

# Abordagem psicossocial na doença de Chagas

## *Psychosocial approach in Chagas' disease*

<sup>1</sup>Luciana de Gouvêa Ritz

<sup>1</sup>Josiane Souza Pinto Alberte

<sup>2</sup>Eros Antonio de Almeida

<sup>3</sup>Maria Elena Guariento

<sup>1</sup>Psicóloga, Grupo de Estudos em Doença de Chagas - Departamento de Clínica Médica da FCM / UNICAMP

<sup>2</sup>Professor Livre-Docente, Grupo de Estudos em Doença de Chagas - Departamento de Clínica Médica da FCM / UNICAMP

<sup>3</sup>Professora Doutora e Coordenadora do Grupo de Estudos em Doença de Chagas - Departamento de Clínica Médica da FCM / UNICAMP

Trabalho realizado no ambulatório do Grupo de Estudos em Doença de Chagas (GEDoCh) do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil

### RESUMO

**Objetivo:** O presente estudo procurou avaliar os aspectos psicossociais de indivíduos portadores de doença de Chagas crônica, que até hoje representa um importante problema de saúde pública no Brasil e na América Latina, atingindo milhões de indivíduos, e que pode acarretar graves prejuízos para o aparelho cardiovascular e trato digestivo.

**Métodos:** Na pesquisa foram avaliados 21 pacientes que demandaram o ambulatório do Grupo de Estudos da Doença de Chagas (GEDoCh) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (Campinas, SP). Em vista da associação desse estado mórbido com uma condição social bastante desfavorável, procurou-se estudar os aspectos psicossociais e os traços de agressividade eventualmente presentes nesses indivíduos, através de dois instrumentos indicados para tal fim: ficha de dados sociodemográficos e escala de traços de comportamento de agressividade de Gayral.

**Resultados:** Constatou-se que um número significativo de pacientes (31,8% dos entrevistados) apresentava evidências de ansiedade, seguida por manifestações depressivas (21,4%). Por outro lado, 40,8% apresentavam evidências de somatização e apenas 16,2% expressaram características associadas à combatividade.

**Conclusão:** Esses achados evidenciam a particular vulnerabilidade desse segmento da população.

**Descritores:** Doença de Chagas. Ansiedade. Traços psicossomáticos. Traços de agressividade.

**Correspondência:** Maria Elena Guariento  
Departamento de Clínica Médica / FCM – UNICAMP  
Rua Alexander Fleming, 040  
Cidade Universitária Zeferino Vaz. Distrito de Barão Geraldo  
Campinas - SP - CEP: 13087-970  
Fone: (19) 3521 9211 / Fax: (19) 3521 7878  
E-mail: meguar@fcm.unicamp.br

### INTRODUÇÃO

Em 1909, foi descrita pela primeira vez uma enfermidade causada por um protozoário – *Trypanosoma cruzi*, evento que permitiu evidenciar o brilhantismo de seu descobridor, o médico Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas<sup>1</sup>. Originalmente, essa doença estava restrita às áreas rurais, porém com o intenso deslocamento das populações de trabalhadores do campo para os centros urbanos (inclusive, a partir das regiões endêmicas para infecção pelo *T. cruzi*), a enfermidade de Chagas passou a associar-se a problemas de outra ordem, como a transmissão da mesma por transfusão de sangue e a questões médico-trabalhistas relacionadas aos trabalhadores infectados pelo *T. cruzi*.

Desde então, a medicina tem experimentado um grande avanço tecnológico. Entretanto, em função de questões de ordem social, política e econômica, só recentemente, no Continente Sul-Americano, foram adotadas medidas preventivas efetivas, visando à erradicação definitiva dessa endemia.

Em Brasília (Brasil), em junho de 1991, reuniram-se os ministros da Saúde da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai e deslançaram a Iniciativa do Cone Sul para a eliminação da doença de Chagas<sup>2</sup>. Em 10 anos obteve-se uma redução de 72% da incidência da infecção pelo *T. cruzi* em crianças e adultos jovens nos países do Cone Sul.

Além disso, em 1997 e 1999, respectivamente, Uruguai e Chile, conforme o planejado, foram declarados livres da transmissão vetorial e transfusional da moléstia. Quanto ao Brasil, em 2000, 10 dos 12 Estados da Federação, anteriormente incluídos como áreas endêmicas para a doença, já haviam sido declarados livres da transmissão vetorial e transfusional da mesma<sup>2,3</sup>, caminhando-se rapidamente para estender essa condição a todo território nacional.

Entretanto, para os milhões de portadores dessa infecção ainda persistem inúmeros desafios como o de conviver com uma enfermidade crônica, associada a um estigma, com potencial evolutivo, em relação a qual se somam inúmeros pro-

blemas de ordem social e médico-trabalhista<sup>4-10</sup>. Confirmando o potencial mórbido da associação entre a infecção humana e a condição socioeconômica dos infectados, a população portadora desta enfermidade compõe-se, predominantemente, de migrantes oriundos de áreas rurais endêmicas para a tripanosomíase sul-americana, com pouca ou nenhuma qualificação para o trabalho especializado, particularmente em nível do setor terciário e que não podem ser responsabilizados nem arcar sozinhos com o ônus que essa enfermidade lhes acarreta<sup>4,7</sup>.

É nesse contexto que se entende uma abordagem psicossocial dos portadores da doença de Chagas crônica, visto que a somatória de inúmeros fatores adversos, vinculados às alterações orgânicas decorrentes diretamente do parasitismo pelo *T. cruzi*, pode trazer importante repercussão em nível psíquico para esses pacientes. Nesse sentido, o presente trabalho objetivou avaliar os aspectos psicossociais de portadores crônicos da doença de Chagas, seguidos em um ambulatório de referência para essa enfermidade.

## MÉTODOS

Foram avaliados 21 portadores de doença de Chagas crônica (10 homens e 11 mulheres, com faixa etária entre 32 e 75 anos), matriculados no Ambulatório do Grupo de Estudos da Doença de Chagas do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas (GEDoCh), com ao menos duas sorologias positivas para infecção por *T. cruzi* (Imunofluorescência indireta e / ou ELISA e / ou fixação de complemento).

Esses indivíduos faziam parte do grupo de pacientes que demandou o GEDoCh nesse período para a avaliação médica de rotina, segundo marcação prévia.

Todos os avaliados encontravam-se na forma cardíaca da enfermidade, porém nenhum deles apresentava evidências de um quadro clínico mais grave associado à doença, estando hemodinamicamente compensados.

Esses pacientes foram entrevistados após o atendimento médico.

Todos responderam a uma ficha de identificação sobre dados sociodemográficos (Tabela 1) e a uma entrevista estruturada referente à aplicação da Escala de Traços de Comportamento de Agressividade de Gayral (Tabela 2), que permite avaliar traços de ansiedade, depressão, combatividade (exteriorização da agressividade), introjeção de agressividade, somatização e distúrbios de personalidade<sup>11,12</sup>.

Todos os participantes foram esclarecidos previamente sobre a pesquisa, dando seu consentimento para a participação na mesma. Foi-lhes garantido que nenhum dado que pudesse expor a identidade dos mesmos seria divulgado, seguindo-se as normas propostas pela Declaração de Helsinque, em 1975, e revistas em 1983.

## RESULTADOS

**Tabela 1** – Ficha de identificação de dados sociodemográficos

Ficha de identificação	
<b>Data da entrevista:</b>	_____
<b>Número de registro no GEDoCh:</b>	_____
<b>Idade:</b>	_____
<b>Sexo:</b>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<b>Cor:</b>	<input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Negro
<b>Naturalidade:</b>	_____ <input type="checkbox"/> não informa
<b>Procedência:</b>	_____ <input type="checkbox"/> não informa
<b>Trabalha atualmente?</b>	<input type="checkbox"/> Sim. <b>Em que?</b> _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não informa
<b>Aposentado?</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> não informa
<b>Profissão anterior:</b>	_____ <input type="checkbox"/> não informa
<b>Renda familiar:</b>	<input type="checkbox"/> até 1 sm <input type="checkbox"/> de 1 a 2 sm <input type="checkbox"/> de 2 a 5 sm <input type="checkbox"/> mais de 5 sm <input type="checkbox"/> não informa
<b>Principal fonte de renda:</b>	<input type="checkbox"/> trabalho <input type="checkbox"/> pensão <input type="checkbox"/> aposentadoria <input type="checkbox"/> outros _____ <input type="checkbox"/> não informa
<b>Escolaridade:</b>	<input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto <input type="checkbox"/> 3º grau completo <input type="checkbox"/> não informa
<b>Número de anos de estudo?</b>	_____ <input type="checkbox"/> não informa

Analisando os dados obtidos através das entrevistas constatou-se que a faixa etária dos entrevistados situava-se entre 32 a 75 anos, com idade média de 51,14 ± 12.

A maioria dos entrevistados (62%) era natural do Estado de Minas Gerais, mas 95% residiam, à época da consulta e entrevista, em municípios do interior do Estado de São Paulo, situados na Região Metropolitana de Campinas.

Em relação ao nível de educação formal, a maior parte dos entrevistados (76%) não havia concluído o equivalente ao Ensino Fundamental, ou seja, tinha menos de oito anos de escolaridade.

Quanto à renda, 28,6% recebiam até um salário-mínimo, 33,3% entre um a dois, 19,1% entre dois e cinco e apenas um (0,05%) referiu rendimento mensal superior a cinco salários-mínimos. Os demais não souberam informar quanto à renda. Em relação à principal fonte de renda, 57,2% dos entrevistados afirmou ser o ganho decorrente do trabalho, entretanto, para 38,1% essa se vinculava ao ganho decorrente da aposentadoria. Um dos entrevistados não respondeu a essa questão.

Quanto aos dados obtidos pela Escala de Gayral, consta-

**Tabela 2** – Escala de Traços de Comportamento de Agressividade de Gayral

<b>ESCALA DE TRAÇOS E DE COMPORTAMENTOS DE AGRESSIVIDADE</b>					
<b>I. ANSIEDADE</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>IV. DISTÚRBIOS DE PERSONALIDADE</b>	
a) tensão física (tensão muscular)	( )	( )	a) é instável, não perseverante	( )	( )
b) tensão psíquica (inquietação, sensação que algo vai acontecer)	( )	( )	b) oscila entre o aborrecimento e a irritação	( )	( )
c) pânico fácil	( )	( )	c) oscila entre a arrogância e a flexibilidade	( )	( )
d) falta de confiança em si	( )	( )	d) despreza os costumes, as regras sociais	( )	( )
e) nervosismo	( )	( )	e) tendência à delinquência e à toxicomania	( )	( )
f) medo sem motivo	( )	( )	f) tem liberdade sexual	( )	( )
g) incapacidade de relaxar	( )	( )	g) é egocêntrico (voltado para si mesmo, para seus próprios interesses)	( )	( )
h) sentimento de se super exigir	( )	( )	h) é grosseiro (malcriado)	( )	( )
i) tendência a se “dopar” ( tomar medicamentos excitantes ou relaxantes)	( )	( )			
<b>II. DEPRESSÃO</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>V. SOMATIZAÇÃO</b>	
a) se sente infeliz	( )	( )	a) apresenta dor de cabeça	( )	( )
b) se sente solitário	( )	( )	b) opressão no peito e claustrofobia (não suporta lugares fechados)	( )	( )
c) apresenta um desespero existencial	( )	( )	c) suores	( )	( )
d) se sente sóbrio, triste	( )	( )	d) tremores	( )	( )
e) sente um desgosto profundo e sem causa aparente	( )	( )	e) problemas vasomotores (formigamento e esfriamento de membros, batadeira, hipertensão arterial, etc)	( )	( )
f) sente dificuldade em se concentrar	( )	( )	f) tonturas	( )	( )
g) apresenta idéias de suicídio	( )	( )	g) crises nervosas histeriformes (contrações do corpo, adormecimento de membros, etc)	( )	( )
h) já fez tentativas de suicídio	( )	( )			
<b>III. COMBATIVIDADE</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>VI. INTROJEÇÕES</b>	
a) guarda ressentimentos e despeito (mágoa)	( )	( )	a) tiques		
b) não erra jamais e critica facilmente os outros por seus erros	( )	( )	b) rói as unhas		
c) já cometeu agressões contra outros	( )	( )	c) apresenta reações de cólera solitárias (inesperadas e sem cortejos explicativos)		
d) não tolera frustrações	( )	( )	d) quebra objetos impulsivamente		
e) é impulsivo, colérico	( )	( )	e) apresenta episódios de excesso de servilidade e de cerimônias		
f) está sempre em oposição às idéias e atitudes dos outros	( )	( )	f) tem tendência a se ligar excessivamente (viscosamente) às pessoas		
g) tem atitudes de “provocação” em relação aos outros	( )	( )	g) tem sonhos de violência, de destruição		
h) está sempre disposto a atacar os outros	( )	( )			
i) apresenta tensão muscular	( )	( )			
j) apresenta “hostilidade” verbal (na maneira de falar com os outros)	( )	( )			

**Tabela 3** – Média de pontos obtidos na aplicação da Escala de Gayral junto aos cardiopatas chagásicos

ITENS DA ESCALA DE GAYRAL	MÉDIA DE PONTOS DOS 21 CARDIOPATAS CHAGÁSICOS
Ansiedade	3,2
Depressão	2,1
Somatização	4,1
Combatividade	1,6
Distúrbio de personalidade	0,3
Introjeções	1,1
TOTAL	12,4

tou-se que 31,8% dos entrevistados apresentavam sintomas relacionados à ansiedade; 21,4% mostravam depressivos; 16,2% apresentavam evidências de combatividade; 2,9% responderam positivamente às questões ligadas aos distúrbios de personalidade.

Por outro lado, 11,3% apresentavam manifestações compatíveis com introjeção de agressividade e um considerável número deles (40,8%) apresentavam sintomas que revelavam a existência de mecanismo de somatização.

## DISCUSSÃO

A análise dos dados obtidos pela Ficha de Identificação permitiu confirmar a existência de um grande número de indivíduos oriundos de outras regiões do país, particularmente do Estado de Minas Gerais (62%) e que pelos antecedentes pessoais mostravam evidências de que haviam se contaminado por via vetorial, residindo precariamente em áreas rurais endêmicas para a doença de Chagas. Outro fator importante a se destacar é a baixa escolaridade desses pacientes, pois 76% dos mesmos tinham menos de oito anos de frequência ao ensino formal. Também se constatou um nível de renda muito baixo, já que 61,9% desses recebiam até, no máximo, dois salários-mínimos ao mês, como renda familiar.

Em estudo recente, realizado por Zaitune et al.<sup>13</sup>, junto à população idosa do município de Campinas (SP), evidenciou-se que o antecedente de migração representava um importante fator de risco para hipertensão arterial; além disso, os autores verificaram ainda que indivíduos com menor nível de escolaridade, também apresentavam maior prevalência dessa enfermidade crônica. Segundo Vargas et al.<sup>14</sup>, indivíduos em situação de inserção sócio-econômica desfavorável estão mais propensos à depressão e ao estresse crônico em decorrência das dificuldades cotidianas, o que pode acompanhar-se da elevação das catecolaminas séricas, aumentando a frequência cardíaca e a pressão arterial. A elevação dos níveis de catecolaminas também se associa às manifestações de ansiedade.

Entre os sintomas que se mostraram mais presentes nos pa-

cientes entrevistados estavam aqueles relacionados à síndrome de ansiedade (31,8%), que, por sua vez, se relaciona a sensações decorrentes das experiências de tensão e apreensão. Essas podem estar sendo vivenciadas de forma exagerada em decorrência de preocupações excessivas e não realistas, frente a situações em que a maioria das outras pessoas responderia com menor dificuldade. Nos portadores de doença de Chagas, esse tipo de resposta pode se associar a experiências anteriores que evidenciaram o despreparo para a execução de habilidades que permitem enfrentar eventos cotidianos considerados comuns por outras pessoas<sup>4,15</sup>. Na amostra de pacientes estudados, o despreparo para fazer face aos desafios cotidianos pode estar refletido, também, no registro de menores índices de combatividade (apenas 16,2%), que pode se associar a certo grau de apatia, diante uma situação social agressiva vivenciada desde muito precocemente. Converter agressividade em combatividade frente a situações adversas traz benefício considerável ao indivíduo, no sentido de minimizar o grau de introjeção da raiva. Esse mecanismo seguramente contribui para melhorar a resposta individual a essas situações, sejam elas de natureza psicossocial ou biológica.

Além disso, o achado relativo às manifestações de ansiedade também está em consonância com o que foi verificado anteriormente no Ambulatório do GEDoCh, ao se estudar as comorbidades relacionadas ao mal de Chagas. O diagnóstico de síndrome de ansiedade constituiu-se um dos cinco mais frequentes entre as enfermidades associadas à soropositividade para o *T. cruzi*<sup>16</sup>.

Também se verificou, entre os que foram entrevistados, uma porcentagem alta de respostas do tipo somatização (40,8%), fenômeno no qual o indivíduo apresenta sintomas que estão relacionados a algum tipo de transtorno físico, porém subjacente a esse quadro verifica-se a tendência a expressar distúrbios psíquicos como alterações orgânicas. A característica principal do transtorno de somatização é a elaboração de múltiplas queixas somáticas pelo paciente, queixas essas recorrentes e clinicamente significativas, de tal forma que acabem determinando algum tratamento médico. Também podem ser suficientemente relevantes a ponto de causar algum prejuízo no funcionamento social ou ocupacional da pessoa.

Estudando portadores de doença de Chagas que estavam envelhecendo no município de Bambuí (MG), antiga área endêmica para a infecção pelo *T. cruzi*, Lima e Costa et al.<sup>17</sup> evidenciaram que a soropositividade estava fortemente associada a uma autopercepção da própria saúde considerada ruim ou muito ruim. Essa percepção, que não está necessariamente relacionada ao grau de alterações clínicas que o paciente apresenta, pode se expressar através de manifestações de somatização. Embora não se tenha aplicado aos indivíduos avaliados no presente estudo nenhum instrumento que permitisse confirmar a autopercepção de saúde, é bastante razoável supor que, entre os mesmos, portadores de cardiopatia chagásica de grau leve e acompanhados em um serviço de referência, esse tipo de apre-

ciação seja similar ao que foi verificado no estudo realizado em Bambuí.

No presente trabalho, constatando-se entre os pacientes portadores da forma crônica da doença de Chagas, evidência de ansiedade em 31,8% e de depressão em 21,4%, fica clara a associação entre os eventos mórbidos, diagnosticados a partir da avaliação clínica e a presença de distúrbios psicológicos, o que confirma que esses indivíduos podem ser afetados globalmente por inúmeras variáveis biológicas e psicossociais.

Também merece ênfase o fato de que todos os indivíduos avaliados encontravam-se na forma cardíaca leve da moléstia de Chagas. Segundo Cobb<sup>18</sup>, é importante considerar no estudo dos fatores psicossociais relacionados às doenças cardíacas, o modo pelo qual o portador da cardiopatia vive sua doença. Este indivíduo experimenta um sentimento básico: ameaça de perder. Perder a vida, os familiares, o poder social ou econômico, o que contribui para gerar sentimentos de ansiedade, medo, culpa ou raiva, conforme a história de vida dessa pessoa.

Diante de tais sentimentos, tal indivíduo poderá assumir posturas características como: negar a doença, tornar-se irritadiço e agressivo, deprimir-se, desenvolver queixas na esfera psicossomática ou aceitar e enfrentar a doença. É possível até que a mesma pessoa apresente, em momentos diferentes, posturas diferentes.

Além disso, é importante ressaltar que o estigma associado à enfermidade de Chagas contribui para marginalizar uma enorme faixa de portadores da mesma, inclusive da inserção no mercado de trabalho<sup>7,9</sup>, gerando sua exclusão e incorporando ao indivíduo o “rótulo” de “chagásico”<sup>7</sup>.

Em avaliação de portadores de epilepsia, Souza & Guerreiro<sup>19</sup> constataram que o grau de desvantagem que uma pessoa experimenta como resultado de sua doença pode ser determinado tanto pelas manifestações clínicas da mesma, como pela percepção de quanto essa alterou ou pode alterar sua vida. Dessa forma, considera-se que problemas de ordem sociocultural podem interferir no prognóstico de uma enfermidade, além das alterações clínico-patológicas associadas à mesma. Em relação ao mal de Chagas, desde a sua descoberta há quase 100 anos, ficou muito claro para os pesquisadores as condições sociais significativamente deficitárias que envolviam tanto o processo da infecção de seres humanos pelo protozoário *T. cruzi*, como a evolução clínica da moléstia, habitualmente associada à migração dos infectados das áreas endêmicas para os centros urbanos, à insuficiente qualificação profissional, à marginalização e à precária situação trabalhista e cobertura social, envolvidas na experiência do perceber-se como um “chagásico crônico”<sup>1,4,6,20</sup>.

No grupo entrevistado, alguns dos sinais de condição social deficitária puderam ser constatados pela baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade e da migração de área rural endêmica para doença de Chagas para um grande centro urbano. Certamente, a repercussão dessa “enfermidade social”<sup>21</sup> se faz sentir entre essas pessoas, de forma mais pronunciada que as

alterações orgânicas, classificadas como de grau leve, de forma que os achados obtidos pela aplicação da Escala de Traços de Comportamento de Agressividade de Gayral vão de encontro, não à doença em si, mas ao que essa representa em termos de impacto social e psicológico em seus portadores.

## CONCLUSÃO

Seguramente, a precariedade da condição social, o estigma da enfermidade crônica, a instabilidade quanto ao vínculo trabalhista, além da condição clínica decorrente da própria doença representam um ônus considerável para o portador da doença de Chagas. A repercussão desses fatores poderá ser relevante na apreciação das condições psíquicas dos mesmos, o que pode determinar procedimentos específicos em relação à assistência dos milhões de infectados pelo *T. cruzi*, com os quais os serviços de saúde e seus profissionais ainda irão conviver nas próximas décadas.

Isso convida os gestores e administradores, bem como os profissionais da área de saúde a uma avaliação de sua postura e atitudes frente aos portadores da enfermidade de Chagas. Essa doença pode até mesmo afetar a totalidade da vida desses indivíduos, mas não pode traduzir o que essa significa em sua totalidade<sup>7,21</sup>. É fundamental compreender a importância de uma avaliação global desses pacientes, que considere os aspectos clínicos e psicossociais envolvidos na manifestação da moléstia, o que, certamente, aumentará a eficácia do seguimento feito pelos profissionais de saúde e das terapêuticas propostas.

## SUMMARY

**Objective:** This evaluation intended to evaluate the psychosocial characteristics present among the individuals chronically infected by the *T. cruzi* protozoon, which causes the Chagas' disease. It reaches millions of deprived people in Brazil and Latin America until now and constitutes an important problem of Public Health.

**Methods:** In this research it was evaluated 21 chagasic patients who were been followed in the Chagas' Disease Study Group (GEDoCh) of the Outpatients' Service in the Campinas State Faculty of Medicine (UNICAMP). They were evaluated in matter of psychosocial and aggressive characteristics by two adequate instruments: a socio-demographic questionnaire and the Gayral scale.

**Results:** Among the interviewed patients 31.8% had evidences of anxiety and 21.4% showed depression. Only 16.2% presented combat characteristics while 40.8% showed psychosomatic evidences.

**Conclusion:** These results demonstrate the vulnerability of this part of the population.

**Key words:** Chagas' disease. Anxiety. Psychosomatic features. Aggressive features.

## REFERÊNCIAS

1. Chagas C. Nova entidade mórbida do homem. *Brazil Médico*. 1910; 43: 423-8.
2. Dias JCP. O controle da doença de Chagas no Brasil. In: Silveira, AC organizador *El Control de la Enfermedad de Chagas en los Países del Cono Sur de América*. Uberaba: Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro; 2001. p. 145-250.
3. Silveira AC. O controle da doença de Chagas nos países do Cone Sul da América. In: Silveira, AC organizador *El Control de la Enfermedad de Chagas en los Países del Cono Sur de América*. Uberaba: Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro; 2001. p. 15-44.
4. Dias JCP, Dias RB. Aspectos sociais da doença de Chagas. *Rev Goiana Med*. 1979; 25: 257-68.
5. Marins N. Os chagásicos e as leis sociais. *Arq Bras Cardiol*. 1985; 44: 369-71.
6. Dias JCP. Epidemiology of Chagas' disease in Brazil. In: Brener, RR; Stoka, AM editors. *Chagas' Disease Vectors*. Boca Raton: CRC Press Inc; 1987. p. 57-81.
7. Guariento ME, Góes AL. O estigma do doente crônico. Um estudo a partir do portador da doença de Chagas. *O Mundo da Saúde*. 1996; 20: 209-13.
8. Luquetti AO, Porto CC (1997). Aspectos médico-trabalhistas da doença de Chagas. In: Dias JCP, Coura JR organizadores. *Clínica e Terapêutica da Doença de Chagas. Uma Abordagem para o Clínico Geral*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 353-64.
9. Guariento ME, Camilo MVF, Camargo AMA. (1999) Working conditions of Chagas' disease patients in a large Brazilian city. *Cad Saúde Pub*. 1999; 15: 381-6.
10. Dias JCP, Guariento ME, Luquetti AO, Rocha MO, Montoya R, Torres RM, et al. (2004). Aspectos trabalhistas da doença de Chagas, incluindo legislação previdenciária. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004; 38 (supl. III): 12-4.
11. Gayral LF (1979). Une echelle de comportement agressif. *Am Med Psychol*. 1979; 137: 502-6.
12. Cabral MAA. Estudo descritivo de aspectos psicossociais de pacientes acometidos de artrite reumatóide (Tese de Doutorado). 1985. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas.
13. Zaitune MP, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pub*. 2006; 22: 285-94.
14. Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. Validity of self-reported hypertension in the National Health and Nutrition Examination Survey III, 1988-1991. *Prev Med*. 1997; 26: 678-85.
15. Orosz JEB, Morano FG, Guariento ME. Caracterização da doença de Chagas quanto à categoria gênero em um serviço de referência. *Rev Bras Clin Ter*. 1996; 22: 9-12.
16. Guariento ME, Monte Alegre S, Almeida, EA, Wanderley JS. Doença de Chagas e enfermidades associadas em um serviço de referência. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2002; 35 (supl. III): 207.
17. Lima e Costa MF, Barreto SM, Guerra HL, Firmo, JO, Uchoa E, Vidigal PG (2001). Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: the Bambuí Health and Ageing Study. *Int J Epidemiol*. 2001; 30:887-93.
18. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psych. Med*. 1976;38:300-4.
19. Souza AAP, Guerreiro MM (1993). Qualidade de vida e epilepsia. In: Guerreiro CAM, Guerreiro MM organizadores. *Epilepsia*. São Paulo: Editora Lemos; 1993. p. 83-9.
20. Schoefield CJ, Dias JCP (1991). A cost benefit analysis of Chagas' disease control. *Mem Inst O Cruz*. 1991; 86:285-95.
21. Petana WB. La importancia de los efectos clínicos, psicológicos y sociales experimentados por pacientes con tripanosomiasis americana (Enfermedad de Chagas). *Bol Of Sanitaria Pan*. 1980; 88:214-7.

---

**Artigo recebido: 05/03/2008**

**Aceito para publicação:17/06/2008**