distribuição dos trabalhadores por raça.....	19
Gráfico 3: Distribuição dos trabalhadores por faixa etária.....	20
Gráfico 4: Distribuição dos trabalhadores por naturalidade.....	21
Gráfico 5: Distribuição dos trabalhadores segundo a procedência.....	22
Gráfico 6: Distribuição dos trabalhadores por tempo de residência em área endêmica.....	23
Gráfico 7: Distribuição dos trabalhadores por escolaridade.....	24
Gráfico 8: Distribuição dos trabalhadores por conhecimento da doença e fonte de conhecimento.....	25
Gráfico 9: Distribuição dos trabalhadores segundo a forma clínica de doença.....	26
Gráfico 10: Distribuição dos trabalhadores segundo o grau de vínculo previdenciário.....	27
Gráfico 11: Distribuição dos trabalhadores segundo nível de ocupação.....	28
Gráfico 12: Distribuição dos trabalhadores segundo salário.....	29
Gráfico 13: Distribuição dos trabalhadores segundo a realização de exame médico pré-admissional.....	30
Gráfico 13 – A: Distribuição dos trabalhadores segundo a recusa ao exame médico pré-admissional.....	31
Gráfico 13 – B: Distribuição dos trabalhadores segundo o motivo de recusa ao exame médico pré-admissional.....	32
Gráfico 14: Distribuição dos trabalhadores segundo o número de demissões nos últimos dez anos.....	33

Gráfico 14 – A: Distribuição dos trabalhadores segundo o motivo de demissão nos últimos dez anos.....	34
Gráfico 15: Distribuição dos entrevistados por sexo.....	35
Gráfico 16: Distribuição dos entrevistados por raça.....	36
Gráfico 17: Distribuição dos entrevistados por faixa etária.....	37
Gráfico 18: Distribuição dos entrevistados por naturalidade.....	38
Gráfico 19: Distribuição dos entrevistados por procedência.....	39
Gráfico 20: Distribuição por tempo de residência em área endêmica.....	40
Gráfico 21: Distribuição dos entrevistados por escolaridade.....	41
Gráfico 22: Conhecimento da doença e fonte de encaminhamento ao GeDoCH, segundo a forma clínica.....	42
Gráfico 23: Grau de vínculo previdenciário.....	44
Gráfico 24: Distribuição dos entrevistados pelo nível de ocupação.....	45
Gráfico 25: Distribuição dos entrevistados pelo nível salarial.....	46
Gráfico 26: Distribuição dos entrevistados por realização de exame médico pré-admissional.....	47
Gráfico 27: Distribuição dos entrevistados segundo o motivo de recusa no exame médico pré-admissional.....	48
Gráfico 28: Distribuição dos entrevistados pelo número de demissões nos últimos dez anos.....	49
Gráfico 29: Distribuição dos entrevistados pela causa da demissão.....	50

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Distribuição dos trabalhadores por sexo.....	18
Tabela 2: Distribuição dos trabalhadores por raça.....	19
Tabela 3: Distribuição dos trabalhadores por faixa etária.....	20
Tabela 4: Distribuição dos trabalhadores por naturalidade.....	21
Tabela 5: Distribuição dos trabalhadores segundo a procedência.....	22
Tabela 6: Distribuição dos trabalhadores por tempo de residência em área endêmica.....	23
Tabela 7: Distribuição dos trabalhadores por escolaridade.....	24
Tabela 8: Distribuição dos trabalhadores por conhecimento da doença e fonte de conhecimento.....	25
Tabela 9: Distribuição dos trabalhadores segundo a forma clínica de doença.....	26
Tabela 10: Distribuição dos trabalhadores segundo o grau de vínculo previdenciário.....	27
Tabela 11: Distribuição dos trabalhadores segundo nível de ocupação.....	28
Tabela 12: Distribuição dos trabalhadores segundo salário.....	29
Tabela 13: Distribuição dos trabalhadores segundo a realização de exame médico pré-admissional.....	30
Tabela 13 – A: Distribuição dos trabalhadores segundo a recusa ao exame médico pré-admissional.....	31
Tabela 13 – B: Distribuição dos trabalhadores segundo o motivo de recusa ao exame médico pré-admissional.....	32
Tabela 14: Distribuição dos trabalhadores segundo o número de demissões nos últimos dez anos.....	33

Tabela 14 – A: Distribuição dos trabalhadores segundo o motivo de demissão nos últimos dez anos.....	34
Tabela 15: Distribuição dos entrevistados por sexo.....	35
Tabela 16: Distribuição dos entrevistados por raça.....	36
Tabela 17: Distribuição dos entrevistados por faixa etária.....	37
Tabela 18: Distribuição dos entrevistados por naturalidade.....	38
Tabela 19: Distribuição dos entrevistados por procedência.....	39
Tabela 20: Distribuição por tempo de residência em área endêmica.....	40
Tabela 21: Distribuição dos entrevistados por escolaridade.....	41
Tabela 22: Conhecimento da doença e fonte de encaminhamento ao GeDoCH, segundo a forma clínica.....	42
Tabela 23: Grau de vínculo previdenciário.....	44
Tabela 24: Distribuição dos entrevistados pelo nível de ocupação.....	45
Tabela 25: Distribuição dos entrevistados pelo nível salarial.....	46
Tabela 26: Distribuição dos entrevistados por realização de exame médico pré-admissional.....	47
Tabela 27: Distribuição dos entrevistados segundo o motivo de recusa no exame médico pré-admissional.....	48
Tabela 28: Distribuição dos entrevistados pelo número de demissões nos últimos dez anos.....	49
Tabela 29: Distribuição dos entrevistados pela causa da demissão.....	50



RESUMO

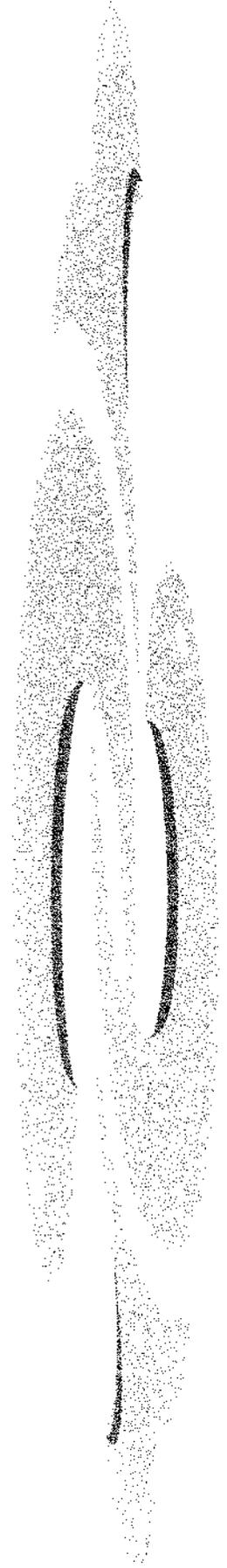
Foram avaliados 250 indivíduos portadores da infecção pelo *T. cruzi* com pelo menos duas sorologias positivas, com vínculo empregatício regulamentado. Divididos em dois grupos após entrevista, exame clínico e complementares: grupo F1 com 143 indivíduos (forma indeterminada) e FC com 99 indivíduos (com algum grau de cardiopatia), sendo retirados os casos com megavísceras isoladas.

Avaliados quanto ao sexo, raça, grau de escolaridade, tipo de serviço, vínculo previdenciário, salários, exame médico admissional, recusa ao exame admissional.

O estudo constatou a existência de inadequação quanto a capacidade de trabalho dos portadores de *T. cruzi* e a função desempenhada.

Alguns elementos sugestivos de discriminação com os trabalhadores soropositivos.

Seria necessário adotar-se estratégias de esclarecimento aos profissionais da área da saúde quanto a capacidade de trabalho dos portadores de infecção pelo *T. cruzi*, bem como os peritos da Previdência Social.



“Es interesante notar cómo la política de discriminación positiva puede producir efectos sociales negativos y conducir a un castigo de aquellos que se esfuerzan y trabajan por sí mismos, su salud y su familia.” (Briceño-León, 1993)

1. INTRODUÇÃO

A história da doença de Chagas pode ser dividida em etapas que trazem a “marca” do desenvolvimento adotado pelos povos latino-americanos no século XX.

O modelo de colonização predatória, adotado em nosso país, gerou uma exploração irracional das riquezas materiais. O desmatamento contínuo e progressivo de grandes áreas de vegetação natural acabou interferindo no equilíbrio ecológico de múltiplas espécies vegetais e animais, contribuindo para desalojar os vetores e os reservatórios silvestres do protozoário causador da enfermidade de Chagas. Tal processo acarretou a peridomiciliação de insetos (*Hemiptera, Reduviidae*), que, por seus hábitos de alimentação, podiam atuar como vetores de uma moléstia infecciosa. Desta forma, desencadeou-se a transformação de uma enzootia em uma antropozoonose, à medida em que as populações humanas, por influência de fatores de ordem político-social e bioecológica, tornavam-se próximas do ciclo primitivo do *Trypanosoma cruzi*, propiciando e incrementando a transmissão natural da doença (DIAS, 1992).

Tal processo de colonização, pouco racional e muito agressivo ao meio ambiente e ao ser humano, levou à zona rural a casa de pau-a-pique, de sapé e as cabanas de barro, mostrando claramente a desigual distribuição dos meios de produção e do usufruto dos bens sociais (BRICEÑO-LÉON, 1990). Além disso, refletiu a instabilidade do morador que experimentou o não conformismo a uma nefasta condição de subemprego e de exploração de sua força de trabalho, nos fracassados ciclos econômicos brasileiros, como o do ouro, da cana-de-açúcar e do café. Este mesmo morador vive, atualmente, como posseiro desalojado, devido às pressões dos grandes latifundiários, em busca de terra e de emprego (MARTINS, 1968; BARRETO, 1979; DIAS & DIAS, 1979).

Os grandes centros urbanos brasileiros representam, no modelo capitalista, forte pólo de atração para o êxodo rural principalmente em decorrência da oferta de emprego estar concentrada nas áreas industrial e de desenvolvimento tecnológico. A cidade de Campinas, situada no interior do Estado de São Paulo (a 90 km da capital), constituiu-se, a partir da década de 90, o segundo município brasileiro a atrair investimentos financeiros, sobretudo para a ampliação de seu parque industrial (FORTES & REBOUÇAS, 1993). Isto fez com que a cidade se transformasse numa das áreas de maior concentração de migrantes

que buscam melhores condições de subsistência, inclusive daqueles originários das áreas endêmicas para a infecção por *T. cruzi*.

Evidenciou-se recentemente em Campinas, uma prevalência de 2% de doadores de sangue soropositivos para a infecção causada pelo protozoário *T. cruzi* (SAN MATIN,D.; CAMILO, M V.R.F.; TAKAHASHI,L.L.1988). Tendo por base estes dados, estima-se para este município e região circunvizinha, com cerca de 2 milhões de habitantes, um total de 40.000 portadores da moléstia de Chagas (20.000 apenas no município de Campinas), dos quais cerca de 10.000 são trabalhadores, já que 25% da população local está envolvida com o mercado de trabalho (IBGE, 1992). Tal achado apresenta um número expressivo de indivíduos trabalhadores infectados pelo *T. cruzi* em área não-endêmica.

O significativo contingente de portadores da doença de Chagas entre os trabalhadores de Campinas e região deve estar associado ao fluxo migratório proveniente de áreas endêmicas para a Tripanossomíase Sul-Americana (GOLDBAUM, 1978; 1982; Marins, 1985), principalmente do interior dos Estados de São Paulo e Minas Gerais. De fato, em um levantamento recente, realizado no Ambulatório do Grupo de Estudos em Doença de Chagas (GEDoCh) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (HC - FCM - UNICAMP), constatou-se que 96% dos pacientes atendidos no serviço, não eram originários da macroregião de Campinas (GUARIENTO *et. al.*, 1992).

Este processo de progressiva “urbanização” (DIAS & DIAS, 1979) da doença de Chagas desencadeou o surgimento de novas e desafiadoras questões para os profissionais da área da Saúde, principalmente na esfera médico-trabalhista, levando-se em consideração o potencial mórbido da cardiopatia chagásica, em particular no que se relaciona ao desenvolvimento de arritmias (AMORIN *et. al.*, 1979; CANÇADO *et. al.*, 1985; GUILMARÃES, 1985; JUNQUEIRA, 1993; MADY & NACRUTH, 1994). Em decorrência desta característica, o portador crônico da enfermidade de Chagas pode enfrentar dificuldades quanto à inserção no mercado de trabalho.

Porém, a simples ocorrência de soropositividade para infecção por *T. cruzi* pode ser suficiente para que o indivíduo seja sumariamente considerado inapto para o trabalho, independentemente do estágio evolutivo da moléstia e da função que deva desempenhar (PORTO, 1974). Vale ressaltar a ineficácia de tal conduta, pois os índices de soropositividade não evidenciam o grau de comprometimento cardíaco, mesmo após vários anos de seguimento. Além disso, a condição de inapto para o trabalho, atribuída ao portador de infecção pelo *T. cruzi*, tem também um ônus social muito grande. Segundo ALMEIDA *et. al.*, (1985), já se constatou ser, a cardiopatia chagásica crônica, a 14^o causa de manutenção das aposentadorias por invalidez no Estado de Minas Gerais. Anteriormente, em 1977, no Estado de Goiás, a mesma afecção havia sido apontada como a terceira causa de aposentadoria por invalidez entre homens (ZICKER & ZICKER, 1985). No Brasil, o absenteísmo de 75 mil trabalhadores diagnosticados como portadores da doença de Chagas, já foi associado a uma perda anual de quase seis milhões de dólares (DIAS, 1987).

Porto (1974) afirma, com muita propriedade, que é o estado do coração o elemento de investigação clínica que habitualmente permitirá decidir sobre a aptidão para o trabalho do portador da doença de Chagas. Para isso, o recurso semiótico mais indicado é a eletrocardiografia.

Já foi proposto anteriormente que os trabalhadores braçais com alteração eletrocardiográfica típica da moléstia, qualquer que seja o nível de comprometimento miocárdico, devem ser afastados sumariamente das atividades de trabalho, pois o esforço físico intenso pode acelerar a evolução da cardiopatia, acarretando insuficiência cardíaca (CANÇADO, 1987). De qualquer modo, um aspecto fundamental a ser considerado, é o tipo de função a ser desenvolvida pelo trabalhador nestas condições. Desta forma, não se justificaria uma recusa sumária.

É interessante observar que os critérios de recusa variam ao longo do tempo e em função das condições sociais. Inúmeros serviços médicos adotam critérios rígidos em certos períodos de tempo, tornando-se muito condescendentes quando as necessidades de produção requerem uma rápida admissão de candidatos (Bedrikow, 1972).

A partir do exposto e considerando-se o conhecimento apenas parcial sobre a moléstia (mesmo entre os profissionais da área de Saúde), bem como o caráter de estigma que a mesma adquiriu (Guariento e Góes, 1994; 1996), não se pode negar a possibilidade da existência de discriminação com portadores da enfermidade de Chagas, no mercado de trabalho: entre 203 indivíduos com sorologia positiva para esta doença, 56% foram submetidos a exames médicos pré-admissionais ao trabalho e, destes, 8% foram recusados. Entre as recusas, 90% foram atribuídas apenas à soropositividade para infecção pelo *T. cruzi* (GUARIENTO *et. al.*, 1992).

Entretanto, nas atividades profissionais consideradas de risco para portadores de arritmia cardíaca (como motorista de transporte coletivo), a situação dos infectados pelo *T. cruzi* deve ser abordada também pelo prisma do potencial mórbido da doença: avaliando-se 55 portadores crônicos da moléstia de Chagas, na forma indeterminada da mesma, através do estudo por eletrocardiografia dinâmica (Holter), constatou-se que em 86% dos casos o exame demonstrou algum tipo de alteração, entre as quais destacam-se a extrassistolia ventricular pareada (34% dos casos), bradicardia 21% e taquicardia ventricular não sustentada 4,5% (ALMEIDA WT *et. al.*, 1993). Este achado permite dimensionar a problemática médico-trabalhista relacionada aos portadores desta doença, que atuam em profissões consideradas de risco quando existe a possibilidade de algum tipo de acidente cardiovascular.

Levando-se em conta, ainda, o potencial arritmogênico presente na doença de Chagas, a possibilidade de manifestações clínicas, principalmente neurológicas, deve ser considerada. Ressalta-se que estas manifestações podem acarretar algum tipo de repercussão no indivíduo. Assim é que AMORIN *et. al.*, (1979) detectaram em 7,7% dos portadores de Tripanossomíase Sul-Americana, na forma crônica da enfermidade, quando avaliados em ambulatório especializado, sintomas do tipo tontura e/ou perda de consciência, sendo que em 42,7% evidenciou-se algum tipo de arritmia. Portanto, pode-se concluir que os indivíduos portadores crônicos de infecção pelo *T. cruzi*, que atuam em atividades profissionais consideradas de risco para acidentes cardiovasculares, necessitam de uma avaliação mais complexa a esse nível, de modo a possibilitar que se aprecie melhor

a adequação do trabalho dos mesmos (BEDRIKOW, 1972; PORTO, 1974; GOLDBAUM, 1979; 1981; CALDAS JR., 1980; ELUF NETO, 1985; ZICKER, 1985).

A maioria dos pacientes na fase crônica, acompanhados em serviços médicos localizados nos centros urbanos, está classificada na forma indeterminada da doença de Chagas. Esta classificação é dada pela sorologia positiva e pelos exames clínico, radiológico (tórax, esôfago e cólons) e eletrocardiográfico normais (DÉCOURT, SOSA E MADY, 1985) Estes pacientes podem até ser considerados aptos a desenvolver a atividade que lhes for solicitada, segundo a opinião de vários pesquisadores (MARINS, 1985; PEREIRA BARRETO & IANNI, 1994).

Entretanto, o panorama com o qual se depara o profissional da área de Saúde que acompanha o paciente portador da doença de Chagas em consultas periódicas, não é este.

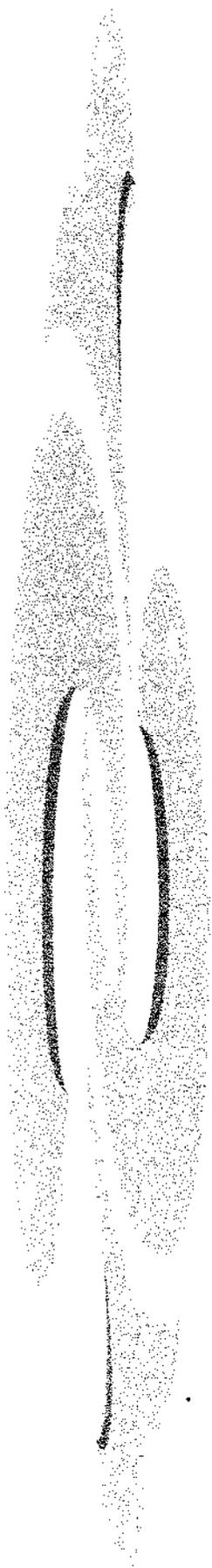
Muitos são os portadores da moléstia que têm dificuldade em se engajar no mercado de trabalho, pelo insuficiente grau de escolaridade e de capacitação profissional, uma vez que a maioria é originária de zonas rurais, habituada a atividades relacionadas à produção agrícola. Quando tentam se adaptar à realidade social de um centro urbano, com um maior grau de exigência técnica e de competitividade pelo emprego, visando obter condições mínimas de sobrevivência em um modelo de sociedade muito distinto daquele fundamentado na produção agrícola, encontram muitos obstáculos.

Além dos aspectos de origem social, verifica-se um outro, muito importante, freqüentemente velado e de difícil comprovação objetiva, que é a discriminação do trabalhador que seja portador da enfermidade de Chagas ou, mais explicitamente, de qualquer indivíduo com sorologia positiva para infecção por *T. cruzi* (Marins, 1985). A baixa escolaridade do trabalhador faz com que a ele sejam destinadas as funções menos especializadas e que demandam maior dispêndio de força física (construção civil, de serviços gerais, entre outras). Como a oferta de mão-de-obra não especializada é muito grande, principalmente em períodos recessivos, o indivíduo portador da doença de Chagas (ou mesmo outra patologia facilmente evidenciável) habitualmente é preterido em exames

de seleção, ficando à margem do processo de trabalho regulamentado pelas leis trabalhistas e sendo forçado a se sujeitar a atividades temporárias, muitas vezes sem vínculo empregatício legal e sem cobertura adequada quanto à Saúde e Previdência Social.

Fazia-se, pois, necessário um estudo que permitisse uma análise das condições trabalhistas do portador de doença de Chagas em um centro urbano, uma vez que a literatura enfatiza o impacto psicossocial desta enfermidade (LITVOC, 1977; PETANA, 1980; MARINS, 1985; STORINO & MILEI, 1986), pouco explicitando a associação que esta possa ter com a inserção deste indivíduo no mercado de trabalho. A partir destes dados, poderiam ser propostas medidas concretas para diminuir o ônus do estigma associado ao diagnóstico da doença de Chagas (GUARIENTO & GÓES, 1994; 1996). Tal estudo deve possibilitar conhecer a adequação ao trabalho frente à condição clínica do trabalhador soropositivo para infecção pelo *T. cruzi*, trazendo à discussão elementos que permitam propor estratégias para um encaminhamento mais condizente com o estado clínico deste trabalhador.

*“Pois aqui estou
cara a cara
com a vida” (Mello, 1978)*



2. OBJETIVOS

- 2.1.- Caracterizar a situação clínica dos indivíduos infectados pelo *T. cruzi*, que tenham relação de trabalho estabelecida através de vínculo empregatício regulamentado.
- 2.2.- Caracterizar as condições sócio-trabalhistas destes indivíduos.
- 2.3.- Investigar a adequação das condições de trabalho à situação clínica do trabalhador infectado pelo *T. cruzi*, bem como a eventual existência de discriminação contra este mesmo trabalhador, no mercado de trabalho .

“Nada mais sei que vos possa ensinar, e é tempo de aprenderdes por vós, pela indagação dos problemas que a natureza a cada passo, oferecerá à vossa perspicácia.” (Chagas, 1932)

3. METODOLOGIA

3.1- ÁREA DE ATUAÇÃO

O trabalho foi realizado no Ambulatório do Grupo de Estudos em Doença de Chagas (GEDoCh) do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (HC - FCM - U N I C A M P). Este serviço foi criado em 1976 pelo Prof. Dr. Sílvio dos Santos Carvalhal, na época professor titular do Departamento de Clínica Médica, tendo os seguintes objetivos:

a)- oferecer atendimento médico ao paciente portador crônico da doença de Chagas, encaminhado-o para um hospital de referência. O serviço funciona, atualmente, nos moldes de estruturação do Sistema Único de Saúde- SUS (GONTIJO, GUARIENTO, ALMEIDA 1997);

b)- proporcionar a este paciente crônico um atendimento e acompanhamento integrados, a partir de uma equipe multiprofissional da área de Saúde (assistentes sociais, enfermeiras, médicos, psicólogas, entre outros);

c)- buscar reverter o processo de discriminação e conseqüente estigma de que este paciente é alvo. (GUARIENTO & GÓES, 1996);

d)- procurar reintegrar o paciente crônico ao convívio social e à atividade de trabalho, adequando-a à capacitação física deste indivíduo, orientando-o também quanto aos recursos previdenciários no caso de uma eventual incapacitação para o trabalho, decorrente da doença;

e)- buscar reconhecer os aspectos médico-trabalhistas relativos à doença de Chagas em grandes centros urbanos (principalmente em Campinas e região);

f)- desenvolver pesquisas clínicas e experimentais no sentido de contribuir para o conhecimento de aspectos fisiopatogênicos, epidemiológicos e clínicos relativos à moléstia de Chagas, contando com a participação de alunos de graduação das áreas de Enfermagem e Medicina, através de projetos de iniciação científica, bem como de estagiários das áreas de Serviço Social e Psicologia, de internos e residentes da área de Clínica Médica e de pós-graduandos;

g)- desenvolver um centro de referência regional para atendimento ao paciente portador crônico da doença de Chagas e para pesquisas relativas a enfermidade,

contribuindo para a iniciação científica e para a pós-graduação, através da integração com outros níveis de atenção à saúde Superintendência de Contrôles de Endêmias (SUCEN); Centros de Saúde, via Secretaria de Saúde do município ; Serviço de Medicina do Trabalho de empresas via Grupo Ramazzini ; Serviços de Saúde dos municípios da região via Sistema Único de Saúde SUS), bem como com outras instituições de pesquisa;

h)- propiciar intercâmbio científico com outros centros de referência em doença de Chagas, nacionais e internacionais, participando de reuniões, simpósios, congressos e outros eventos afins, bem como do desenvolvimento de projetos de pesquisa e divulgação dos resultados obtidos pelo grupo.

Atualmente, o *GEDoCh* conta com três mil pacientes cadastrados, incluídos a partir de pelo menos, duas sorologias positivas denotando infecção pelo *T. cruzi* . Esses pacientes representam em todas as formas clínicas da enfermidade, com um predomínio da população masculina sobre a feminina, bem como da forma indeterminada da moléstia (MACEDO, 1997) sobre as demais formas. Também se constata um predomínio de indivíduos na faixa etária dos 30 aos 55anos.

3.2- AMOSTRA

Foram avaliados, a partir do consentimento após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa (Declaração de Helsinki, 1964), 250 pacientes comprovadamente portadores da infecção pelo *T. cruzi* e com, pelo menos, duas reações sorológicas positivas: reação de fixação de complemento maior ou igual a 1/4 (GUERREIRO & MACHADO, 1913) e/ou reação de imunofluorescência indireta maior ou igual a 1/40 (CAMARGO, 1966) e/ou ELISA positivo (PAN *et. al.*, 1992). Os indivíduos encaminhados pelos serviços de hemoterapia também apresentavam outras provas sorológicas positivas. Todos os entrevistados eram acompanhados no serviço do *GEDoCh* há, pelo menos seis meses, portanto, já estavam minimamente familiarizados com o serviço, o que lhes permitiu maior adesão ao mesmo. Também tinham como característica comum o vínculo empregatício regulamentado, sendo excluídos da população em estudo os menores de idade e as donas de casa. Tal característica permitiu uma apreciação mais real da relação do trabalhador infectado pelo *T. cruzi* com o mercado de trabalho.

Os indivíduos avaliados foram selecionados no período de pós-consulta médica, tal procedimento foi realizado por uma estagiária do serviço social, sob supervisão da profissional responsável. Uma vez que os mesmos concordassem em participar da pesquisa e preenchessem os critérios mínimos requeridos, eles eram encaminhados para a entrevista. Estes trabalhadores soropositivos para infecção por *T. cruzi* haviam comparecido à consulta de rotina para apreciação da condição clínica (todos os avaliados já haviam passado por consulta médica pelo menos duas vezes, além da triagem realizada pela equipe multiprofissional). Para o grupo estudado, a média de consultas era de uma vez ao semestre. Ressalta-se que não houve recusa à solicitação de participar na pesquisa, ou seja, todos os trabalhadores que demandaram o Ambulatório do *GEDoCh* durante o período de duração do estudo (6 meses) foram incluídos.

Além do que já foi mencionado, os indivíduos avaliados não apresentavam evidências clínicas de serem portadores de outras patologias cardíacas ou extra cardíacas que pudessem acarretar prejuízo à função do coração (tais como hipertensão arterial grave, valvulopatias, *diabetes mellitus* descompensado, entre outras). Nenhum dos trabalhadores entrevistados havia procurado espontaneamente o Ambulatório do *GEDoCh*, quando da época da matrícula, eles foram encaminhados por terceiros (serviços de hemoterapia, outros ambulatórios do HC - FCM - U N I C A M P, outros serviços de saúde do município ou região circunvizinha, serviços médicos de empresas, na ordem de frequência).

3.3- PROCEDIMENTOS

Aplicou-se, a cada entrevistado um formulário com questões requerendo os seguintes dados: nome; sexo; idade; raça (caucasóide, negróide, outra); naturalidade (considerando-se o Estado e/ou região da Federação); procedência (considerando-se o Estado e/ou região da Federação); tempo de residência em área endêmica (em anos de moradia); escolaridade (considerando-se o último ano escolar efetivamente cursado pelo entrevistado); fonte de diagnóstico e de encaminhamento ao Ambulatório do *GEDoCh* (serviço de saúde, serviço médico de empresa, serviço de hemoterapia, etc.); vínculo previdenciário (existente ou não existente) e nível de ocupação (considerando-se a

atividade de trabalho freqüente desempenhada pelo entrevistado). Este último item foi caracterizado conforme o proposto por Fonseca (1967):

- nível 1: para os que exercem cargos de ocupação não especializada (p. ex. servente de pedreiro);
- nível 2: para os que exercem cargos de ocupação manual especializada (p. ex. motorista de transporte coletivo);
- nível 3: para os que exercem cargos de supervisão e outras ocupações (p. ex. mestre de obras em construção civil);
- nível 4: para os que exercem cargos de gerência e técnicos de nível médio (p. ex. digitador);
- nível 5: para os profissionais liberais e os que ocupam cargos de alta administração (p. ex. costureira).

Outros dados avaliados a partir do questionário foram: salário (tomando-se como base o valor do salário-mínimo); realização de exame médico prévio à admissão em empresa (sim ou não); rejeição ao exame médico pré-admissional/causa (para aqueles entrevistados que haviam sido submetidos a este procedimento); demissão nos últimos dez anos/motivo alegado para a demissão.

Todos os indivíduos foram avaliados a partir de:

a)- exame clínico - valorizando-se a anamnese, principalmente quanto aos antecedentes epidemiológicos e sintomas dos aparelhos cardiovascular e digestivo; o exame físico, avaliou a freqüência cardíaca (auscultando-se, pelo tempo de um minuto, em repouso) e a pressão arterial, pesquisando-se sinais de insuficiência cardíaca direita e esquerda, arritmia e desdobramento patológico das bulhas cardíacas (auscultando-se pelo tempo de três minutos), também foi feito o exame de abdome, com especial atenção à palpação dos cólons;

b)- eletrocardiograma convencional - realizado em repouso, utilizando-se as doze derivações e enfatizando-se a pesquisa dos distúrbios de condução e de ritmo;

c)- radiografia de tórax - utilizando-se as posições pósterio-anterior e perfil, com esôfago contrastado.

Além desta avaliação básica, foram submetidos a outros exames complementares todos aqueles indivíduos que apresentaram queixas e/ou sinais que demandassem uma investigação mais complexa. Tais procedimentos quanto à avaliação médica dos trabalhadores entrevistados, estão relacionados à rotina de exame dos pacientes atendidos no Ambulatório do *GEDoCh*.

Os 250 indivíduos estudados foram classificados em seis grupos, considerando-se a forma clínica da doença de Chagas, conforme a classificação que se tem utilizado para todos os pacientes que demandam o Ambulatório do *GEDoCh*:

Grupo I - indivíduos portadores de infecção pelo *T. cruzi* e que não apresentavam quaisquer queixas relacionadas ao aparelho cardiovascular e/ou digestivo que pudessem ser atribuídas à Tripanosomíase Sul-Americana. Apresentavam exame clínico, estudo radiológico do tórax e eletrocardiografia de repouso normais;

Grupo II - indivíduos portadores de infecção pelo *T. cruzi* e que apresentavam evidência clínica e/ou eletrocardiográfica de cardiopatia chagásica, porém não tinham evidências de cardiomegalia e/ou insuficiência cardíaca à anamnese, avaliação clínica e/ou estudo radiológico do tórax;

Grupo III - indivíduos portadores de infecção pelo *T. cruzi*, com evidências clínicas e/ou eletrocardiográficas e/ou radiológicas de dano cardíaco associado à doença de Chagas, inclusive com insuficiência cardíaca e/ou cardiomegalia;

Grupo IV - indivíduos portadores de infecção pelo *T. cruzi* e que apresentavam dano visceral no trato digestivo causado pela enfermidade de Chagas, detectada por anamnese, exame clínico e/ou estudo radiológico;

Grupo V - indivíduos portadores de infecção pelo *T. cruzi* com associação de dano de víscera de trato digestivo e cardiopatia, decorrentes da doença de Chagas (III e IV);

Grupo VI - indivíduos portadores de infecção pelo *T. cruzi* com associação de dano de víscera do trato digestivo, cardiopatia e insuficiência cardíaca e/ou cardiomegalia, decorrentes da doença de Chagas (III e IV).

Os indivíduos avaliados foram confrontados, a partir da forma clínica, segundo os parâmetros levantados no questionário. Para tal fim, foram novamente agrupados em: *FI* - todos os classificados no Grupo I; *FC* - todos os classificados nos Grupos II, III, V e VI.

Os indivíduos que apresentavam exclusivamente comprometimento de víscera do trato digestivo, secundário à Tripanossomíase Sul-Americana, não foram considerados nesta segunda avaliação, em vista do maior potencial mórbido e estigma relacionados ao dano cardíaco. A condição de portador de cardiopatia possibilita avaliar de maneira bastante satisfatória a existência de eventual inadequação entre a situação clínica e tipo de atividade de trabalho desempenhada pelo indivíduo infectado pelo *T. cruzi*.

No presente estudo, todos os indivíduos do grupo *FC* apresentavam em comum o acometimento cardíaco, em graus variáveis, em decorrência da enfermidade de Chagas.

A forma clínica em que foram classificados os indivíduos entrevistados, refere-se à última avaliação realizada com os mesmos, na data da entrevista. Embora estes trabalhadores tenham sido cadastrados no Ambulatório do *GEDoCh* em épocas distintas, o período de realização das entrevistas foi de seis meses, correspondendo a classificação da forma clínica a este período.

É oportuno mencionar que os itens sexo, raça e situação clínica foram obtidos, em todos os casos, a partir da apreciação do entrevistador.

Os dados colhidos nas entrevistas foram avaliados posteriormente através do software para análises epidemiológicas (EPI-INFO) elaborado pelo Center for Disease Control (CDC), sediado em Atlanta (Georgia, USA) e distribuído pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Utilizou-se o redator de texto Word for Windows 6.0 e o editor gráfico Microsoft Power Point 97 para a confecção de tabelas e gráficos.

Foi utilizado para a análise estatística, o teste do qui-quadrado (Costa Neto, 1977), por ser método não paramétrico adequado aos dados que não se distribuem de uma forma normal. Considerou-se como significativo um valor de *p* até 0,05. Foram comparados os parâmetros relativos aos trabalhadores classificados na forma clínica I (*FI*) em relação aos classificados como cardiopatas (*FC*).

“ No que respeita à evolução clínica da forma cardíaca devemos afirmar ser esse aspecto da doença que ocasiona maior letalidade.

A percentagem de morte na forma cardíaca é relativamente muito elevada; apesar disso, grande número de casos permanece em estado de tolerância durante longos annos, capazes os affectados de uma vida de trabalho, embora mais ou menos accentuada a insuficiência do coração.” (Chagas e Villela, 1922)

4. RESULTADOS

Dos 250 entrevistados, 60 (24%) eram do sexo feminino e 190 (76%) do sexo masculino (Tabela 1 e Gráfico 1):

Distribuição dos trabalhadores por sexo

Feminino	60(24%)
Masculino	190(76%)
Total	250

Tabela 1

Distribuição dos trabalhadores por sexo

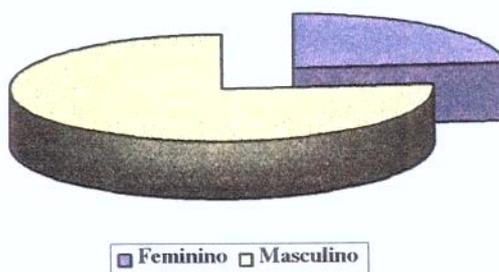


Gráfico 1

Verificou-se que 194 (77%) indivíduos eram da raça branca; 23 (9%) da raça negra e 33 (14%), de outras raças (Tabela 2 e gráfico 2):

Distribuição dos trabalhadores por raça

Caucasóides	194(77%)
Negróides	23(9%)
Outras	33(14%)
Total	250

Tabela 2

Distribuição dos trabalhadores por raça

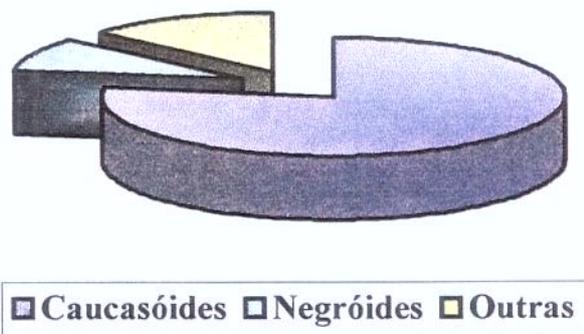


Gráfico 2

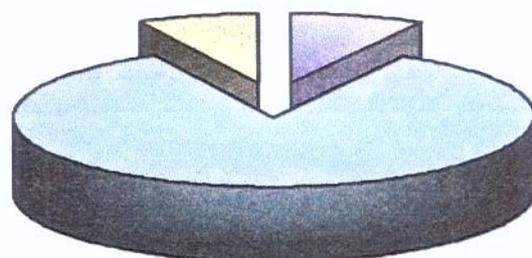
Quanto à idade (Tabela 3 e Gráfico 3), 21 trabalhadores (9%) tinham até 30 anos; 210 (84%) de 31 a 60 anos e 19 (7%), acima de 60 anos.

Distribuição dos trabalhadores por faixa etária

Até 30 anos	21(9%)
31-60	210(84%)
>60 anos	19(7%)
Total	250

Tabela 3

Distribuição dos trabalhadores por faixa etária



■ Até 30 anos ■ 31-60 anos ■ > 60 anos

Gráfico 3

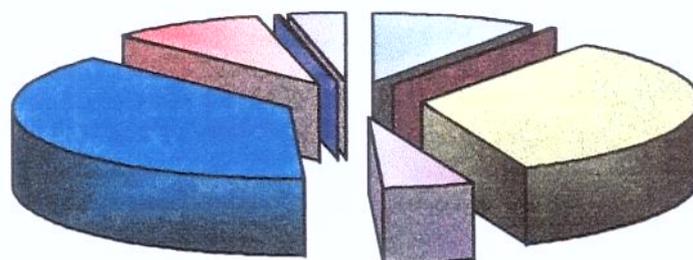
Apenas um dos entrevistados havia nascido em Campinas; 96 (38,2%) eram originários do Estado de Minas Gerais; 85 (34,5%), de outras cidades do interior do Estado de São Paulo; 24 (9%) da Bahia, 22 (8,5%) do Paraná, 13 (5%) da Região Nordeste do Brasil; um (inferior a 1%), da Região Norte (Tabela 4 e Gráfico 4)

Distribuição dos trabalhadores por naturalidade

BA	24(9%)	MG	96(38,2%)
CNAS	1(<1%)	PR	22(8,5%)
ISP	85(34,5%)	NORTE	1(1%)
NE	13(5%)	OUTROS	8(3%)

Tabela 4

Distribuição dos trabalhadores por naturalidade



□ BA □ CNAS □ ISP □ NE ■ MG □ PR ■ NORTE □ OUTROS

Gráfico 4

Quanto à procedência (Tabela 5 e Gráfico 5), constatou-se que a maioria dos indivíduos vinha do interior do Estado de São Paulo; ou seja 108 dos entrevistados (43,2%), destes, 62 (25%) residiam em Campinas. Do Estado de Minas Gerais havia 31 indivíduos (12,3%); do Paraná, 31 (12,3%); da Bahia eram sete (2,8%); da Região Nordeste eram quatro (1,6%) e da Região Norte, apenas um (inferior a 1%).

Distribuição dos trabalhadores segundo a procedência

BA	7(2,8%)	MG	31(12,3%)
CNAS	62(25%)	PR	31(12,3%)
ISP	108(43,2%)	NORTE	31(12,3%)
NE	4(1,6%)	OUTROS	1(1%)

Tabela 5

Distribuição dos trabalhadores segundo a procedência

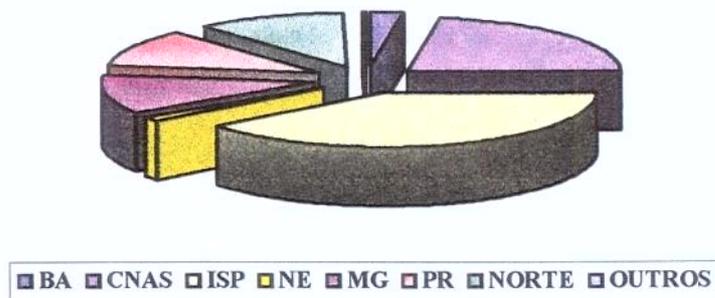


Gráfico 5

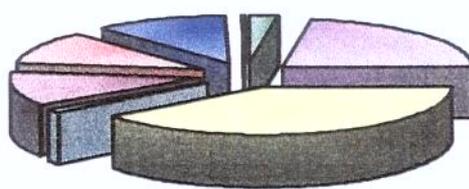
Dos indivíduos avaliados, 210 (84,4%) haviam morado em áreas endêmicas para infecção pelo *T. cruzi* por mais de a 12 anos; 14 deles (5,8%), de dez a 12 anos; sete (3%), de oito a dez anos; oito (3,2%), de seis a oito anos e nove (3,6) haviam residido nestas áreas por períodos inferiores a seis anos. Apenas um dos entrevistados jamais havia residido em área endêmica para doença de Chagas, havendo suspeita de transmissão congênita (Tabela 6 e Gráfico 6):

Distribuição dos trabalhadores por tempo de residência em área acadêmica

Não Morou	7(2,8%)	6-8 Anos	31(12,3%)
1-2 Anos	62(25%)	8-10 Anos	31(12,3%)
2-4 Anos	108(43,2%)	10-12 Anos	31(12,3%)
4-6 Anos	4(1,6%)	>12 Anos	1(1%)

Tabela 6

Distribuição dos trabalhadores por tempo de residência em área endêmica



■ NÃO MOROU	■ 1-2 ANOS	■ 2-4 ANOS	■ 4-6 ANOS	■ 6-8 ANOS
■ 8-10 ANOS	■ 10-12 ANOS	■ >12 ANOS		

Gráfico 6

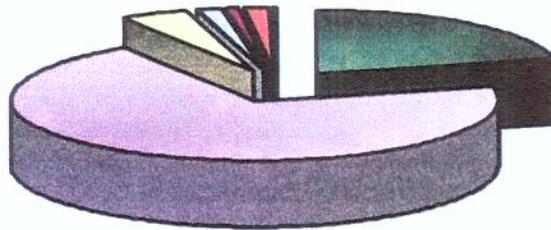
Quanto à escolaridade, 54 entrevistados (22%) eram analfabetos; 174 (69%) não haviam concluído os oito primeiros anos de escola; 11 (5%) tinham os oito primeiros anos completos; quatro (1,6%) tinham menos de 11 anos de escola; dois (inferior a 1%) tinham 11 anos completos; cinco (2%), o curso universitário, sendo que apenas um havia completado este estágio da formação escolar (Tabela 7 e Gráfico 7):

Distribuição dos trabalhadores por escolaridade

Analf	54(22%)	11 Anos	2(<1%)
<8 Anos	174(69%)	Univers Incomp	4(2%)
8 Anos	11(5%)	Univers Completo	1(<1%)
<11 Anos	4(1,6%)	Total	250

Tabela 7

Distribuição dos trabalhadores por escolaridade



■ ANALF	■ < 8 ANOS	■ 8 ANOS
■ < 11 ANOS	■ 11 ANOS	■ UNIVERS INCOMP
■ UNIVERS COMP		

Gráfico 7

Os indivíduos com sorologia positiva para infecção pelo *T. cruzi* relataram ter tido conhecimento do diagnóstico das seguintes formas: 130 (52%) foram notificados e encaminhados ao Ambulatório do *GEDoChr* pelos serviços de hemoterapia; 94 (37,6%) foram encaminhados por serviços de saúde, tais como postos de saúde dos municípios da região e de outros ambulatórios do próprio HC - FCM - U N I C A M P; 20 (7,8%) foram orientados por médicos do trabalho de empresas da região; cinco (2%), a partir da avaliação feita em exame médico pré-admissional (Tabela 8 e Gráfico 8).

Distribuição dos trabalhadores por conhecimento da doença e fonte de encaminhamento

Serviço de Hemoterapia	130(52%)	Serviços de Saúde	94(37,6%)
Exame admissional	5(2%)	Não soube referir	1(1%)
Médico de Trabalho	20(7,8%)		
		TOTAL	250

Tabela 8

Distribuição dos trabalhadores por conhecimento da doença e fonte de encaminhamento

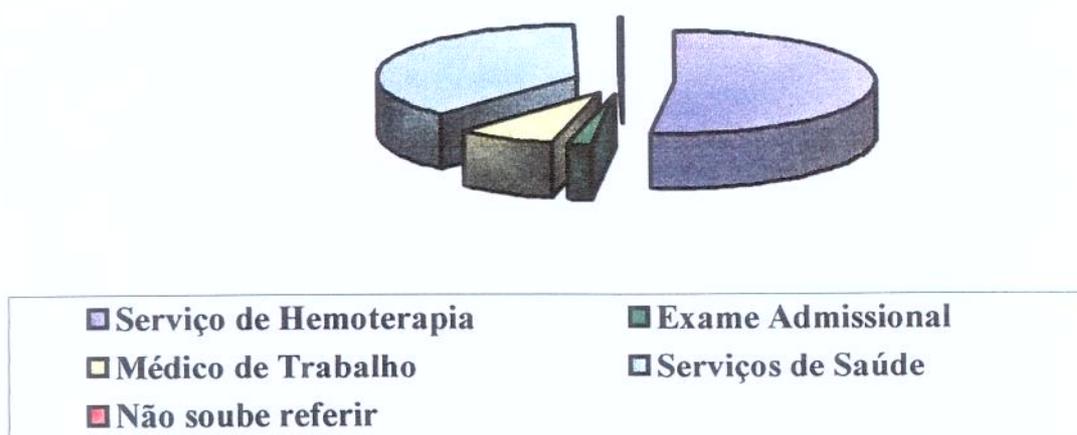


Gráfico 8

A classificação do estágio evolutivo da enfermidade teve seguinte distribuição (Tabela 9 e Gráfico 9): Grupo I - 143 trabalhadores (57,1%); Grupo II - 83 trabalhadores (33,3%); Grupo III - oito trabalhadores (3,2%); Grupo IV - oito trabalhadores (3,2%); Grupo V - sete trabalhadores (2,8%); Grupo VI - um trabalhador (inferior a 1%).

Distribuição dos trabalhadores segundo a forma clínica da doença

GRUPO I	143(57,1%)	GRUPO IV	8(3,2%)
GRUPO II	83(33,3%)	GRUPO V	7(2,8%)
GRUPO III	8(3,2%)	GRUPO VI 1	(<1%)
		TOTAL	250

Tabela 9

Distribuição dos trabalhadores segundo a forma clínica de doença

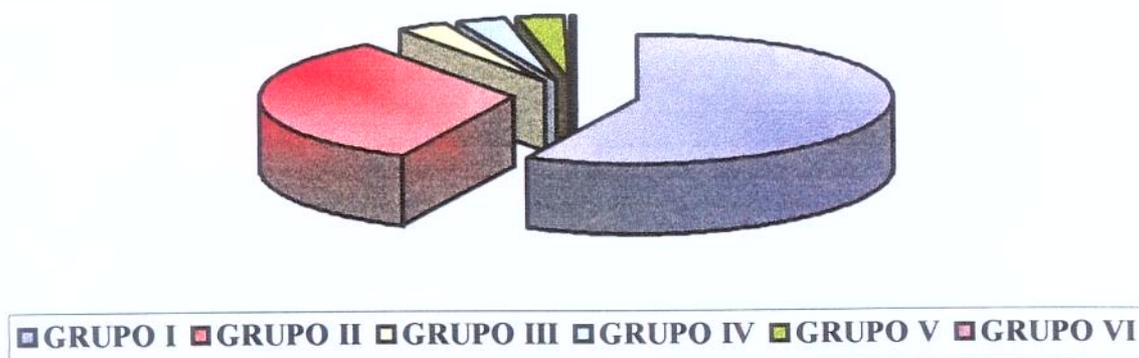


Gráfico 9

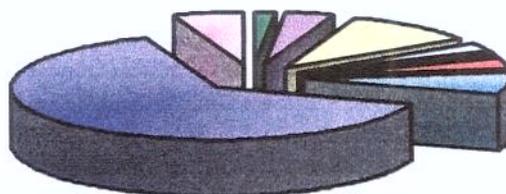
Quanto ao vínculo previdenciário (Tabela 10 e Gráfico 10), constatou-se que quatro entrevistados (1,6%) eram aposentados que mantinham atividade de trabalho; dez (4%) eram afastados por doença; 26 (10,4%), aposentados por invalidez; sete (2,8%) trabalhavam como autônomos, mas sem vínculo previdenciário; três (1,2%) eram aposentados por tempo de serviço; 14 (5,6%) eram trabalhadores autônomos, com vínculo previdenciário; oito (3,2%) estavam demitidos há, pelo menos, um ano; um (inferior a 1%) era empregador com vínculo previdenciário regulamentado; 17 (6,8%) estavam empregados, não tendo vínculo previdenciário; 160 (64%) estavam empregados e com vínculo previdenciário.

Distribuição dos trabalhadores segundo o grau de vínculo previdenciário

AA	4(1,6%)	D	8(3,2%)
ADO	10(4%)	ERP	1(<1%)
AI	26(10,4%)	ESV	17(6,8%)
ASP	7(2,8%)	EVE	160(64%)
ATS	3(1,2%)	AVP	14(5,6%)

Tabela 10

Distribuição dos trabalhadores segundo o grau de vínculo previdenciário



■ AA ■ ADO ■ AI ■ ASP ■ ATS ■ D ■ ERP ■ ESV ■ EVE ■ AVP

Gráfico 10

Em termos da ocupação (Tabela 11 e Gráfico 11), 133 indivíduos (53,2%) foram classificados no nível 1; 88 (35,2%) estavam no nível 2; 21 (8,4%), no nível 3; dois (inferior a 1%) estavam no nível 4 e seis (2,4%) no nível 5. No grupo entrevistado, em particular, classificaram-se no nível 5 os indivíduos que trabalhavam no próprio domicílio, assumindo todos os custos e riscos de uma infra-estrutura pouco adequada.

Distribuição dos trabalhadores segundo nível de ocupação

Nível 1	133(53,2%)	Nível 4	2(<1%)
Nível 2	88(35,2%)	Nível 5	6(2%)
Nível 3	21(8,4%)	TOTAL	250

Tabela 11

Distribuição dos trabalhadores segundo nível de ocupação

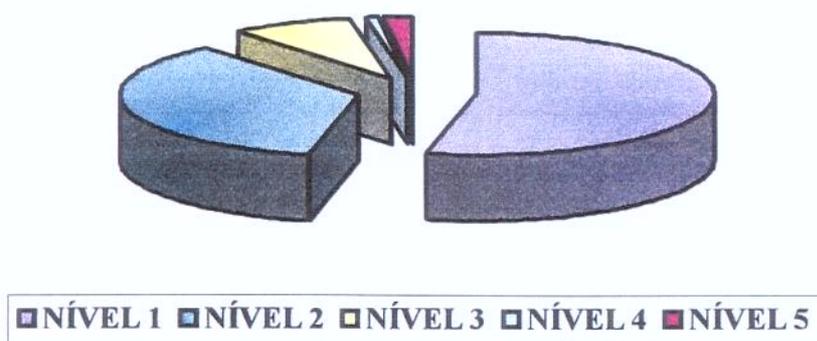


Gráfico 11

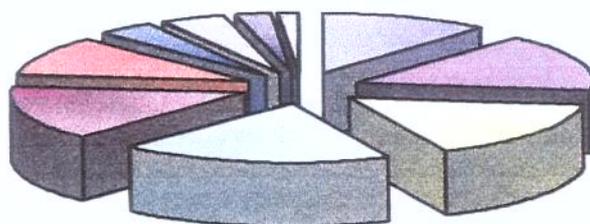
Para o item salário (Tabela 12 e Gráfico 12), evidenciou-se que 24 trabalhadores (9,6%) ganhavam menos que um salário mínimo; 33 (13,2%) recebiam o equivalente a um salário mínimo; 80 (3,2%) recebiam de um a dois salários mínimos; 39 (15,6%) ganhavam três salários mínimos; 31 (12,4%) ganhavam quatro salários mínimos; 22 (8,8%) recebiam cinco salários mínimos; quatro (1,6%) recebiam seis salários mínimos; nove (3,6%) recebiam sete salários mínimos e cinco (2%) tinham ganho superior a sete salários-mínimos. Além disso, três indivíduos (1,2%) não souberam informar a respeito do ganho mensal.

Distribuição dos trabalhadores segundo salário

<1SM	24(9,6%)	6SM	8,4(1,6%)
1SM	33(13,2%)	7SM	9(3,6%)
1-2SM	33(13,2%)	>7SM	5(2%)
3SM	39(15,6%)	NS	3(1,2%)
4SM	31(12,3%)		
5SM	22(8,8%)		
		TOTAL	250

Tabela 12

Distribuição dos trabalhadores segundo salário



< 1SM
 1SM
 1-2SM
 3SM
 4SM
 5SM
 6SM
 7SM
 >7SM
 NS

Gráfico 12

Quanto à realização de exame médico pré - admissional (Tabela 13 e Gráfico 13), 107 (42,8%) negaram Ter sido avaliados e 143 (57,2%) admitiram.

Entre os trabalhadores submetidos à avaliação médica pré-admissional (Tabela 13 - A e Gráfico 13 - A), 130 (91%) negaram ter sido recusados no emprego por causa do exame; 11 indivíduos (7,7%) afirmaram ter sido recusados por este motivo ao menos uma vez; um (inferior a 1%) havia sido recusado duas vezes e um (inferior a 1%), ao menos três vezes. Os trabalhadores recusados no exame médico pré-admissional (Tabela 13 - B e Gráfico 13 - B) associaram a recusa ao diagnóstico sorológico de doença de Chagas em 12 casos (92,3%), associando-a a outra patologia em um caso (7,7%).

Distribuição dos trabalhadores segundo a realização de exame médico pré-admissional

NÃO	107(42,8%)
SIM	143(57,2%)
TOTAL	250

Tabela 13

Distribuição dos trabalhadores segundo a realização de exame médico pré-admissional

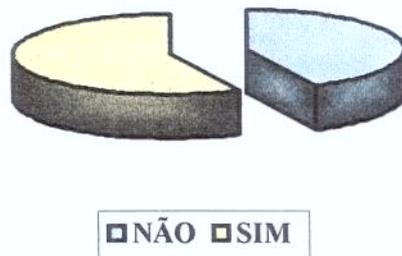


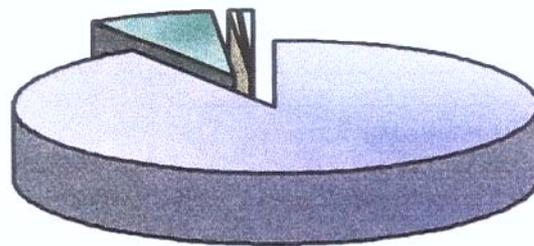
Gráfico 13

Distribuição dos trabalhadores segundo recusa ao exame médico pré - admissional

NÃO REC	130(91%)
1VEZ	11(7,7%)
2VEZES	1(<1%)
>3VEZES	1(<1%)
TOTAL	143

Tabela 13 - A

Distribuição dos trabalhadores segundo a recusa ao exame médico pré-admissional



■ NÃO REC ■ 1 VEZ ■ 2 VEZES ■ >3 VEZES

Gráfico 13 - A

Distribuição dos trabalhadores segundo o motivo de recusa ao exame médico pré-admissional

CHAGAS	12(92,3%)
OUTRA PATOLOGIA	1(7,7%)
TOTAL	13

Tabela 13 – B

Distribuição dos trabalhadores segundo o motivo de recusa ao exame médico pré-admissional



Gráfico 13 - B

Finalmente, em relação ao item demissão (Tabela 14 e Gráfico 14), 149 trabalhadores (59,6%) nunca haviam sido demitidos nos últimos dez anos; 67 (26,8%) referiram ter sido demitidos uma vez; 17 (6,8%) foram demitidos duas vezes; cinco (2%) foram demitidos três vezes; quatro (1,6%) foram demitidos quatro vezes; três (1,2%), cinco vezes e cinco deles (2%) relataram mais de cinco demissões no período de dez anos. Entre os motivos para justificar a demissão (Tabela 14 - A e Gráfico 14 - A), em nove casos foi citado o diagnóstico de enfermidade de Chagas; em 11 (10,9%), a falência da empresa; em um (1%) alegou-se justa causa e em 54 (53,4%), demissão sem justa causa; para 25 casos (24,8%) referiu-se o término do contrato de trabalho e houve um caso (1%) em que se alegou outra causa que não as citadas anteriormente.

Distribuição dos trabalhadores segundo o número de demissões nos últimos dez anos

NENHUMA	149(59,6%)	4VEZES	4(1,6%)
1VEZ	67(26,8%)	5VEZES	3(1,2%)
2VEZES	17(7%)	>5VEZES	5(2%)
3VEZES	5(2%)		
		TOTAL	250

Tabela 14

Distribuição dos trabalhadores segundo o número de demissões nos últimos dez anos

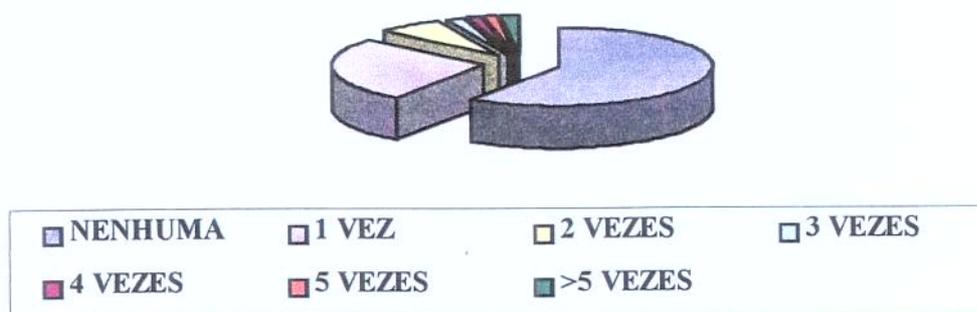


Gráfico 14

Distribuição dos trabalhadores segundo o motivo de demissão nos últimos dez anos

DOENÇA	9(8,9%)	TÉRMINO DE CONTRATO	25(24,8%)
FALÊNCIA	11(10,9%)	OUTROS	1(1%)
SEM JUSTA CAUSA	54(53,4%)	TOTAL	101

Tabela 14 – A

Distribuição dos trabalhadores segundo o motivo de demissão nos últimos dez anos

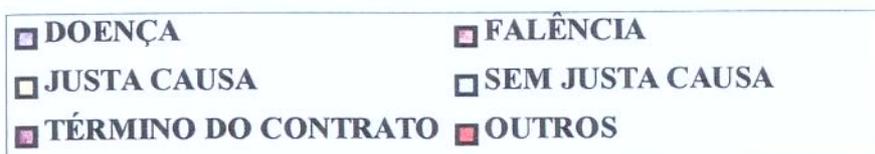


Gráfico 14 - A

Os trabalhadores classificados como cardiopatas (FC) totalizaram 99 entrevistados (40,9%), sendo 69 (69,7%) do sexo masculino e 30 (30,3%) do sexo feminino. Entre os classificados na F1, ao todo 143 indivíduos (59,1%), 116 (81,2%) eram do sexo masculino e 27 (18,8%) do sexo feminino.

Confrontando-se os achados relativos aos componentes dos dois subgrupos (F1 e FC) constatou-se haver (Tabela 15 e Gráfico 15) 185 (76%) indivíduos do sexo masculino, sendo 116 (62,7%) na F1 e 69 (37,3%) na FC. Havia 57 (24%) do sexo feminino, sendo 27 (47%) na F1 e 30 (53%) na FC. Observou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição das formas clínicas segundo o sexo ($p=0,05$), predominando as formas clínicas mais graves no sexo feminino.

Distribuição dos entrevistados por sexo

	FI	FC	TOTAL
FEM	27(47,4%)	30(52,6%)	57
MASC	116(62,7%)	69(37,3%)	185
TOTAL	143	99	242

Tabela 15

Distribuição dos entrevistados por sexo

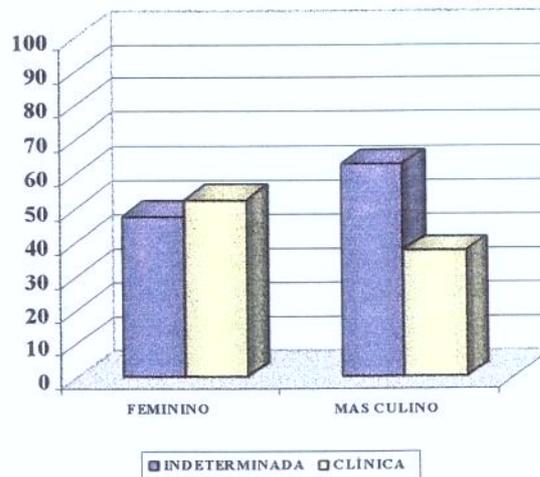


Gráfico 15

Quanto à raça (Tabela 16 e Gráfico 16), dos 188 caucasóides, 119 (61,3%) foram classificados na F1 e 69 (38,7%) na FC; dos 22 trabalhadores negróides, 8 (36%) estavam na F1 e 14 (64%) na FC. Foram classificados em outras raças 32 indivíduos, sendo 16 (50%) na F1 e 16 (50%) na FC. Não se observou diferença estatisticamente significativa na distribuição das formas clínicas entre caucasóides e indivíduos de outras raças, que não a negroíde. Entretanto, detectou-se diferença significativa entre negróides e caucasóides ($p < 0,05$).

Distribuição por raça dos entrevistados

	FI	FC	TOTAL
CAUC	119(61,3%)	69(38,7%)	188
NEGR	8(38,4%)	14(61,6%)	22
OUTRAS	16(50%)	16(50%)	32
TOTAL	143	99	242

Tabela 16

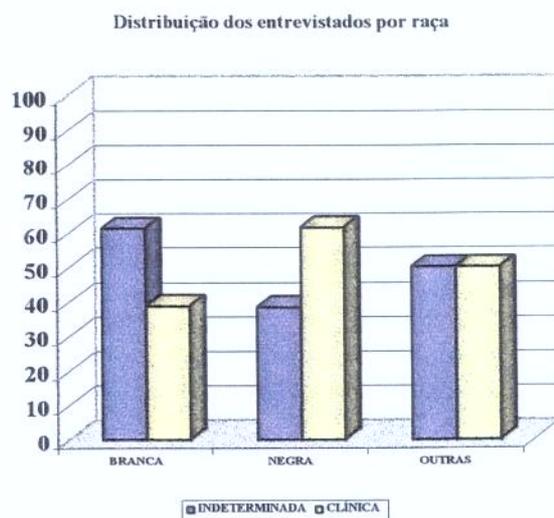


Gráfico 16

O item idade (Tabela 17 e Gráfico 17) foi avaliado, levando-se em consideração três faixas etárias: menos de trinta anos, 19 indivíduos (7,9%), sendo 16 (87,2%) na F1 e 3 (12,8%) na FC; entre 31 a 60 anos, 207 (84,5%) indivíduos, sendo 120 (59,7%) na F1 e 87 (42,1%) na FC; mais de 60 anos, 16 (7,6%) indivíduos, sendo sete (44%) na F1 e nove (56%) na FC. Constatou-se diferença significativa na distribuição das formas clínicas por faixa etária ($p < 0,05$).

Distribuição dos entrevistados por faixa etária

	FI	FC	TOTAL
ATÉ 30	16(87,2%)	3(12%)	19
31-60	120(57,9%)	87(42,1%)	207
>60	7(43,8%)	9(56,2%)	16
TOTAL	143	99	242

Tabela 17

Distribuição dos entrevistados por faixa etária

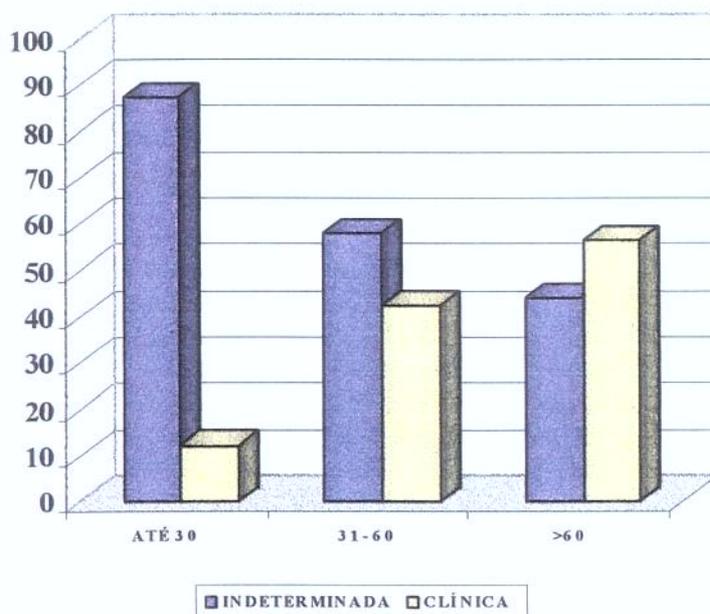


Gráfico 17

Quanto à naturalidade (Tabela 18 e Gráfico 18), 96 (39,6%) entrevistados eram originários de Minas Gerais, 53 classificados (52,2%) na F1 e 43 (47,8%) na FC; 81(33,7%) eram provenientes do interior de São Paulo, 48 classificados (57,3%) na F1 e 33 (42,7%) na FC; 23 (9,4%) eram da Bahia, estando 12 (52,2%) na F1 e 11 (47,8%) na FC; 21 (8,7%) eram do Paraná, 17 classificados (81%) na F1 e quatro (19%) na FC; 11 (4,5%) eram da Região Nordeste, estando cinco (45,5%) na F1 e seis (55%) na FC; oito (3,3%) eram de outras regiões do Brasil, seis (75%) classificados na F1 e dois (25%) na FC; havia apenas um indivíduo (inferior a 1%) da Região Norte e outro de Campinas, ambos classificados na F1. Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição dos entrevistados por região de origem, segundo a forma clínica que apresentavam.

Distribuição dos entrevistados por naturalidade

	FI	FC	TOTAL
BA	12(52,2%)	11(47,8%)	23
CNAS	1(100%)	0	1
ISP	48(57,3%)	33(42,7%)	81
NE	5(45,5%)	6(54,5%)	11
MG	53(52,2%)	43(47,8%)	96
PR	17(81%)	4(19%)	21
NORTE	1(100%)	4(19%)	21
OUTRO	6(75%)	2(25%)	86
TOTAL	143	99	242

Tabela 18



Gráfico 18

Quanto à procedência (Tabela 19 e Gráfico 19), a maioria dos entrevistados era do interior do Estado de São Paulo, totalizando 105 indivíduos (43,4%) sendo 61 (58,1%) classificados na F1 e 44 (41,9%) na FC; de Campinas eram 61 (25,2%), estando 41 (67,2%) na F1 e 20 (32,8%) na FC; de Minas Gerais havia 30 (12,4%), 14 (46,7%) classificados na F1 e 16 (53,3%) na FC; 29 eram do Paraná (12%), estando 17 (58,6%) na F1 e 12 (41,4%) na FC; da Bahia eram seis (2,5%), dois (33,3%) classificados na F1 e quatro (66,7%) na FC; da Região Nordeste eram quatro (1,7%), estando três (75%) na F1 e um (25%) na FC; da Região Norte havia apenas um entrevistado, classificado na F1. De outros Estados da Federação haviam seis (2,5%) indivíduos, quatro (66,7%) classificados na F1 e dois (33,3%) na FC. Também quanto a este item, não se observou diferença estatisticamente significativa relacionada à distribuição das formas clínicas.

Distribuição dos entrevistados por procedência

	F1	FC	TOTAL
CNAS	41(67,2%)	20(32,8%)	61
ISP	61(58,1%)	44(41,9%)	105
MG	14(46,7%)	16(53,3%)	30
BA	2(33,3%)	4(66,7%)	06
PR	17(58,6%)	12(41,4%)	29
NE	3(75%)	1(25%)	04
NORTE	1(100%)	0	01
OUTRO	4(66,7%)	2(33,3%)	06
TOTAL	143	99	242

Tabela 19

Distribuição dos entrevistados por procedência

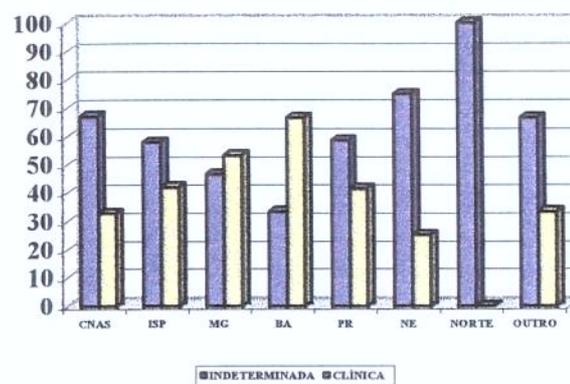


Gráfico 19

Quanto ao tempo de residência em área endêmica (Tabela 20 e Gráfico 20), 38 indivíduos (15,8%) haviam morado em tais áreas por tempo inferior a 12 anos e 202 (84,2%), por tempo superior a este. Daqueles 38, 26 (68,4%) foram classificados na F1 e 12 (31,6%) na FC; dos 202, 116 (57,4%) foram classificados na F1 e 86 (42,6%) na FC. Constatou-se não haver diferença significativa quanto às formas clínicas. Não foram considerados um trabalhador que negava ter morado em área endêmica e outro que não soube referir o tempo de moradia em tal área.

Distribuição por tempo de residência em área endêmica

	FI	FC	TOTAL
Até 12 anos	26(68,4%)	12(31,6%)	38
> 12 anos	116(57,4%)	86(42,6%)	202
TOTAL	142	98	240

Tabela 20

Distribuição por tempo de residência em área endêmica

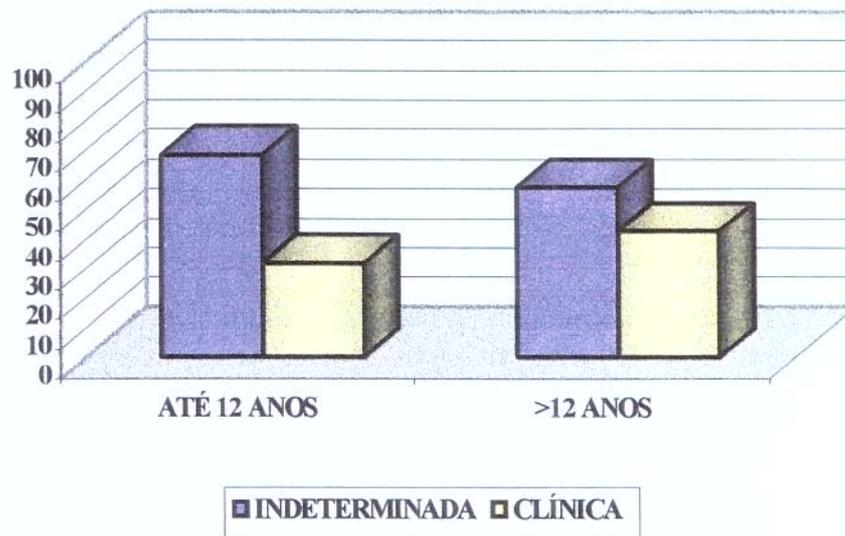


Gráfico 20

A escolaridade (Tabela 21e Gráfico 21) foi apreciada em dois níveis: analfabetismo, em que foram classificados 51 entrevistados (21,1%), 22 (43,1%) na F1 e 29 (56,9%) na FC; algum grau de escolaridade (desde os primeiros oito anos de escola cursados de maneira incompleta até os primeiros onze anos completos), em que foram classificados 191 (78,9%) indivíduos, 121 (63%) na F1 e 70 (37%) na FC. Constatou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os dois níveis de escolaridade, em relação à forma clínica.

Distribuição dos entrevistados por escolaridade

	FI	FC	TOTAL
ANALF	22(43,1%)	29(56,9%)	51
ESCOLA	121(63,4%)	70(36,6%)	191
OUTRAS	16(50%)	16(50%)	32
TOTAL	143	99	242

Tabela 21

Distribuição por escolaridade dos entrevistados

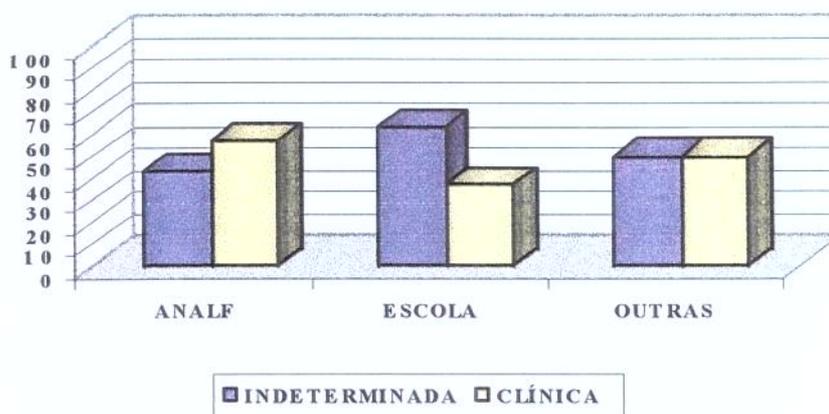


Gráfico 21

Quanto ao modo de conhecimento do diagnóstico e posterior encaminhamento ao Ambulatório do *GEDoCh*, levando-se em conta a forma clínica apresentada pelos trabalhadores entrevistados (Tabela 22 e Gráfico 22), pode-se verificar que dos 126 (52,3%) indivíduos diagnosticados em serviços de hemoterapia, 87 (69%) foram classificados na F1 e 39 (31%) na FC; entre os cinco (2,1%) encaminhados após exame médico pré-admissional ao trabalho, quatro (80%) foram classificados na F1 e apenas um (20%) na FC; dos 20 trabalhadores encaminhados após a avaliação regular realizada pelo médico do trabalho, 12 (60%) estavam classificados na F1 e oito (40%) na FC; finalmente, dos 90 (37,3%) indivíduos encaminhados por serviços de saúde, 40 (44,4%) estavam na F1 e 50 (55,6%) na FC. Evidenciou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) apenas ao confrontar-se a apresentação clínica dos indivíduos encaminhados por serviços de saúde em relação aos encaminhados por de outras fontes (entre os primeiros, 55,6% foram classificados na FC, dos demais, 68,2% o foram na F1).

Conhecimento da doença e fonte de encaminhamento ao GEDoCH, segundo a forma clínica

	F1	FC	TOTAL
Serviço Hem	87(69%)	39(31%)	126
ExameAd	4(80%)	1(20%)	5
Med. Trab.	12(60%)	8(40%)	20
S.Saúde	40(44,4%)	50(55,6%)	90
TOTAL	143	98	241

Tabela 22

Conhecimento da doença e fonte de encaminhamento ao GEDoCH, segundo a forma clínica

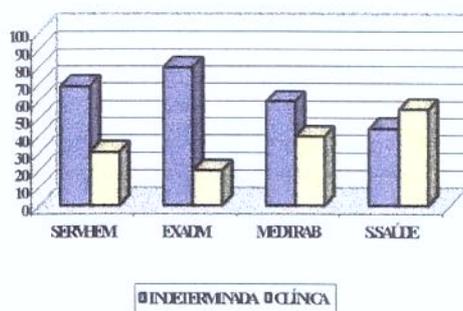


Gráfico 22

Na distribuição dos entrevistados segundo o grau de vínculo com a Previdência Social (Tabela 23 e Gráfico 23), constatou-se o seguinte quadro: quatro aposentados mantinham atividade de trabalho (AA) , todos classificados na FC; dez (4%) recebiam auxílio-doença (ADO), sendo três (30%) na F1 e sete (70%) na FC; os aposentados por invalidez (AI) totalizaram 25 (10,3%), sendo oito (32%) na F1 e 17 (68%) na FC; sete (2,9%) eram autônomos sem vínculo previdenciário (ASP), sendo quatro (57,1%) na F1 e três (42,9%) na FC; havia três (1,2%) aposentados por tempo de serviço (ATS), sendo um (33,3%) na F1 e dois (66,7%) na FC; havia 13 (5,4%) autônomos com vínculo previdenciário (AVP), sendo sete (53,8%) na F1 e seis (46,2%) na FC; oito (3,3%) eram desempregados (D), sendo três (37,5%) na F1 e cinco (62,5%) na FC; havia um (inferior a 1%) empregador com vínculo previdenciário (ERP) classificado na F1; os empregados com vínculo previdenciário (EVP) totalizaram 155 (64%) indivíduos, sendo 109 (70,3%) na F1 e 46 (29,7%) na FC; havia 16 (6,6%) empregados sem vínculo previdenciário (ESV) sendo sete (43,7%) na F1 e nove (56,3%) na FC. Verificou-se significância estatística somente na categoria “empregado com vínculo previdenciário ”, na qual o número de indivíduos classificados na F1 é bem mais elevado do que o observado na distribuição geral dos trabalhadores entrevistados (70,3% contra 59,1%).

Grau de vínculo previdenciário

	FI	FC	TOTAL
ERP	1(100%)	0	128
EVP	109(70,3%)	46(29,7%)	155
AVP	7(53,8%)	6(46,2%)	13
ASP	4(57,1%)	3(42,9%)	7
ADO	3(30%)	7(70%)	10
AI	8(32%)	17(68%)	25
ATS	1(33,3%)	2(66,7%)	3
D	3(37,5%)	5(62,5%)	8
AA	0	4(100%)	4
ESV	7(43,7%)	9(56,3%)	16
TOTAL	143	99	242

Tabela 23

Grau de vínculo previdenciário

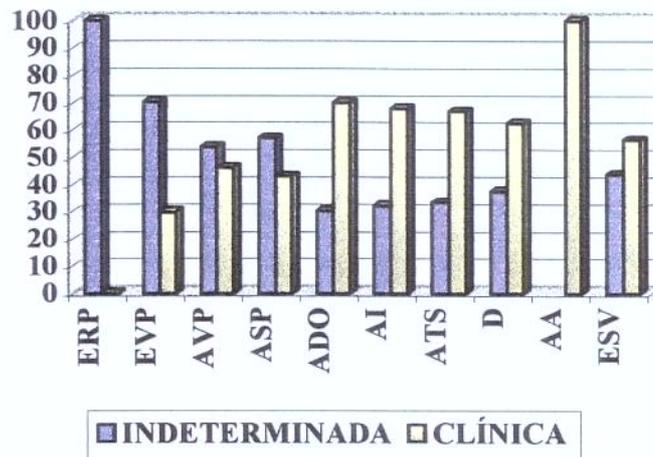


Gráfico 23

Quanto à ocupação (Tabela 24 e Gráfico 24), verificou-se seguinte distribuição: 128 (52,9%) indivíduos no nível 1, sendo 68 (53,1%) na FI e 60 (46,9%) na FC; 87 (36%) indivíduos no nível 2, sendo 58 (67%) na FI e 29 (33%) na FC; nos níveis 3 e 4 (somados em função do menor número de integrantes e das atividades afins), havia 21 trabalhadores (8,7%), sendo 15 (71%) na FI e seis (29%) na FC; no nível cinco foram classificados seis trabalhadores (2%) , sendo dois (33,3%) na FI e quatro (66,7%) na FC. Constatou-se que havia significância estatística ($p < 0,05$) apenas na comparação das formas clínicas dos trabalhadores do nível 1 com a distribuição desta mesma classificação clínica para todos os outros trabalhadores somados (53,1% na FI dentre os classificados no nível 1, 66% na mesma forma clínica para a soma dos demais níveis).

Distribuição dos entrevistados pelo nível de ocupação

	FI	FC
NÍVEL 1	68(53,1%)	60(46,9%)
NÍVEL 2	58(67%)	29(33%)
NÍVEIS 3 e 4	15(71%)	6(29%)
NÍVEL 5	2(33,3%)	4(66,7%)

Tabela 24

Distribuição dos entrevistados pelo nível de ocupação

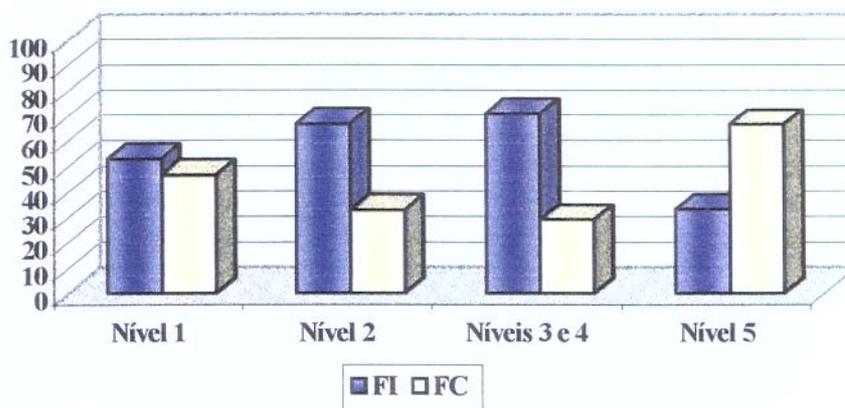


Gráfico 24

Dividiu-se a população estudada em quatro níveis, segundo a remuneração dos indivíduos (Tabela 25 e Gráfico 25): 55(23%) recebiam até um salário mínimo, sendo 15(27,3%) na FI e 40(72,7%) na FC; 77(32,2%) ganhavam de um a dois salários mínimos, sendo 46(59,7%) na FI e 31(40,3%) na FC; 93(38,9%), ganhavam de três a seis salários mínimos sendo 72(77,4) na FI e 21(22,6%) na FC; 14(5,9%) tinham ganho igual ou superior a sete salários mínimos, sendo oito (57%) na FI e seis (43%) na FC. Em termos de avaliação estatística, verificou-se que havia diferença significativa ($p < 0,05$) na distribuição dos trabalhadores que recebiam até um salário mínimo na dos que ganhavam de três a seis salários mínimos. Dentre os primeiros, 72,7% foram classificados na FC, dentre os últimos, 77,4% na FI. Para os demais níveis de remuneração não houve diferença estatisticamente significativa. Não foram considerados nesta apreciação os dois entrevistados que ignoravam qual a própria remuneração.

Distribuição dos entrevistados pelo nível salarial

	FI	FC	TOTAL
ATÉ 1SM	15(27,3%)	40(72,7%)	55
1-2SM	46(59,7%)	31(40,3%)	77
3-6SM	74(77,4%)	21(22,6%)	93
≥7SM	8(5,7%)	6(4,2%)	14
TOTAL	141	98	239

Tabela 25

Distribuição dos entrevistados pelo nível salarial

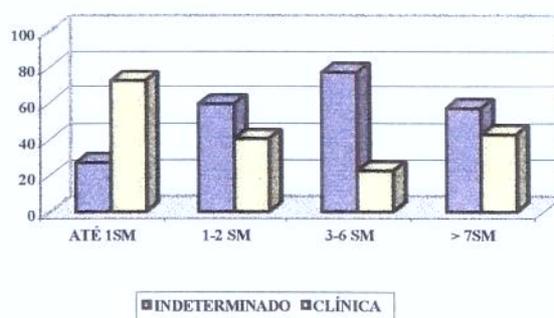


Gráfico 25

Foram submetidos à avaliação médica pré-admissional ao trabalho (Tabela 26 e Gráfico 26) 140 (57,9%) entrevistados, estando 89 (63,6%) na F1 e 51 (36,4%) na FC. Entre os que negaram ter sido avaliados desta forma (42,1%), 54 (52,9%) estavam na F1 e 48 (41,1%) na FC. Não houve diferença estatisticamente significativa, na distribuição das formas clínicas dos trabalhadores, avaliados ou não, em exame médico pré-admissional, segundo a forma clínica que apresentavam ($p < 0,05$).

Distribuição dos entrevistados por realização de exame médico pré-admissional

	FI	FC	TOTAL
SIM	89(63,6%)	51(36,4%)	140
NÃO	54(52,9%)	48(41,1%)	102
TOTAL	141	98	239

Tabela 26

Distribuição dos entrevistados por realização de exame médico pré-admissional



Gráfico 26

Para os 13 indivíduos que foram recusados no exame médico pré-admissional, 12 (92,3%) associavam a recusa ao diagnóstico sorológico de doença de Chagas. Entre estes trabalhadores, seis (50%) estavam classificados na F1 e seis (50%) na FC. O outro entrevistado atribuiu a recusa a outra patologia, sendo classificado na F1 (Tabela 27 e Gráfico 27) . Não se constatou diferença estatisticamente significativa na distribuição dos trabalhadores, quanto à rejeição no exame médico pré-admissional, segundo a forma clínica que apresentavam ($p < 0,05$).

Distribuição dos entrevistados segundo o motivo de recusa no exame médico pré-admissional

	FI	FC	TOTAL
CHAGAS	6(50%)	6(50%)	12
OUTRA	1(100%)	0	1
TOTAL	7	6	13

Tabela 27

Distribuição dos entrevistados segundo o motivo de recusa no exame médico pré-admissional

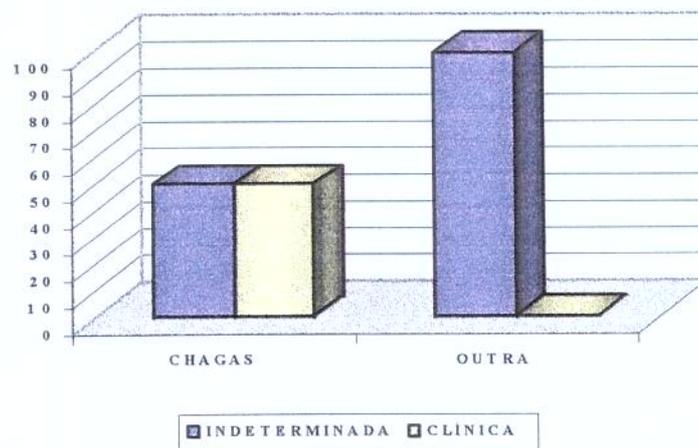


Gráfico 27

Quanto ao item demissão (Tabela 28 e Gráfico 28), obteve-se o seguinte resultado: 144 (59,5%) trabalhadores negavam ter sido demitidos nos últimos dez anos, dos quais 85 (59%) foram classificados na F1 e 59 (41%) na FC. Entre os demitidos ao menos uma vez no mesmo período, 98 (40,5%) entrevistados, 58 (59,2%) estavam na F1 e 40 (40,8%) na FC. Não se verificou diferença estatisticamente significativa na distribuição das formas clínicas entre demitidos e não demitidos.

Distribuição dos entrevistados pelo número de demissões nos últimos dez anos

	FI	FC	TOTAL
Nenhuma	85(59%)	59(41%)	144
1ou+	58(59,2%)	40(40,8%)	98
TOTAL	143	99	242

Tabela 28

Distribuição dos entrevistados pelo número de demissões nos últimos dez anos

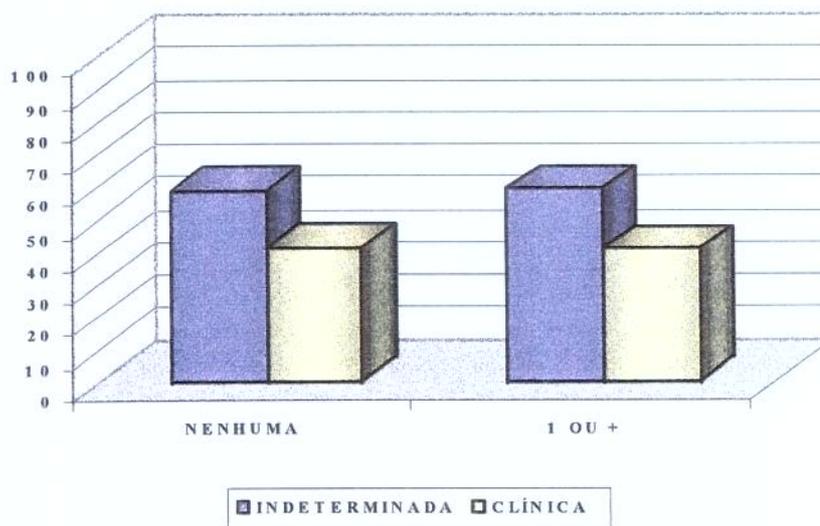


Gráfico 28

Quanto ao motivo alegado para a demissão (Tabela 29 e Gráfico 29), entre os 98 (40,5%) demitidos verificou-se que nove (9,2%) referiram a doença de Chagas, destes quatro (44,4%) foram classificados na F1 e cinco (55,6%) na FC; 11 (11,2%) referiram falência da empresa em que trabalhavam, dos quais oito (72,7%) estavam na F1 e três (27,3%) na FC. Apenas 1 (1%) alegou justa causa, estando classificado na FC. Também se constatou o mesmo para as outras causas de demissão, além das especificadas; 53 (54,1%) alegaram demissão sem justa causa, dos quais 32 (60,4%) estavam na F1 e 21 (39,6%) na FC; 23 (23,5%) referiram término do contrato de trabalho, estando 14 (60,9%) na F1 e nove (39,1%) na FC. Observou-se não haver qualquer diferença estatisticamente significativa na distribuição dos motivos para a demissão, associados às formas clínicas apresentadas pelos trabalhadores entrevistados .

Distribuição dos entrevistados pela causa da demissão

	FI	FC	TOTAL
Outra	0	1(100%)	01
Doença	4(44,4%)	5(55,5%)	09
Falência	8(72,7%)	3(27,3%)	11
Justa causa	0	1(100%)	01
Sem JC	32(60,4%)	21(39,6%)	53
Contrato			
TOTAL	58	40	98

Tabela 29

Distribuição dos entrevistados pela causa da demissão

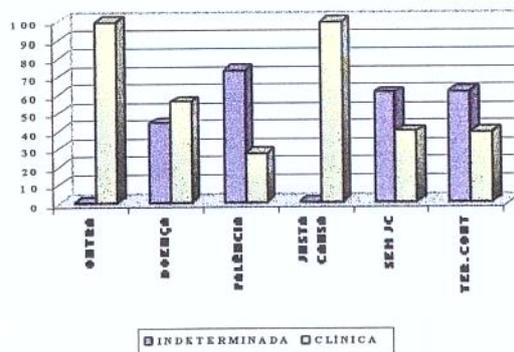


Gráfico 29

*“...ainda há canções a cantar,
além dos homens.” (Celan, 1977)*

5. DISCUSSÃO

Às vésperas do século XXI, num mundo habituado ao progresso científico e ao desenvolvimento tecnológico, parece estranho à sociedade contemporânea falar de enfermidades tropicais. Afinal, a modernidade legitima-se na sociedade introduzindo, entre outros elementos, uma imagem de exclusão de doenças como malária, mal de Hansen, cólera, enfermidade de Chagas, entre outras, como se as mesmas fizessem parte de um passado que não se deseja recuperar (Briceño-León, 1993).

O Brasil, como outras nações do continente latino-americano, é um país marcado por fortes contradições sociais. Por um lado, convive com a busca de modernização e de crescimento tecnológico, e de outra constata-se uma concentração de renda cada vez mais acentuada, acompanhada de um empobrecimento progressivamente maior, o que compromete a qualidade de vida da população. Neste contexto, também o mercado de trabalho apresenta-se bastante instável, com distorções que não são condizentes com o país que detém o nono Produto Interno Bruto do mundo (IBGE, 1992).

Em vista desta realidade, também o portador de infecção pelo *T. cruzi* enfrenta problemas sociais graves, já que a condição sócio-econômica deste não lhe permite um nível razoável de escolaridade e de qualificação profissional. Em contrapartida, os empregadores relutam em contratar trabalhadores que mesmo sem evidências clínicas de doenças, possam vir a manifestá-las posteriormente. Nessa situação, deve-se ter em vista o quadro fisiopatológico da enfermidade de Chagas, principalmente no que se relaciona ao comprometimento cardíaco (Laranja e cols., 1956; Andrade & Andrade, 1979).

Desta forma, a pessoa infectada pelo *T. cruzi* pode se deparar com a marginalização quanto à inserção no mercado de trabalho, em qualquer estágio deste processo (Goldbaum, 1978; Dias & Dias, 1979; Cançado, 1987).

Também é importante lembrar que a situação social vivenciada pelos portadores da enfermidade de Chagas constitui um típico exemplo do processo migratório a que se sujeitam largos contingentes da população brasileira, atingidos pela precariedade da condição econômica que concentra mercado de trabalho, indústrias e bens de consumo nos grandes centros urbanos. Vale ressaltar que a migração rural-urbana provavelmente representou o processo mais importante de mudança populacional neste século, fenômeno

ao qual se associou o traslado da doença de Chagas para muitas das grandes cidades de praticamente todo o continente latino-americano. Com isso, uma enfermidade que era predominantemente rural urbanizou-se. (Briceño-León, 1993).

Os portadores de infecção pelo *T. cruzi*, na maioria oriundos de áreas endêmicas e situadas em zona rural, acabam por experimentar as conseqüências de uma problemática decorrente da ausência de uma política mais efetiva de atenção à saúde. Muitos têm conhecimento que são portadores da doença apenas ao doarem sangue, ou ao buscarem trabalho em locais que solicitam avaliação médica pré-admissional. De outra forma, somente ao apresentarem sintomas clínicos evidentes é que tais pessoas serão diagnosticadas, começando, então, a peregrinação pelos serviços de saúde. Esta situação manifesta-se com freqüência nas cidades nas quais estes indivíduos passam a residir.

São constatados significativos avanços no controle da transmissão vetorial do *T. cruzi*, assim como evidente tendência ao controle da transmissão transfusional (Wanderley, 1994). Recentemente, em São Paulo, Wendel & Biagini (1995) demonstraram uma prevalência de soropositividade para *T. cruzi* duas vezes e meia maior em doadores de sangue acima dos 55 anos, quando confrontados com os que estavam na faixa etária abaixo dos 26 anos. Entretanto, observa-se que cresce a importância de como tratar o portador da moléstia de Chagas no sistema de saúde, tomando-se como referência o ser humano como um todo, já que, controlada a transmissão da doença, ao menos cinco milhões de pessoas infectadas por este parasita seguirão necessitando de atenção médica, psicológica e social (Dias, 1992).

Em função deste panorama, a perspectiva médico-trabalhista na abordagem dos portadores de infecção pelo *T. cruzi* assume particular importância, principalmente ao se considerar o estigma do diagnóstico da doença de Chagas (Petana, 1980; Guariento & Góes, 1994, 1996) e a possibilidade deste estar vinculado à discriminação na esfera do mercado de trabalho.

Portanto, o trabalhador infectado pelo *T. cruzi* pode enfrentar duplo obstáculo em nível trabalhista: o primeiro, aliado à condição social e profissional deficiente e a um mercado de trabalho bastante desfavorável, o segundo, pela constatação da soropositividade

para a infecção pelo protozoário *T. cruzi*. Além disso, existe a possibilidade de ocorrer um desajuste quanto à adequação para a atividade desempenhada, principalmente entre os portadores de cardiopatia. O trabalhador nesta condição pode ser marginalizado eventualmente, não apenas quanto à citada inadequação, mas também no processo de admissão e nas demissões sumárias (Goldbaum, 1978; Dias & Dias, 1979; Almeida, Meirelles, Laurentys, 1983; Marins, 1985; Cançado, 1987; Oliveira Jr., 1990; Amaral da Silva et al., 1995). A legislação trabalhista brasileira colabora para esta situação, pois, permite ao empregador a dispensa sem justa causa, dificultando a comprovação dos critérios adotados para as demissões (CLT, 1981).

Fazia-se, pois, necessário um estudo que permitisse uma análise das condições de trabalho do infectado pelo *T. cruzi*, enfocando os centros urbanos, particularmente Campinas (SP) e macrorregião, onde atualmente reside um expressivo número destes indivíduos. Vale ressaltar que a literatura enfatiza o impacto psicossocial desta enfermidade (Litvoc, 1977; Petana, 1980; Marins, 1985; Storino e Milei, 1986), explicitando pouco a associação que este possa ter com a inserção do portador da doença de Chagas no mercado de trabalho. A partir destes dados é possível propor medidas concretas para diminuir o ônus do estigma do diagnóstico da doença de Chagas. Tal estudo também deve possibilitar conhecer a adequação de atividades à condição clínica do trabalhador soropositivo para infecção pelo *T. cruzi*, discutindo aspectos que permitam elaborar estratégias para um encaminhamento mais condizente.

Nesta situação e tomando-se como base os resultados do presente trabalho, discutidos a seguir, deve-se considerar a possibilidade de criação de um programa de saúde (Oliveira *et.al.*, 1997) para o trabalhador contaminado pelo parasita *T. cruzi*. *Este programa teria* caráter e abrangência estaduais (ou seja, seria administrado e atingiria os Estados da Federação), além de atuar predominantemente nos serviços de saúde de atenção primária e secundária (Gontijo *et.al.*, 1997). Tal estrutura permitiria, não apenas o diagnóstico precoce, mas também garantiria o acesso ao esclarecimento e às informações relativas à enfermidade de Chagas, do ponto de vista clínico, terapêutico e epidemiológico, tanto para o infectado pelo *T. cruzi* como para os profissionais da área de Saúde. Vinculada a este programa, seria proposta uma normatização, a partir das constituições estaduais, que

funciona-se como instrumento legal para proteger o trabalhador chagásico infectado contra as atitudes discriminadoras na esfera das relações de trabalho. Paralelamente, em parceria com os serviços de saúde e as instituições de pesquisa, poderia ser estimulada a criação de associações de portadores de infecção pelo *T. cruzi*, encarregadas, entre outras funções, de atuar junto a sindicatos, organizações de trabalhadores, Secretarias de Saúde e Conselhos de Saúde, visando garantir os direitos de cidadania do trabalhador soropositivo para doença de Chagas, inclusive o remanejamento de atividades para aqueles incapacitados pela moléstia de Chagas, precedido de readaptação ao trabalho (Luquetti e Porto, 1997), bem como a aposentadoria para os inválidos. A discussão dos achados do presente estudo, dará fundamento prático a estas estratégias.

Constatou-se um evidente predomínio de indivíduos caucasóides e do sexo masculino entre os trabalhadores que apresentavam as formas menos graves da moléstia, ocorrendo o inverso em relação aos negróides e às mulheres. Pode-se supor que tal achado deva se ao fato de que estes últimos procurem um serviço de referência somente após o surgimento de sintomas, não dispondo de condições para serem diagnosticados numa fase mais precoce e assintomática da moléstia (Orosz Morano, Guariento., 1996). Em função das características sociais e do modo de inserção no mercado de trabalho, tanto das mulheres como dos indivíduos negróides, estes são menos freqüentemente avaliados em exame médico pré-admissional ou em doadores de sangue. Apoia esta interpretação o fato de que a apresentação clínica da doença de Chagas nas mulheres, durante a fase crônica da enfermidade, é habitualmente mais benigna em relação ao que se verifica entre os homens (Dias, 1996). Entretanto, na presente avaliação não se confirmou este achado, provavelmente em decorrência do encaminhamento dos pacientes entrevistados para um serviço de saúde de nível terciário, processo que, no caso das pacientes do sexo feminino, pode estar relacionado a questões sociais, tais como a possibilidade de acesso a um serviço deste porte. Isto implica numa visão a partir da categoria de gênero, visto que as mulheres, neste estudo, eram comumente oriundas de outros serviços de saúde, o que se relacionou ao fato de serem mais idosas e já apresentarem sintomas e sinais da enfermidade de Chagas (Orosz *et. al.*, 1996).

Frente à estrutura dos serviços de saúde no Brasil, o que se pode constatar é que não existem estratégias que viabilizem o diagnóstico precoce de enfermidades bastante comuns, como é o caso da moléstia de Chagas. Entretanto, em relação a determinadas patologias, cuja ocorrência associa-se a um maior impacto e mobilização da população, observa-se, por parte das autoridades sanitárias, a apresentação de propostas que estimulam posturas preventivas e maiores cuidados, permitindo, inclusive, o diagnóstico nas fases iniciais do processo mórbido.

Infelizmente, em relação à Tripanossomíase Sul-Americana não se verifica tal situação, sendo assim o diagnóstico em fase assintomática da moléstia passa a depender de outros agentes sociais, vinculados às categorias raça e gênero (Guariento *et.al.*, 1994; Orosz *et.al.*, 1996). Portanto, o presente estudo permite verificar não apenas as características do trabalhador com doença de Chagas, mas, principalmente, as da sociedade em que o mesmo está vivendo.

Estes resultados confirmam-se diante da constatação de que os trabalhadores entrevistados e que apresentavam as formas clínicas mais graves, eram aqueles encaminhados a partir dos outros serviços de saúde, fato mais comum entre as mulheres (Orosz *et.al.*, 1996). Quanto aos indivíduos assintomáticos, a maioria foi diagnosticada de uma maneira não planejada, em termos de uma maior consciência sobre a moléstia de Chagas e as repercussões sociais da mesma, porém, tal método propiciou um diagnóstico precoce (serviços de hemoterapia, avaliação pré-admissional ao trabalho, avaliação médica regular na empresa), verificando-se um predomínio do sexo masculino, em vista do papel social a ser desempenhado pelos homens.

Quanto à idade, evidenciou-se um nítido predomínio de casos na faixa entre 31 e 60 anos, tanto para os portadores da forma clínica I, como para os cardiopatas (correspondendo ao grupo de indivíduos na fase economicamente produtiva da população). Merece atenção o fato de que 12,8% dos trabalhadores com até no máximo 30 anos e 42,1% daqueles na faixa dos 31 aos 60 anos, apresentaram evidências de algum grau de dano cardíaco. Levando-se em consideração o caráter evolutivo da Tripanossomíase Sul-Americana, principalmente no que tange ao acometimento do sistema cardiovascular (Laranja *et.al.*, 1956; Andrade & Andrade, 1979; Teixeira, 1987; Guariento, 1995), pode-se

concluir que o grau de invalidez para o trabalho, e a necessidade de remanejamento de função, podem ser bastante elevados. Este achado pode se relacionar à menor aceitação, no mercado de trabalho do trabalhador soropositivo para *T. cruzi*.

Tendo em vista que a cardiopatia chagásica geralmente é bastante sintomática e com relativa frequência pode estar associada a manifestações decorrentes do baixo débito cardíaco, assim como à morte súbita (Andrade & Andrade, 1979; Lopes & Chapadeiro, 1983; Guariento, 1995), é compreensível que, em vigência de lesão cardíaca, a questão médico-trabalhista torne-se particularmente relevante.

Porto (1962) destacou a doença de Chagas como a primeira causa de invalidez entre os trabalhadores ferroviários de uma região endêmica para esta infecção. Chama a atenção o fato de que a idade média dos pacientes chagásicos avaliados no estudo (47,7 anos), era a mais baixa verificada nas principais causas de invalidez evidenciadas, quais sejam: enfermidade de Chagas, hipertensão arterial e espondiloartrose. Pode-se inferir que entre os prováveis 10.000 trabalhadores infectados pelo *T. cruzi* em Campinas e região (San Martín *et.al.*, 1988; IBGE, 1992), cerca de 30% (Porto, Rssi e Faria, 1985) apresentem evidências clínicas de cardiopatia, o que implica em considerável ônus sob o aspecto sócio econômico.

Em estudo posterior, realizado a partir do censo de 1980, calculou-se que a enfermidade de Chagas representava para o Brasil um prejuízo anual de cerca de 200 milhões de dólares, decorrente apenas da interrupção precoce da atividade de trabalho por parte dos portadores desta patologia. Não foram considerados os custos decorrentes da assistência médico-hospitalar, auxílio-doença e aposentadoria por invalidez (Porto *et.al.*, 1985).

Mais recentemente, Luquetti (1996) constatou que no Brasil Central, com uma prevalência estimada de 8% de portadores da doença de Chagas, o custo decorrente dos benefícios concedidos por invalidez associada a esta enfermidade eleva-se a cerca de US\$ 56.000,00 ao ano, sendo a doença a quinta causa de concessão de benefícios.

Quanto ao local de origem dos pacientes, não se evidenciou diferenças em relação à apresentação clínica. Vale ressaltar que a maioria dos entrevistados, tanto os da forma clínica I como os portadores de cardiopatia, eram originários do Estado de Minas Gerais, sendo seguido pelos do interior do Estado de São Paulo. Apenas um dos entrevistados era de Campinas. Tal achado está em consonância com o processo migratório dos segmentos populacionais menos favorecidos, que deixam as regiões rurais mais carentes e com menos recursos em busca de outras regiões mais favoráveis quanto a emprego e melhores condições de vida.

Ao migrarem das áreas rurais para as cidades, os portadores da Tripanossomíase Sul-Americana contribuem para o surgimento de dois novos problemas na área de Saúde Pública: um deles refere-se à transmissão transfusional da moléstia, sugerida inicialmente por (Mazza, et al. 1936), sendo que os primeiros casos de doadores infectados só foram descritos por Pellegrino (1949). O segundo aspecto a destacar-se, não menos importante que o anterior, diz respeito à situação médico-trabalhista dos infectados pelo *T. cruzi*, tema que já foi objeto de especial consideração na “Segunda Reunião Anual Sobre Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas”, ocorrida no período de 20 a 22 de novembro de 1985, em Araxá (MG). O controle da transmissão transfusional está sendo efetivamente implantado (Wanderley *et.al.*, 1993), porém, resta incrementar estratégias que viabilizem a inserção dos infectados pelo *T. cruzi* no mercado de trabalho, inserção desvinculada do estigma da enfermidade (Luquetti & Porto, 1997).

Quanto a outro item avaliado neste trabalho, a procedência dos trabalhadores soropositivos para a doença de Chagas, não se constatou diferença significativa na distribuição dos indivíduos entrevistados nas distintas formas clínicas. Entretanto, verificou-se que a maioria (170 entre 250 estudados) era do município de Campinas ou do interior do Estado de São Paulo.

Naturalmente, o Ambulatório do *GEDoCh* do HC - FCM / U N I C A M P, por se tratar de um serviço terciário e de referência para o atendimento a pacientes portadores da doença de Chagas, constitui-se em local para onde são encaminhados os indivíduos diagnosticados como soropositivos para Tripanossomíase Sul-Americana. Isto justifica o achado de que, mesmo aqueles que residem em áreas mais distantes, como o Estado do

Paraná, o Norte do Estado de Minas Gerais, Bahia, Regiões Nordeste e Norte do país, busquem atenção médica no serviço em questão. Porém, não se pode ignorar que é significativa a população de portadores da moléstia de Chagas em áreas cuja endemicidade para infecção pelo *T. cruzi* foi pouco expressiva, principalmente após a década de 60, como é o caso do município de Campinas .

Este achado complementa o que se pode verificar quanto à naturalidade dos indivíduos entrevistados. Em Campinas e macrorregião, registrou-se um aumento de 76% da população urbana, principalmente devido a correntes migratórias (SEPLAN, 1981). O crescimento populacional nesta área associa-se ao desenvolvimento industrial e econômico. Entre 1960 e 1980, o número de estabelecimentos industriais na região passou de 5.037 para 9.786, enquanto que o pessoal ocupado nestas atividades aumentou de 93.543 para 340.090, representando um aumento de 263,5%. Paralelamente a este intenso processo de crescimento, alterou-se sensivelmente a estrutura industrial da região, tendo se verificado a instalação de indústrias metalúrgicas, farmacêuticas, químicas, mecânicas, entre outros. Houve uma conseqüente expansão do setor terciário, que se confirmou pelo aumento dos valores médios de produção comercial por habitante, bem como pelo maior movimento financeiro acompanhado de retração do setor primário. Atualmente, esta região transformou-se no terceiro parque industrial brasileiro, superado apenas pelas regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro. No Estado de São Paulo, o município de Campinas e macrorregião (que engloba 83 municípios menores), constituem-se no segundo maior núcleo industrial paulista (Semeghini, 1990).

O desenvolvimento nas áreas de comércio e indústria (entre outras) não é apenas quantitativo, mas qualitativo. Os trabalhadores infectados pelo *T. cruzi* têm menor acesso à qualificação profissional. Em decorrência disto, mesmo migrando para centros que possibilitem maior oferta de empregos, terão que se restringir a atividades menos especializadas e habitualmente mal remuneradas. Estes dados em relação à população estudada serão apreciados a seguir.

Outro aspecto relativo ao grupo avaliado neste trabalho refere-se ao tempo de permanência em área endêmica para doença de Chagas. Entre os 250 trabalhadores, apenas um apresentava a possibilidade de ter se contaminado de outra forma, que não pela

transmissão vetorial. Evidenciou-se nítido predomínio de um período de permanência em tais áreas superior a 12 anos (84,2% dos trabalhadores), o que permite pensar em grande possibilidade de contaminação pelas diversas cepas de *T. cruzi*, que eventualmente pudessem estar presentes na região (ou regiões) de moradia dos indivíduos entrevistados. Entretanto, não se observou diferença de apresentação clínica relacionada a este item, o mesmo sendo verificado para as outras características epidemiológicas.

Avaliando-se o nível de escolaridade dos trabalhadores estudados, verificou-se uma considerável porcentagem de analfabetos (15,4% dos portadores da forma clínica I e 29,3% dos cardiopatas) e de indivíduos com até no máximo o primeiro grau (80,4% entre os que apresentavam a forma clínica I e 65,7% entre os cardiopatas). Ao todo, 21,1% (51 em 242) dos entrevistados eram analfabetos e 74,4% (180 em 242) tinham instrução escolar até no máximo o primeiro grau. Este resultado demonstra que, de fato, o nível de aprimoramento profissional nesta população é bastante precário, tratando-se, portanto, de mão-de-obra pouco qualificada para a inserção no mercado de trabalho.

Constatou-se, ainda, diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quanto à apresentação clínica entre os analfabetos e os que tinham algum grau de instrução. Dentre os primeiros, 56,9% apresentavam evidências de dano cardíaco, dentre os últimos, este índice caiu para 36,6%. Existe relato de que o baixo nível de escolaridade, associado a uma deterioração de outros indicadores sociais e econômicos, desempenha um papel considerado até mais importante que a evolução natural da doença (Storino & Milei, 1986).

Em se tratando dos trabalhadores entrevistados, pode-se constatar um número considerável destes em atividades menos especializadas e que, habitualmente, demandam maior esforço físico. Tais indivíduos eram, justamente, os que se encontravam em piores condições clínicas quanto à fase evolutiva da enfermidade de Chagas, de acordo com os achados descritos na literatura (Laranja *et.al.*, 1956; Andrade & Andrade, 1979; Teixeira, 1987; Guariento, 1995). Para confirmar ou não esta consideração, deve-se levar em conta o nível ocupacional da população avaliada. Em relação a este item evidenciou-se que 52,9% do total dos indivíduos considerados quanto à distribuição da forma clínica enquadravam-se no nível I, ou seja, exerciam cargos de ocupação manual não-especializada, aos quais se associam níveis salariais mais baixos e maior número de horas de trabalho. Entretanto, na

avaliação feita a partir da apresentação clínica, 39,4% dos cardiopatas desenvolviam funções laborais classificadas nos demais níveis (ocupação manual especializada, supervisão, gerência, técnicos de nível médio, profissionais liberais), no nível I, este índice foi de 60,6%, o que supõe maior desempenho físico destes indivíduos em contrapartida, entre os classificados na forma clínica I, 47,6% desenvolviam atividades compatíveis com o nível ocupacional I, 52,4% distribuíam-se nos demais níveis. Tal diferença quanto à distribuição das formas clínicas, demonstrou ser estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Pode-se constatar, a partir destes resultados, que a inadequação da atividade de trabalho é uma realidade presente entre os trabalhadores infectados pelo *T. cruzi*. Uma das mais sérias recomendações relacionada à esfera médico-trabalhista, é abordada em vários estudos (Marins, 1985; Porto *et.al.*, 1985; Cançado, 1987), é a de que os portadores de infecção pelo *T. cruzi*, com evidências de acometimento cardíaco, sejam poupados quanto ao exercício de atividades que demandem esforço físico.

Tal situação supõe o afastamento das atividades para aqueles trabalhadores soropositivos para a infecção pelo *T. cruzi* e que apresentem alterações cardíacas graves, bem como o afastamento das atividades que exijam maior esforço físico para os portadores de cardiopatia, mesmo em grau leve, com sintomatologia moderada ou nula; área cardíaca normal; bloqueio de ramo direito do feixe de Hiss (isolado ou associado ao bloqueio do fascículo ântero-superior esquerdo); extra-sístoles ventriculares monomórficas; bloqueio átrio-ventricular de primeiro grau e alteração primária da repolarização ventricular (Segunda Reunião Anual Sobre Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas, 1986). O remanejamento de função, para indivíduos portadores de cardiopatia leve, deve ser feito com muito critério, não os considerando inaptos para atuarem em atividades que não requeiram esforço físico (Porto *et.al.*, 1985; Zicker, 1985).

Estas orientações, principalmente no que diz respeito à prática de remanejamento dos trabalhadores parcialmente incapacitados, são freqüentemente ignoradas ou até desconhecidas, sendo verificada uma recusa indiscriminada ao trabalho, simplesmente pela condição de portador de sorologia positiva para Tripanosomíase Sul-Americana (Marins, 1985; Porto *et.al.*, 1985; Guariento *et.al.*, 1992).

Entretanto, existem evidências bem documentadas de que o trabalhador infectado pelo *T. cruzi* apresenta distintos graus de aptidão para o trabalho (Quick & Lapertosa, 1983; Cançado, 1987). Há, inclusive, uma proposta de que indivíduos classificados na forma indeterminada da moléstia (Décourt *et.al.*, 1985), desde que devidamente avaliados, não sejam rejeitados, nem mesmo para o desempenho de funções que impliquem em risco quanto a acidentes cardiovasculares (Marins, 1985; Pereira Barreto & Ianni, 1994). É necessário aprofundar a questão que para os cardiopatas, expressa-se como inadequação ao trabalho e, para os soropositivos sem evidência clínica da doença de Chagas, associa-se à discriminação trabalhista.

Marins (1985) considera fundamental que se proscruva a realização de testes sorológicos para a infecção pelo *T. cruzi*, quando da realização do exame médico pré-admissional, para evitar a discriminação. Estudando, em uma área endêmica para a enfermidade de Chagas, os pacientes chagásicos que evoluíram para morte súbita, Lopes & Chapadeiro (1983) demonstraram que todos os casos referiam-se a indivíduos portadores de cardiopatia. Para alguns autores (Pereira Barreto & Ianni, 1994) é suficiente apenas a avaliação eletrocardiográfica para os classificados na forma indeterminada, sendo rejeitada a marginalização do trabalho para tais indivíduos. Entretanto, a literatura demonstra que não existe consenso a estes respeito. Silva et al. (1984) sugerem que os trabalhadores identificados como portadores da doença de Chagas, com cardiopatia de grau leve ou mesmo os indivíduos com a forma indeterminada, devem ser submetidos à avaliação através da eletrocardiografia dinâmica, com revisões médicas periódicas e remanejamento ou aposentadoria em função dos resultados. Em contrapartida, na “Segunda Reunião Anual Sobre Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas” (1986), foi priorizada a realização do exame clínico, visando minimizar a discriminação injusta dos portadores de sorologia positiva para *T. cruzi*, bem como evitar a inadequação ao trabalho para o cardiopata, levando-se em consideração o grau do dano cardíaco e o tipo de esforço físico a ser desenvolvido durante o trabalho.

É importante lembrar que a condição de inapto para o trabalho que se atribuiu ao portador de infecção pelo *T. cruzi* tem também um ônus social e econômico muito grande, que pode se intensificar ainda mais se não forem utilizados critérios adequados para a avaliação das condições para o trabalho.

Estudos a propósito da sobrevida de uma população de portadores crônicos da doença de Chagas evidenciaram que, entre os classificados na forma indeterminada, não se constatou diferença significativa em relação à população não portadora desta condição (Kloetzel & Dias, 1968; Caeiro *et.al.*, 1982; Marins, 1985). Portanto, o afastamento sumário do trabalho para os portadores da enfermidade de Chagas, na forma indeterminada da moléstia, pode contribuir para incrementar os gastos decorrentes da incapacitação trabalhista, não revertendo em benefício real para a sociedade, além de colaborar para a marginalização psico-afetiva e social destes indivíduos e de suas famílias (Petana, 1980; Storino & Milei, 1986).

Já os portadores de dano cardíaco associado à doença de Chagas, não devem ser submetidos a trabalho físico que resulte em sobrecarga incompatível com corações já acometidos por lesões decorrentes, direta ou indiretamente, do parasitismo pelo *T. cruzi* (Bogliolo, 1976(a); 1976(b); Almeida, 1993; Rossi, 1994; Rossi & Bestetti, 1995).

Porém, para se conhecer melhor esta condição do trabalhador soropositivo para Tripanossomíase Sul-Americana, deve-se também verificar o grau de vínculo previdenciário do mesmo. Quanto a este item, pode-se constatar o seguinte quadro, entre os trabalhadores avaliados neste estudo havia quatro cardiopatas aposentados, mas que mantinham algum tipo de atividade de trabalho; dos dez afastados por doença, três (30%) classificavam-se na forma clínica I; dos 25 trabalhadores aposentados por invalidez, oito (32%) estavam na forma clínica I; entre os oito demitidos, cinco (62,5%) eram cardiopatas; havia 155 trabalhadores empregados e com vínculo previdenciário, dos quais 46 (29,7%) tinham evidências de cardiopatia. Verificou-se que 17 (17,2%) cardiopatas não tinham nenhum tipo de vínculo regulamentado com a Previdência Social, quando da realização da entrevista (três autônomos e sem previdência, cinco demitidos e nove empregados e sem vínculo previdenciário). Para os trabalhadores classificados na forma clínica I, este índice era de 9,8% (14 entre 143). Portanto, um número expressivo de cardiopatas não se encontrava vinculado à Previdência Social, o que permite considerar ainda mais precária a condição socio-econômica dos mesmos.

Numa avaliação semelhante, realizada em 104 pacientes chagásicos que apresentavam megaesôfago, Pinotti *et al.* (1983) evidenciaram que, dos 67 indivíduos

procedentes de zona urbana, 17 (25,4%) estavam sem vínculo previdenciário, confirmando que a situação dos portadores de infecção pelo *T. cruzi* e com doença presente, torna-se ainda mais instável, em vista das deficiências sociais comuns a vários trabalhadores, porém, apresentando-se de maneira mais precária para aqueles que se encontram acometidos por alguma enfermidade.

É necessário ressaltar que quatro (17,4%) dos 23 cardiopatas aposentados admitiram estar mantendo algum tipo de atividade de trabalho, verificação que pode ser associada a uma remuneração insuficiente, como será analisado a seguir. Além desta prática ser irregular, dependendo do tipo de função desenvolvida por estes sujeitos, valem aqui as considerações feitas para os trabalhadores soropositivos para Tripanossomíase Sul-Americana, classificados como cardiopatas em decorrência da enfermidade.

Quanto aos trabalhadores infectados pelo *T. cruzi*, classificados na forma clínica I, afastados do trabalho devido à doença de Chagas ou aposentados por invalidez (7,7% do total dos indivíduos avaliados nesse estágio da moléstia), deve-se retomar as considerações apresentadas anteriormente. Convém lembrar que, mais recentemente, Pereira Barreto & Ianni (1994) expuseram suas considerações, propondo que os infectados pelo *T. cruzi*, na forma indeterminada da moléstia, não sofram restrições para qualquer atividade de trabalho que venham a desenvolver.

Avaliou-se, no presente estudo, um outro indicador, que também contribui para expressar a condição sócio-econômica vivenciada pelo trabalhador com infecção pelo *T. cruzi*: o salário. Tomando-se como referência o salário mínimo nacional, verificou-se, entre os entrevistados, que 43,3% dos classificados na forma clínica I e 72,4% dos portadores de cardiopatia recebiam até, no máximo, dois salários mínimos. Tal diferença de remuneração, associada à forma clínica dos infectados pelo *T. cruzi*, mostrou ser estatisticamente significativa ($p < 0,05$). É preciso ressaltar que 40 (40,8%) trabalhadores com cardiopatia chagásica tinham um ganho mensal não superior a um salário mínimo, ocorrendo o mesmo com 15 (10,6%) indivíduos na forma clínica I. Tal resultado expressa, de maneira clara, a precariedade das condições de vida do trabalhador infectado pelo *T. cruzi*, principalmente no que se refere à situação do cardiopata.

Embora 55,2% dos indivíduos avaliados não tenham um ganho mensal superior a dois salários mínimos, o que poderia apenas ilustrar um quadro da situação nacional (IBGE, 1992), fica evidente que a condição dos cardiopatas é mais deficitária: apenas 29,6% recebem valor equivalente ou superior a três salários mínimos ao mês. Em um levantamento realizado por Pinotti *et. al.*, (1983), demonstrou-se que, entre os portadores de megaesôfago associado à infecção pelo *T. cruzi*, 66,7% dos residentes em zona rural e 71,7% dos que residiam em zona urbana tinham um ganho mensal não superior ao equivalente a quatro salários mínimos. Estes dados corroboram o que foi apresentado anteriormente, ou seja, a situação trabalhista do portador de sorologia positiva para doença de Chagas, principalmente dos que têm evidências de doença, associa-se a uma significativa carência no plano sócio-econômico, o que pode contribuir para acentuar o desequilíbrio psico-afetivo destes indivíduos (Petana, 1980; Storino & Milei, 1986; Guariento & Góes, 1994; 1996), bem como para a evolução da própria doença (Pedreira de Freitas, 1960; Dias & Dias, 1979; Dias, 1985).

A condição social desfavorável dos trabalhadores que apresentam Tripanossomíase Sul-Americana, vinculada a uma escolaridade insuficiente, à falta de formação profissional, e como a uma qualidade de vida bastante comprometida, foi constatada também no município de São Paulo (SP), em uma avaliação divulgada recentemente (Amaral da Silva *et.al.*, 1995). Estas características podem ser relacionadas à soropositividade para Tripanossomíase Sul-Americana, o que será discutido a seguir.

Ao serem avaliados, no presente estudo, os trabalhadores infectados pelo *T. cruzi*, quanto à realização de exame médico pré-admissional ao trabalho, constatou-se que 57,9% deles já haviam sido submetidos a tal procedimento. Destes indivíduos, 89 (63,6%) estavam na forma clínica I e 51 (36,4%) eram cardiopatas. Entre estes, 13 (9,3%) haviam sido recusados ao exame médico, sete dos quais (53,8%) não tinham doença clinicamente evidenciável pelos métodos convencionais, mas apenas provas sorológicas positivas para doença de Chagas. Entre os motivos apresentados para a recusa, o diagnóstico sorológico foi alegado em 92,3% dos casos, indistintamente para cardiopatas (50%) e não cardiopatas (50%).

Confirma-se, a partir destes resultados, o que foi analisado anteriormente. Um suposto risco de eventos cardiovasculares súbitos, que pudessem acarretar até mesmo a morte, nunca foi comprovado em pacientes portadores da enfermidade de Chagas na forma indeterminada da mesma (Lopes, 1981; Almeida *et.al.*, 1983; Prata, Lopes & Chapadeiro, 1983; 1985; 1986). Entretanto, segue a discriminação trabalhista contra estes indivíduos (Marins, 1985; Guariento *et.al.*, 1992), alijando do mercado de trabalho um considerável número de pessoas, propiciando a cronificação (Goffman, 1975; Schneider, 1983) e aumentando desnecessariamente os gastos dispendidos pela Previdência Social. Afinal, já se demonstrou ser, a doença de Chagas, responsável por 30% das aposentadorias em áreas endêmicas para a infecção pelo *T. cruzi* (Paula, 1978). Contudo, Faria (1978) constatou o excelente desempenho clínico do portador da infecção pelo *T. cruzi* na forma indeterminada da doença, ao ser submetido ao teste ergométrico.

Um outro indicador avaliado no presente estudo revelou ser muito importante para a análise da marginalização do trabalhador soropositivo para enfermidade de Chagas. Entre os entrevistados classificados na forma clínica I (143), 58 haviam sido demitidos ao menos uma vez nos dez últimos anos (59,2% das demissões), entre os cardiopatas havia 40 nas mesmas condições (40,8% das demissões). Ao se considerar o motivo alegado para as demissões, entre os portadores da forma clínica I, 32 (55,2%) foram demitidos sem justa causa, e quatro (6,9%) devido ao diagnóstico de enfermidade de Chagas. Entre os cardiopatas, houve veiculação da demissão à doença em cinco casos (12,5%), sendo que em outros 21 (52,5%) houve dispensa sem justa causa. De todos os demitidos ao menos uma vez, nove (9,2%) relacionaram a demissão ao diagnóstico de Tripanossomíase Sul-Americana, dos quais quatro (44,4%) estavam classificados na forma clínica I.

Deve-se lembrar que o rompimento da relação de trabalho, sem justa causa, em 54,1% dos casos, permite ocultar uma eventual discriminação trabalhista, que não tem qualquer associação com o estágio da moléstia apresentado pelo trabalhador infectado.

É muito grave que 9,2% dos trabalhadores tenham sido demitidos devido à própria enfermidade, o que também não revelou qualquer distinção significativa e dependente da forma clínica na qual os mesmos se encontravam.

Segundo Almeida *et. al.*, (1985), a Coordenadoria Regional de Perícias Médicas, em Minas Gerais, visando reduzir o impacto da moléstia de Chagas sobre a Previdência Social, propôs a homogeneização dos diversos conceitos sobre a redução da capacidade de trabalho dos indivíduos infectados pelo *T. cruzi*. Desta forma, buscou-se conceder os benefícios aos trabalhadores realmente incapacitados para o trabalho, evitando-se marginalizar aqueles que, embora contaminados, podem e devem trabalhar. Neste sentido, determinou-se que os indivíduos portadores de Tripanosomíase Sul-Americana e classificados na forma indeterminada da doença (Décourt *et.al.*, 1985) devem ser considerados aptos para o exercício de todas as profissões, o que, portanto, não justifica a recusa dos mesmos em um exame médico pré-admissional, nem que a doença seja alegada como causa de demissões.

A Tripanossomíase Sul-Americana, descrita pela primeira vez há quase cem anos, por Carlos Chagas (Chagas, 1909), demonstrou ser um problema na área de Saúde Pública para as Américas (Pedreira de Freitas, 1960; Barreto, 1979; Teixeira, 1987; WHO, 1991; Wanderley, 1994). Mais recentemente, estão sendo adotadas estratégias mais eficazes, visando o controle da transmissão desta enfermidade (Lima & Silveira, 1985; Dias, 1987; WHO, 1991; Wanderley *et.al.*, 1993). Entretanto, persistem algumas questões relevantes quanto a esta moléstia, entre as quais as relacionadas à esfera médico-trabalhista. Esta é, talvez, a mais cruel e desumana das experiências vivenciadas pelo portador de infecção pelo *T. cruzi*: inadequação, recusa e demissão do emprego vinculadas ao estigma da doença (Guariento & Góes, 1994; 1996).

Na busca pela sobrevivência, o aposentado por doença, recebendo uma quantia irrisória, sujeita-se a continuar trabalhando, sem qualquer segurança e com o risco de ter deteriorada, ainda mais, a sua condição física. O cardiopata trabalha, executando atividades que requerem maior esforço físico e acarretam piora da condição cardíaca, submetendo-se a funções impróprias para sua condição física, recebendo salários insuficientes para manter uma condição de vida minimamente digna e sem a proteção da Previdência Social. O soropositivo sem sintomas e sem doença evidenciável aos exames rotineiros é rejeitado ou demitido do emprego, apenas pelo diagnóstico sorológico, marca que não consegue apagar ou ocultar.

Este quadro não pode persistir...

“Um novo modelo de desenvolvimento não pressupõe a ausência de crescimento econômico, mas o seu direcionamento para atender às necessidades das pessoas quanto à qualidade de vida.” (Rodriguez; Sabroza; Leal e Buss, 1992)

6. CONCLUSÕES

**“ MADRUGADA CAMPONESA ,
FAZ ESCURO AINDA NO CHÃO ,
MAS É PRECISO PLANTAR .
A NOITE JÁ FOI MAIS NOITE ,
A MANHÃ JÁ VAI CHEGAR .**

**NÃO VALE MAIS A CANÇÃO
FEITA DE MEDO E ARREMEDO
PARA ENGANAR SOLIDÃO .
AGORA VALE A VERDADE
CANTADA SIMPLES E SEMPRE ,
AGORA VALE A ALEGRIA
QUE SE CONSTRÓI DIA – A - DIA
FEITA DE CANTO E DE PÃO.**

**BREVE HÁ DE SER ,
(SINTO NO AR)
TEMPO DE TRIGO MADURO ,
VAI SER TEMPO DE CEIFAR .
JÁ SE LEVANTAM PRODÍGIOS ,
CHUVA AZUL NO MILHARAL ,**

**ESTALA EM FLOR O FEIJÃO,
UM LEITE NOVO MINANDO
NO MEU LONGE SERINGAL.
JÁ É QUASE TEMPO DE AMOR.
COLHO UM SOL QUE ARDE
NO CHÃO,**

**LAVRO A LUZ DENTRO DA CANA,
MINHA ALMA NO SEU PENDÃO.**

**MADRUGADA CAMPONESA.
FAZ ESCURO (JÁ NEM TANTO),
VALE A PENA TRABALHAR.
FAZ ESCURO , MAS EU CANTO
PORQUE A MANHÃ VAI CHEGAR ”**

(MELLO, 1978)

O estudo realizado com trabalhadores infectados pelo *T. cruzi*, através do Ambulatório do *GEDoCh* do HC - FCM - UNICAMP, permitiu constatar a existência de inadequação quanto à capacidade de trabalho dos portadores de Tripanossomíase Sul-Americana e a função desempenhada pelos mesmos.

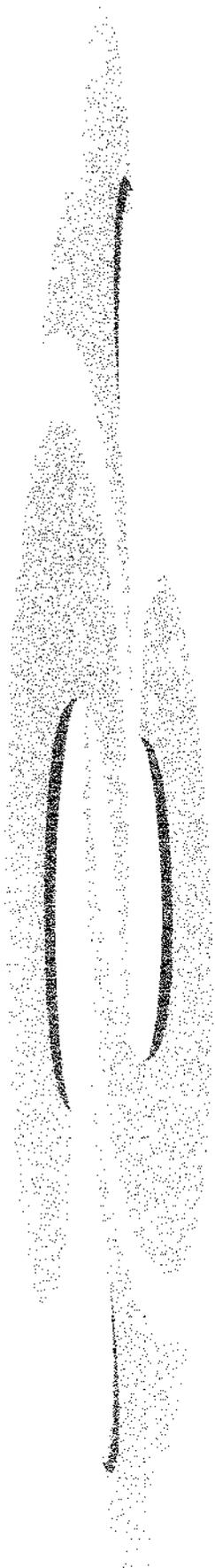
Pôde-se verificar, também, a existência de elementos sugestivos de discriminação com os trabalhadores que apresentam infecção pelo *T. cruzi*, simplesmente por apresentarem soropositividade. Portanto, parece conveniente adotar a proposta de outros pesquisadores que contra-indicam a realização de testes sorológicos quando do exame da capacidade de trabalho dos indivíduos.

O estudo eletrocardiográfico em repouso parece ser mais indicado, possibilitando a adoção das medidas convenientes a partir dos achados constatados por este exame. Para as funções trabalhistas consideradas de risco, devido a um eventual acidente cardiovascular, pode-se solicitar a realização do teste ergométrico. A não detecção de alterações nesta prova, habilita o trabalhador infectado pelo *T. cruzi* a desempenhar qualquer tipo de atividade.

É conveniente a realização de avaliações periódicas destes trabalhadores (como, aliás, de qualquer outro), o que pode e deve incluir o estudo eletrocardiográfico em repouso.

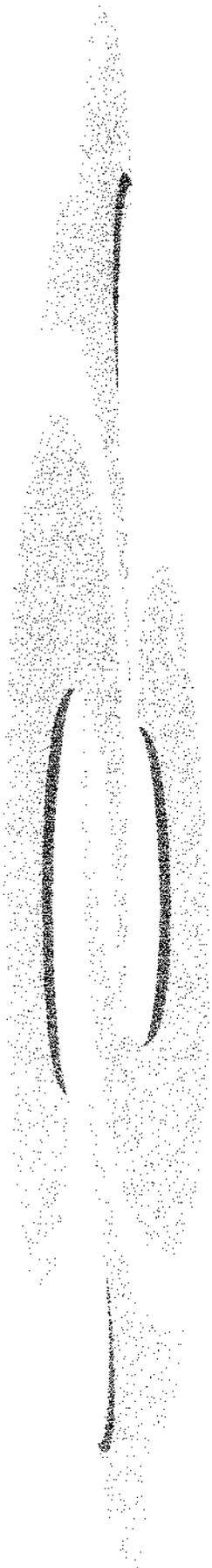
Finalmente é preciso adotar-se estratégias de esclarecimento aos profissionais da área de Saúde, [quanto à capacidade de trabalho, dos portadores de infecção pelo *T. cruzi*], principalmente para os médicos do trabalho e para os peritos da Previdência Social. Além disso, deve-se desenvolver um empenho especial para que exista normatização e fiscalização regulares, que assegurem a estes trabalhadores o remanejamento de funções e o treinamento regular, permitindo o aprimoramento da capacitação trabalhista, bem como o amparo legal assegurado pela Previdência Social.

Afinal, todos os que se dedicam a oferecer melhor qualidade de vida a estas pessoas devem acreditar que “faz escuro... mas a manhã vai chegar.” (Mello, 1978).



7. SUMMARY

We studied two hundred fifty confirmed Chagas' disease patients with regular jobs. They were distributed in two groups: F1 – N= 143 patients in the undetermined form; FC – N= 99 patients with cardiopathy. We excluded Chagas' disease patients with megaesophagus and megacolon but no cardiopathy. Age, gender, race, educational level, kind of job, regular employment, wages, admittance physical condition and rejection in the admittance physical exam. In the present report we demonstrate that Chagas' disease patients jobs are frequently not adapted for the jobs they have. Our data suggest that these patients endure discrimination. We conclude that health workers need more information on Chagas' disease working capability.



***8. REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- ALMEIDA, E. A. - Bases anatomopatológicas da insuficiência cardíaca. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, 3 (5): 7 - 13, 1993.
- ALMEIDA, E. A.; HENRIQUES NETTO, R.; MAFFEIS, G. R.; GUARIENTO, M. E.; TEIXEIRA, M. A.; MONTE ALEGRE, S.; CARVALHO, O. M. F.; JANSEN, M. - Resultados de eletrocardiografia dinâmica em chagásicos crônicos com eletrocardiografia normal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, 26 (II): 104, 1993.
- ALMEIDA, H. O.; TEIXEIRA, V. P. A.; MORAIS, C. A.; ARAÚJO, W. F.; GOBBI, H.; MAGNANI, G. A.; FERNANDES, P. A. - Ocorrência de morte súbita e por insuficiência cardíaca congestiva em chagásicos com e sem "megas". **Rev. Goiana Med.**, 29: 17 - 19, 1983.
- ALMEIDA, O.; MEIRELLES, P.; LAURENTYS, L. L. - Aspectos previdenciários da doença de Chagas. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, 44 (11): 70 - 73, 1983.
- ALMEIDA, O.; MEIRELLES, P.; LAURENTYS, L. L.; MELO, I. C. - Seguro Social. In: CANÇADO J R. & CHUSTER M. (eds.) - **Cardiopatia Chagásica**. Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985, cap. 36, p. 367 - 370.
- AMARAL DA SILVA, E. F.; CARVALHO OLIVEIRA, L.; SIEFER, M. W.; BARCA GAZETTA, M. L.; FENNER BERTANI, I. - Perfil demográfico e situação de trabalho de portadores da doença de Chagas. **Arq. Bras. Cardiol.**, 65 (1): 43 - 46, 1995.
- AMORIM, D. S.; MANÇO, J. C.; GALLO JR., L.; MARIN NETO, J. A. - Clínica: forma crônica cardíaca. In: BRENER, Z; ANDRADE, Z. (eds.). **Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas**. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan S. A., 1979, cap. 8. p. 265 - 311.
- AMORIM, D. S. & MARIN NETO, J. A. - Alterações funcionais na doença de Chagas. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, 4 (2): 106 - 117, 1994.

- ANDRADE, Z. A. & ANDRADE, S. G. - Patologia. In: BRENER Z. & ANDRADE Z., Z. (eds.)- *Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas*. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan S. A., 1979, cap. 6. p. 199 - 248.
- BARRETO, M. P. - Epidemiologia. In: BRENER Z. & ANDRADE Z. (eds.)- *Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas*. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan S. A., 1979, cap. 3. p. 89 - 151.
- BEDRIKOW, B. - Medicina do trabalho e doença de Chagas. *Rev. Paul. Med.*, 79 (5): 161 - 162, 1972.
- BOGLIOLO, L. - As causas anatômicas da insuficiência cardíaca na cardiopatia chagásica crônica, estudadas comparativamente com as causas anatômicas da insuficiência cardíaca noutras cardiopatias. *Arq. Bras. Cardiol.*, 29 (pt I): 419 - 424, 1976 (a).
- BOGLIOLO, L. - As causas anatômicas da insuficiência cardíaca na cardiopatia chagásica crônica, estudadas comparativamente com as causas anatômicas da insuficiência cardíaca noutras cardiopatias. *Arq. Bras. Cardiol.*, 29 (pt II): 479 - 483, 1976 (b).
- BRICEÑO-LEÓN, R. - Vivienda campesina y enfermedad de Chagas. In: BRICEÑO-LEÓN, R. (ed.)- *La Casa Enferma. Sociologia de la Enfermedad de Chagas*. Caracas. Fondo Editorial Acta Científica Venezolana y Consorcio de Ediciones Capriles C. A., 1990, cap. II. p. 33 - 44. - La enfermedad de Chagas: una construcción social. In: - *Las Enfermedades Tropicales en la Sociedad Contemporánea*. Caracas. Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela y Consorcio de Ediciones Capriles C. A., 1993. p. 257 - 282.
- CAEIRO, T.; PALMERO, H. A.; BAS, J.; IOSA, D. - Estudio de la sobrevivencia de una población con enfermedad de Chagas crónica. *Medicina (B. A.)*, 42 (Supl. 1): 15 - 21, 1982.
- CAMARGO, M. E. - Fluorescent antibody test for diagnosis of American Trypanosomiasis. Technical modification employing preserved cultura forms of *Trypanosoma cruzi* in a slide test. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, 8: 227 - 234, 1966.

- CALDAS JR., A. L. - **Epidemiologia e controle da doença de Chagas. Relação com a estrutura agrária na região de Sorocaba.** São Paulo, 1980. [Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo].
- CANÇADO, J. R.; CHUSTER, M.; PEDROSA, R. C. - Aspectos evolutivos da cardiopatia aguda. In: CANÇADO, J. R. & CHUSTER, M. (eds.)- **Cardiopatia Chagásica.** Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985, cap. 15. p. 134 - 140.
- CANÇADO, J. R. - Aspectos clínicos, terapêuticos e trabalhistas da doença de Chagas. **Ars curandii Cardiol.**, 9 (68): 29 - 32, 1987.
- CHAGAS, C. - Nova tripanozomíase humana. Estudos sobre morfologia e o evolutivo do *Schizotrypanum cruzi*, n. gen, n. sp., agente etiológico de nova entidade mórbida do homem. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, I (II): 1 - 62, 1909.
- CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS** - Ed. Atlas, 83ª edição. São Paulo, 1981.
- COSTA NETO, P. L. O. - Amostragem. Distribuições amostrais. In: COSTA NETO, P. L. O. (ed.)- **Estatística.** São Paulo, Ed. Edgar Blücher Ltda, 1977, cap. 3. p. 39 - 58.
- DECLARATION OF HELSINKI** - **Br. Med. J.**, 2: 177, 1964.
- DÉCOURT, L. V.; SOSA, E. A.; MADY, C. - Forma indeterminada: conceito e aspectos fisiopatológicos. In: CANÇADO, J. R. & CHUSTER, M. (eds.)- **Cardiopatia Chagásica.** Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985, cap. 13. p. 121 - 127.
- DIAS, J. C. P.; DIAS, R. B. - Aspectos sociais da doença de Chagas. **Rev. Goiana Med.**, 25: 257 - 268, 1979.
- DIAS, J. C. P. - História natural. In: CANÇADO, J. R. & CHUSTER, M. (eds.)- **Cardiopatia Chagásica.** Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985, cap.11. p. 99 - 113.

- DIAS, J. C. P. - Control of Chagas' disease in Brazil. **Parasitol. Today**, 3: 336 - 341, 1987.
- DIAS, J. C. P. - Epidemiology of Chagas' disease. In: WENDEL, S.; BRENER, Z.; CAMARGO, M. E.; RASSI, A. (eds.)- **Chagas' Disease (American Trypanosomiasis): Its Impact of Transfusion and Clinical Medicine**. ISBT, 1992. p. 49 - 80.
- DIAS, J. C. P. - Tropical diseases and the gender approach. **Bull. PAHO**, 30 (3): 242 - 260, 1996.
- ELUF NETO, J. - **Doença de Chagas em área urbana: avaliação da função cardíaca de trabalhadores industriais e implicações para a atividade laboral**. São Paulo, 1985. [Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo].
- FARIA, C. A. - **Condição de saúde e doença entre os trabalhadores do município de Luz (MG), com especial atenção à prevalência e à morbidade da doença de Chagas**. Belo Horizonte, 1978. [Tese - Universidade Federal de Minas Gerais].
- FONSECA, G. T. - Modelo para uma classificação de ocupação. **Rev. Bras. Estud. Pedag.**, 47: 282 - 284, 1967.
- FONSECA FILHO, O. - A escola de Manguinhos: contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil. **Rev. dos Tribunais**. São Paulo. 1974, p. 43 - 66.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA / IBGE - **Pesquisa nacional por amostras de domicílio: Brasil e grandes regiões, 1991**. Rio de Janeiro, 1992.
- GOFFMAN, E. - Alinhamento grupal e identidade do Eu. In: -. (ed.)- **Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro, Ed. Zahar, 1975.
- GOLDBAUM, M. - **Doença de Chagas e trabalho em área urbana**. São Paulo, 1978. [Dissertação de Mestrado - Universidade de São Paulo].

- GOLDBAUM, M. - **Saúde e trabalho. A doença de Chagas no setor industrial.** São Paulo, 1981. [Tese de doutorado - Universidade de São Paulo].
- GOLDBAUM, M. - A doença de Chagas no setor industrial. Curso de Epidemiologia de Doenças Transmissíveis. XVIII CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL Ribeirão Preto, 1982.
- GONTIJO, E. D.; GUARIENTO, M. E.; ALMEIDA, E. A. - Modelo de atenção ao chagásico no Sistema Único de Saúde. In: DIAS, J. C. P.; COURA, J. R. (orgs.)- **Clínica e Terapêutica da Doença de Chagas. Uma Abordagem para o Clínico Geral.** Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1997, cap. 25. p. 453 - 468.
- GUARIENTO, M. E.; CAMILO, M. V. F.; CAMARGO, A. M. A.; TAKAHASHI, L. L. - **- Doença de Chagas e trabalho em um grande centro urbano. Relatório Técnico ao TDR OMS / Laboratorio de Investigaciones Sociales da Venezuela.** Campinas, 1992.
- GUARIENTO, M. E.; GÓES, A. L. - Triagem de indivíduos soropositivos para infecção por *Trypanosoma cruzi*: o estigma chagásico. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, 27 (supl. I): 174, 1994.
- GUARIENTO, M. E.; PARMA, M. F.; OROSZ, J.E.B.; FREITAS, A. G.; MORANO, F. G.; ROCHA, R. H. - Caracterização da doença de Chagas quanto a gênero. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, 72 (supl II): 140 - 141, 1994.
- GUARIENTO, M. E. - Doença de Chagas na atualidade: diagnóstico, formas clínicas e terapêutica. **Medical Master: An. Atual. Med.**, 2 (III): 161 - 170, 1995.
- GUARIENTO, M. E. & GÓES, A. L. - O estigma do doente crônico. Um estudo a partir do portador da doença de Chagas. **O Mundo da Saúde**, 20 (6): 209 - 213, 1996.
- GUERREIRO, C. & MACHADO, A. - Da reação de Bornet e Genjou na moléstia de Carlos Chagas como elemento diagnóstico. **Brasil Med.**, 27: 225 - 226, 1913.

- GUITMARÃES, A. C. - Aspectos eletrocardiográficos da cardiopatia crônica In: CANÇADO, J. R.; CHUSTER, M. (eds). **Cardiopatia Chagásica**. Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985, cap. 12. p. 114 - 120.
- JUNQUEIRA JR., L. F. - Disfunção autonômica cardíaca, arritmogênese e morte súbita chagásica: perspectiva fisiopatológica. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, 27 (supl. I): 174, 1994.
- KLOETZEL, K. & DIAS, J. C. P. - Mortality in Chagas' disease: life table for the period 1949 - 1967 in an unselected population. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo**, 10: 5 - 8, 1968.
- LARANJA, F. S.; DIAS, E.; NOBREGA, G.; MIRANDA, A. - Chagas' disease. A clinical, epidemiologic and pathologic study. **Circulation**, 14: 1035 - 1059, 1956.
- LEWINSOHN, R. - Carlos Chagas (1878 - 1934). The discovery of *Trypanosoma cruzi* and American Trypanosomiasis. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, 73 (5): 513 -523, 1979.
- LIMA, J. T. F.; SILVEIRA, A. C. - Controle de transmissão e inquérito sorológico nacional. In: CANÇADO, J.R.; CHUSTER, M. (eds.)- **Cardiopatia Chagásica**. Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985, cap. 37. p. 371 - 380.
- LITVOC, J. - **Doença de Chagas e o processo migratório no Estado de São Paulo**. São Paulo, 1977. [Tese de doutorado - Universidade de São Paulo].
- LOPES, E. R. - **Morte súbita em área endêmica da doença de Chagas. Sua importância médico - legal**. Uberaba, 1981. [Tese - Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro].
- LOPES, E. R. & CHAPADEIRO, E. - Morte súbita em área endêmica da doença de Chagas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, 16: 79 - 84, 1983.

- LUQUETTI, A. O. - Chagas' disease and National Social Security. The main cause of incapacity for work among infectious and parasitic diseases in Goiás' state. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, 29 (supl I): 125 - 126, 1996.
- LUQUETTI, A. O. & PORTO, C. C. - Aspectos médico-trabalhistas da doença de Chagas. In: Dias, J. C. P.; Coura, J. R. (orgs.). **Clínica e Terapêutica da Doença de Chagas. Uma Abordagem para o Clínico Geral**. Editora Fiocruz, 1997, cap.20, p. 353 - 364.
- MACEDO, V. O. - Forma indeterminada na doença de Chagas. In: DIAS, J. C. P.; COURA, J. R. (orgs.)- **Clínica e Terapêutica da Doença de Chagas. Uma Abordagem para o Clínico Geral**. Editora Fiocruz, 1997, cap. 9. p. 135 - 152.
- MADY, C.; NACRUTH, R. - História natural da cardiopatia chagásica crônica: fatores prognósticos. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, 4 (2): 124 - 128, 1994.
- MARINS, N. - Os chagásicos e as leis sociais. **Arq. Bras. Cardiol.**; 44 (6): 369 - 371, 1985.
- MARTINS, A. V. - Epidemiologia. In: CANÇADO J. R. (ed.)- **Doença de Chagas**. Universidade Federal de Minas Gerais, 1968, cap. II. p. 225 - 260.
- MAZZA, S.; MONTANA, A.; BENITEZ, C.; JUZIN, E. - Transmisión de *Schizotrypanum cruzi* al niño por leche de la madre com enfermedad de Chagas. **Publ. MEPRA**, 28: 41 - 46, 1936.
- MELLO, T. - Madrugada camponesa . In: MELLO, T. (ed.)- **Faz Escuro Mas Eu Canto**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978. p. 34 - 35.
- NACRUTH, R. S. - Introdução ao estudo da doença de Chagas. In: NACRUTH, R. S. (ed.)- **Doença de Chagas**. São Paulo, Fundo Editorial Byk, 1990, cap. II. p. 34 - 42.
- OLIVEIRA, W. - Forma indeterminada da doença de Chagas. Implicações médico-trabalhistas. **Arq. Bras. Cardiol.**, 54 (2): 89 - 91, 1990.

- OLIVEIRA, M. H. B.; OLIVEIRA, L. S. B.; RIBEIRO, F. S. N.; VASCONCELLOS, L. C. F. - Análise comparativa dos dispositivos de saúde do trabalhador nas constituições estaduais brasileiras. **Cad. Saúde Públ.**, **13** (3): 425 – 433, 1997.
- OROSZ, J. E. B.; MORANO, F. G.; GUARIENTO, M. E. - Caracterização da doença de Chagas quanto à categoria gênero em um serviço de referência. **Rev. Bras. Clín. Terap.**, **22** (1): 9 - 12, 1996.
- PAN, A. A.; ROSENBERG, G. B.; HURLEY, M. K.; SHOCK, G. J. H.; CHU, V. P.; AYAPPA, A. - Clinical evaluation of an EIA for the sensitive and specific detection of serum antibody to *Trypanosoma cruzi*. **J. Inf. Dis.**, **165**: 585 - 588, 1992.
- PAULA, A. S. V. - **Prevalência, morbidade e mortalidade da doença de Chagas em Minas Gerais**. Belo Horizonte, 1978. [Monografia – Escola de Saúde de Minas Gerais].
- PEDREIRA de FREITAS, J. L. - Importancia de la enfermedad de Chagas para la salud publica. **Bol. Of. San. Panam.**, **49**: 552 - 562, 1960.
- PELLEGRINO, J. - Transmissão da doença de Chagas pela transfusão de sangue. Primeiras comprovações sorológicas em doadores e candidatos a doadores de sangue. **Rev. Bras. Med.**, **6**: 297 - 301, 1949.
- PEREIRA BARRETO, A. C. & IANNI, B. M. - A forma indeterminada da moléstia de Chagas: conceito e implicações médico-legais. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, **4** (2): 129 -132, 1994.
- PETANA, W. B. - La importancia de los efectos clinicos, psicologicos y sociales experimentados por pacientes com tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas). **Bol. Of. San. Panam.**; **88** (3): 214 - 217, 1980.
- PINOTTI, H. W.; DOMENE, C. E.; LANCAROTTE, K. S.; OLUWAFEMI, T. A. L. - Estudo sócio-econômico em pacientes portadores de megaesôfago: inquérito entre 104 pacientes. **Rev. Paul. Med.**, **101** (6): 240 - 244, 1983.

- PORTO, C. C. - Etiologia das cardiopatias em Araguari (Triângulo Mineiro). Estudo da influência das condições sócio-econômicas e culturais. **Arq. Bras. Cardiol.**; **15**: 59 - 68, 1962.
- PORTO, C. C. - A doença de Chagas do ponto de vista médico-trabalhista. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**; **2** (7): 28 - 33, 1974.
- PORTO, C. C.; RASSI, A.; FARIA, G. H. D. C. - Aspectos sócio-econômicos e médico-trabalhistas. In: CANÇADO, J. R.; CHUSTER, M. (eds.)- **Cardiopatía Chagásica**. Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985, cap. 35. p. 362 - 366.
- PORTO, C. C. & RASSI, S. - Formas clínicas da cardiopatía chagásica crônica. **Arq. Brasil. Cardiol.**, **52** (5): 235 - 237, 1989.
- PRATA, A.; LOPES, E. R.; CHAPADEIRO, E. - Morte súbita. In: CANÇADO, J. R.; CHUSTER, M. (eds.)- **Cardiopatía Chagásica**. Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985, cap. 12. p. 114 - 120.
- PRATA, A.; LOPES, E. R.; CHAPADEIRO, E. - Características da morte súbita tida como não esperada na doença de Chagas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, **19** (1): 9 - 12, 1986.
- QUICK, T. C. & LAPERTOSA, J. B. - Análise da aptidão do chagásico para o trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocupac.**, **11** (4): 49 - 52, 1983.
- ROSSI, M. A. - Patogênese da miocardite chagásica crônica. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, **4** (2): 85 - 91, 1994.
- ROSSI, M. A. & BESTETTI, R. B. - Hipótese unificada sobre a patogênese da cardiopatía chagásica crônica. Implicações terapêuticas. **Arq. Bras. Cardiol.**, **64** (3): 255 - 260, 1995.
- SAN MARTIN, D.; CAMILO, M. V. R. F.; TAKAHASHI, L. L. - Estudo comparativo da doença de Chagas nos bancos de sangue no município de Campinas, nos anos de 1981, 1984 e 1987. **Relatório Técnico à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1988.**

- SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO DE CAMPINAS (SEPLAN) - **Proposta de ampliação da área urbana de Campinas.** Campinas, 1981.
- SEGUNDA REUNIÃO ANUAL SOBRE PESQUISA APLICADA EM DOENÇA DE CHAGAS - Conclusões. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, 19 (2): 101 - 103, 1985.
- SEMEGHINI, U. C. - São Paulo no limiar do século XXI. Economia, demografia e urbanização. A região administrativa de Campinas. **Relatório Técnico ao Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas.** Campinas, 1990.
- SCHNEIDER, P. B. - A psicologia do doente crônico. **Rev. Diálogo**, 2: 16 - 27, 1993.
- SILVA, I. F.; OLIVEIRA, L. C. M.; SILVA, A. C.; ROCHA, A.; MINEO, J. R.; MORAES, A. B. - A doença de Chagas em motoristas de táxi na cidade de Uberlândia. **Arq. Bras. Cardiol.**, 42 (6): 403 - 406, 1984.
- SILVA, E. F. A.; OLIVEIRA, A. L. C.; SIEFER, M. W.; GAZETTA, M. L. B.; BERTANI, I. F. - Perfil demográfico e situação de trabalho de portadores da doença de Chagas. **Arq. Bras. Cardiol.**, 65 (1): 43 - 46, 1995.
- SIMONSEN E ASSOCIADOS - citado por Fortes, L. S.; Rebouças, W. In: Folha de São Paulo, 6 de junho de 1993, p. 10 - 17.
- STORINO, R. A. & MILEI, J. - Enfermedad de Chagas: problemática social. **Bol. Ac. Nac. Med.**; 64: 137 - 159, 1986.
- TEIXEIRA, A. - *Trypanosoma cruzi*. In: TEIXEIRA, A. (ed.). **Doença de Chagas e Outras Doenças por Trypanossomos.** Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1987, cap. I. p. 15 - 89.
- WANDERLEY, D. M. V.; GONZALES, T. T.; PEREIRA, M. S. C. A.; NASCIMENTO, R. D.; MORAES-SOUZA, H. - Controle da hemoterapia e da doença de Chagas transfusional: 1988 e 1990. **Rev. Saúde Públ.**, 27 (6): 1 - 6, 1993.

- WANDERLEY, D. M. V. - Epidemiologia da doença de Chagas. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, 4 (2): 77 - 84, 1994.
- WENDEL, S. & BIAGINI, S. - Absence of serological surrogate markers for *Trypanosoma cruzi* – infected blood donors. **Vox Sang.**, 69: 44 - 49, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Control of Chagas' disease. Geneve. **WHO Technical Report Series**, 811: 1 - 95, 1991.
- VIANA DE PAULA, A. S. - Levantamento de mortalidade e aposentadoria por doença de Chagas nas regiões de saúde de Minas Gerais. In: **Modernos Conceitos Sobre Doença de Chagas**. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais / Academia Mineira de Medicina, 1981, p. 201.
- ZICKER, F. - Avaliação médico-trabalhista do cardiopata chagásico. **Rev. Bras. Saúde Ocupac.**, 13 (52): 68 - 71, 1985.
- ZICKER, F. & ZICKER, E. M. S. - Benefícios previdenciários por incapacidade como indicador de morbidade. **Rev. Goiana Med.**, 31: 125 - 136, 1985.