

ERNESTA LOPES FERREIRA DIAS

**Qualidade de Vida de Adultos e Idosos
Portadores da Doença de Chagas**

CAMPINAS

UNICAMP

2009

ERNESTA LOPES FERREIRA DIAS

**Qualidade de Vida de Adultos e Idosos
Portadores da Doença de Chagas**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Gerontologia.

ORIENTADORA: Prof. Dra. Maria Elena Guariento

CAMPINAS
UNICAMP
2009

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

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

D543q Dias, Ernesta Lopes Ferreira
Qualidade de vida de adultos e idosos portadores da Doença de Chagas / Ernesta Lopes Ferreira Dias. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Maria Elena Guariento
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Qualidade de vida. 2. Chagas, doença de. 3. Idosos. I. Guariento, Maria Elena. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Quality of life of adults and elderly patients with Chagas disease

Keywords: • **Quality of life**
• **Chagas disease**
• **Elderly**

Titulação: Mestre em Gerontologia

Banca examinadora:
Profa. Dra. Maria Elena Guariento
Profa. Dra. Maria Aparecida Barone Teixeira
Profa. Dra. Sandra Cecília Botelho Costa

Data da defesa: 04-12-2009

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ERNESTA LOPES FERREIRA DIAS - (RA: 918399)

Orientador(a) PROFA. DRA. MARIA ELENA GUARIENTO

Membros:

1. PROFA. DRA. MARIA ELENA GUARIENTO



2. PROFA. DRA. MARIA APARECIDA BARONE TEIXEIRA

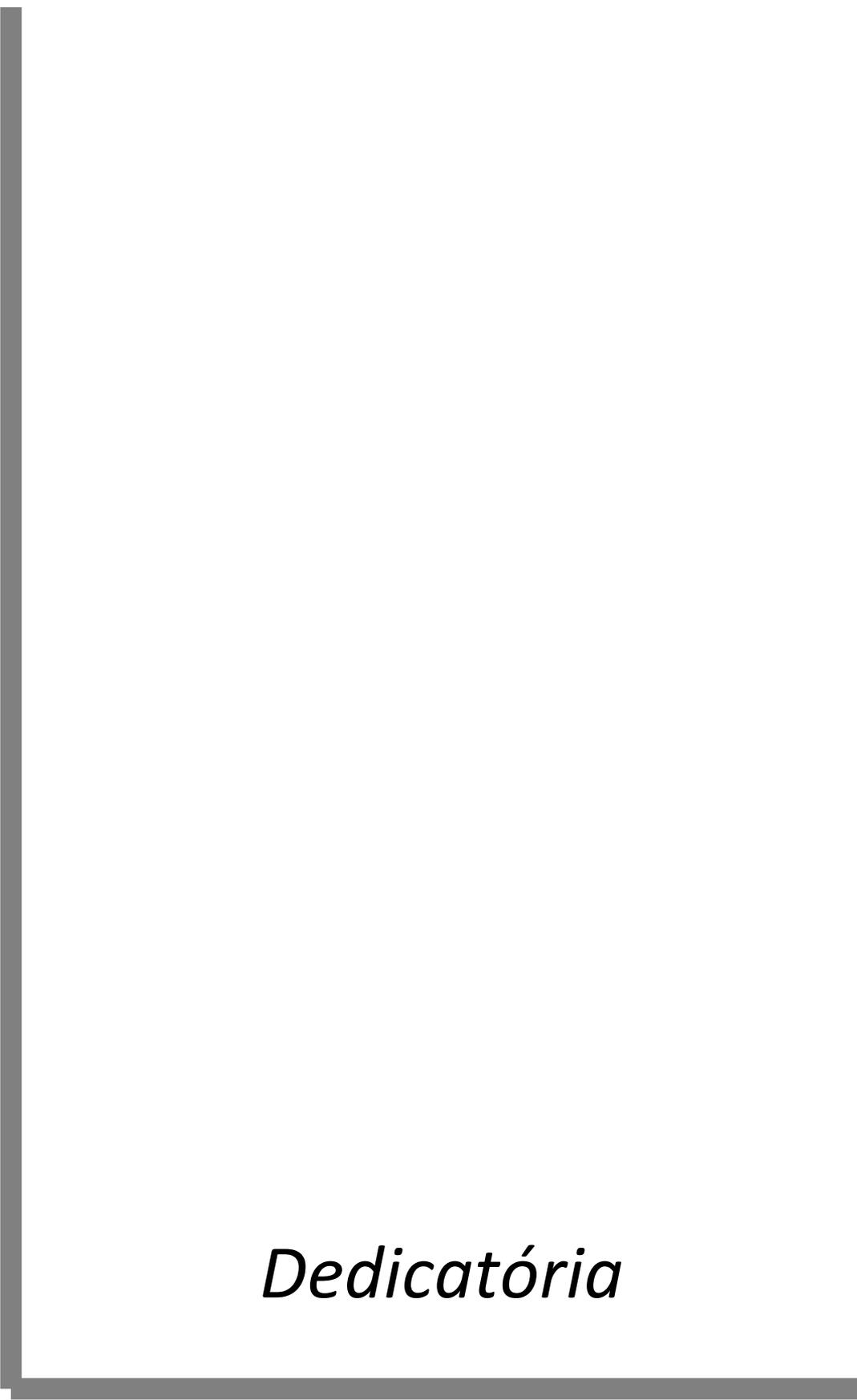


3. PROFA. DRA. SANDRA CECILIA BOTELHO COSTA



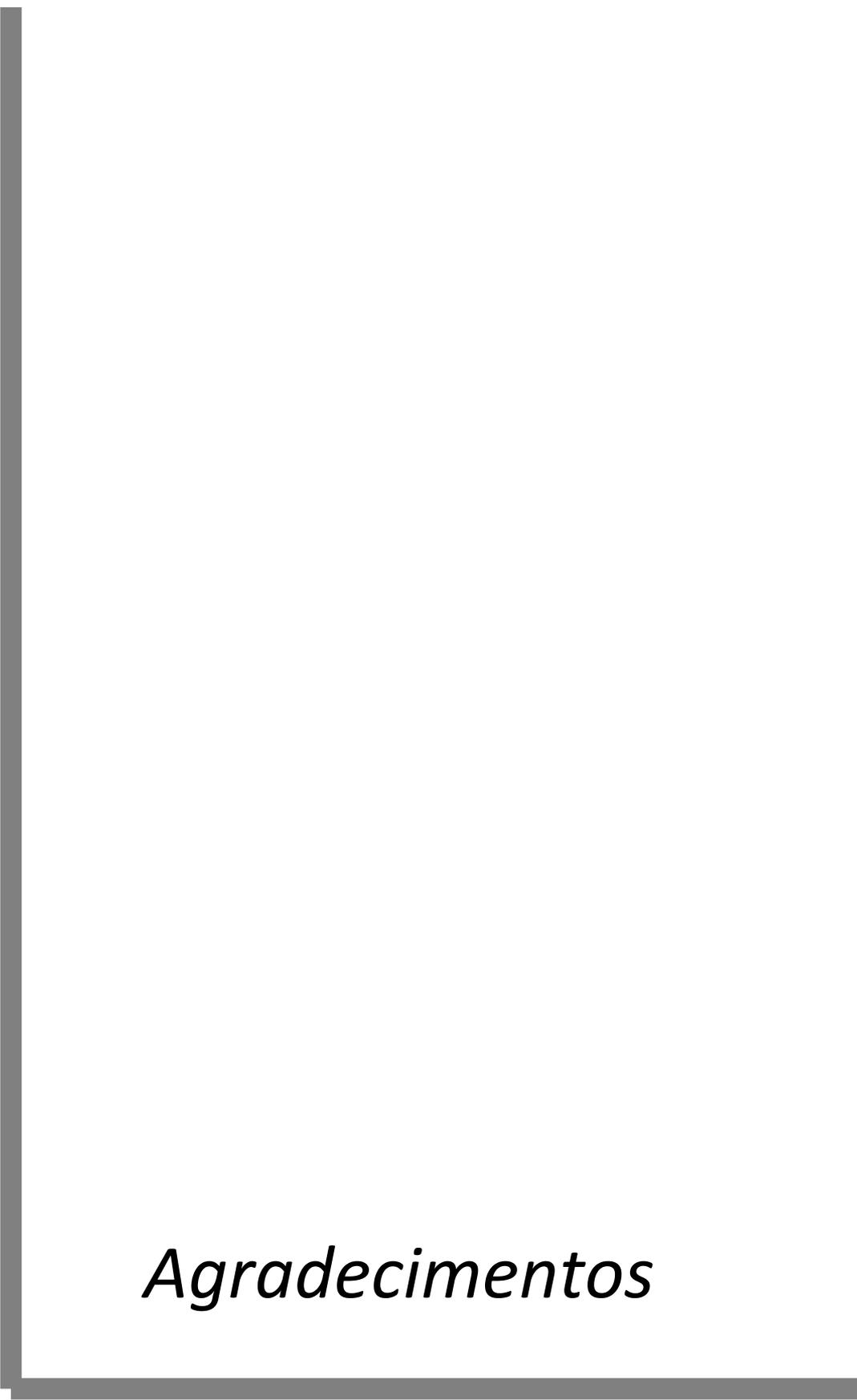
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 04 de dezembro de 2009



Dedicatória

Dedico este meu trabalho em *(in memória)* a meus pais que me deram a vida, principalmente o meu pai, que muito me incentivou a ler desde criança quando retornava do trabalho, e me ouvia com atenção, sonhando para o meu futuro como profissão “gerente do Banco do Brasil”. Ao o Rodolfo, meu marido, pelo incentivo e apoio que sempre me deu em busca dos meus sonhos e da realização profissional. Às minhas filhas, Flávia e Mariana, que me ajudam e compartilham comigo nas buscas e conquistas das quais eu idealizo, e que souberam compreender esse momento tão importante na minha vida. Elas são partes da minha história e trajetória de vida e da qual me dão muita satisfação, compreendendo, os anseios, angústias e dificuldades. A minha irmã Sônia, que me acolheu e apoiou no início da minha nova vida nesta cidade, em busca de estudo e trabalho e a minha sobrinha Raquel no suporte à elaboração das aulas. A minha querida “tia Maria”, em quem sempre encontrei apoio e carinho, a quem tenho muita admiração.



Agradecimientos

Agradeço a Deus por me permitir realizar esta dissertação, que é mais um dos meus sonhos idealizados. Tive que percorrer um longo caminho, com muitos obstáculos, por muitas e muitas vezes tendo que ser interrompido, mas nunca esquecido. Mesmo nos momentos em que o cansaço tentava me dominar, as dificuldades no trabalho, mas os sonhos eram mais fortes, e Deus nunca me abandonou.

Obrigado, Senhor!

À minha orientadora Professora Doutora Maria Elena Guariento, pela sua sensibilidade, sabedoria e compreensão. Muito obrigada por todo seu ensinamento, paciência e dedicação. A quem eu tenho um carinho especial pela sua integridade profissional, e também responsável pela efetivação desse trabalho.

À Professora Doutora Anita Liberalesso Neri, que teve uma participação efetiva neste período do mestrado, seja com a exposição das suas aulas, sua dedicação e motivação para com os alunos, e orientações na qualificação. A quem eu tenho um carinho especial e agradeço pela formação do grupo, desde o primeiro dia de aula, foi muito marcante para a nossa turma, pela forma e a maneira com que acolheu e conduziu a todos.

À minha amiga Conceição, a minha gratidão, que foi incansável no decorrer da etapa final da conclusão da dissertação, que me auxiliou com as tabelas, sempre com muita paciência, dedicação, estímulo e carinho.

Às minhas amigas Alice Kumiko Tamura, Luzia Tujomi Nishida Isida e Miriam A. do Prado Bensusaschi que sempre me incentivaram e apoiaram, mesmo antes do início do curso do mestrado e que foram muito presentes na minha vida e na vida da minha família, nesta amizade de muitos e muitos anos.

À Wilsem Suzuki, minha amiga, que muito me auxiliou com as aulas de inglês da qual eu sou eternamente grata, e à Professora Camila Carvalho que muito me ajudou e motivou na aula de inglês.

Às minhas amigas assistentes sociais Professoras. Ana Maria de Arruda Camargo, Professora Doutora Patrícia Brant M.T. Mendes e Professora Doutora Wanda Griep Hirai, quem sempre discutimos a relação entre a prática do profissional do Serviço Social, e a pesquisa no percurso do mestrado, práticas, teoria, pesquisa. Nas quais, eu sempre me espelhei, pelos seus conhecimentos e dedicação, seja na assistência, pesquisa ou na academia.

À Professora Doutora Maria Virgínia R. Camilo, que é uma profissional dedicada tanto no ensino, pesquisa, assessoria administrativa e a assistência agradeço pelo seu apoio e incentivo jornada de trabalho, e o mestrado, a quem eu sou muito grata.

Ao Professor Doutor Jamiro da Silva Wanderley, que é um dos grandes apoiadores e incentivador do trabalho da Assistente Social no Hospital de Clínicas HC/UNICAMP, que muito contribuiu com o mestrado. Muito obrigada, pelas suas observações inestimáveis no percurso de trabalho durante todos esses anos a quem eu tenho um grande carinho.

Ao Professor Doutor Eros A. Almeida e a Professora Doutora. Sandra C. B. Costa que sempre me incentivaram no decorrer da aplicação dos questionários no ambulatório (GEDoCh) e no decorrer da escrita da dissertação.

À Irene Albino Corrêa secretária da Disciplina de Medicina Interna no Ambulatório de Clínica Médica, que me auxiliou no manuseio dos prontuários dos pacientes durante a coleta de dados.

Ao casal de amigos professores doutores Suzeley Kalil Mathias e Jesus Jose Raniere, que sempre foram tão dedicados ao ensino e à pesquisa, vocês também fazem parte da minha vida.

À Professora e minha amiga Yaeko Ozaki e a Professora e médica Rosália Matera de A. Alves que discutimos e trocamos informações sobre bibliografias, congressos, simpósios e compartilhamos as nossas dificuldades, indagações como pesquisadoras e a relação trabalho e pesquisa.

Agradeço aos pacientes, que foram sujeitos desta pesquisa que, com tanta clareza e gentileza, responderam aos questionários, na esperança de que estavam contribuindo para a descoberta da cura da doença de Chagas, ou de um melhor tratamento, ou melhora na sua qualidade de vida. E alguns ainda relataram “já estou com essa doença há tantos anos, poderiam pelo menos permitirem que a gente tivesse mais vida e saúde”.

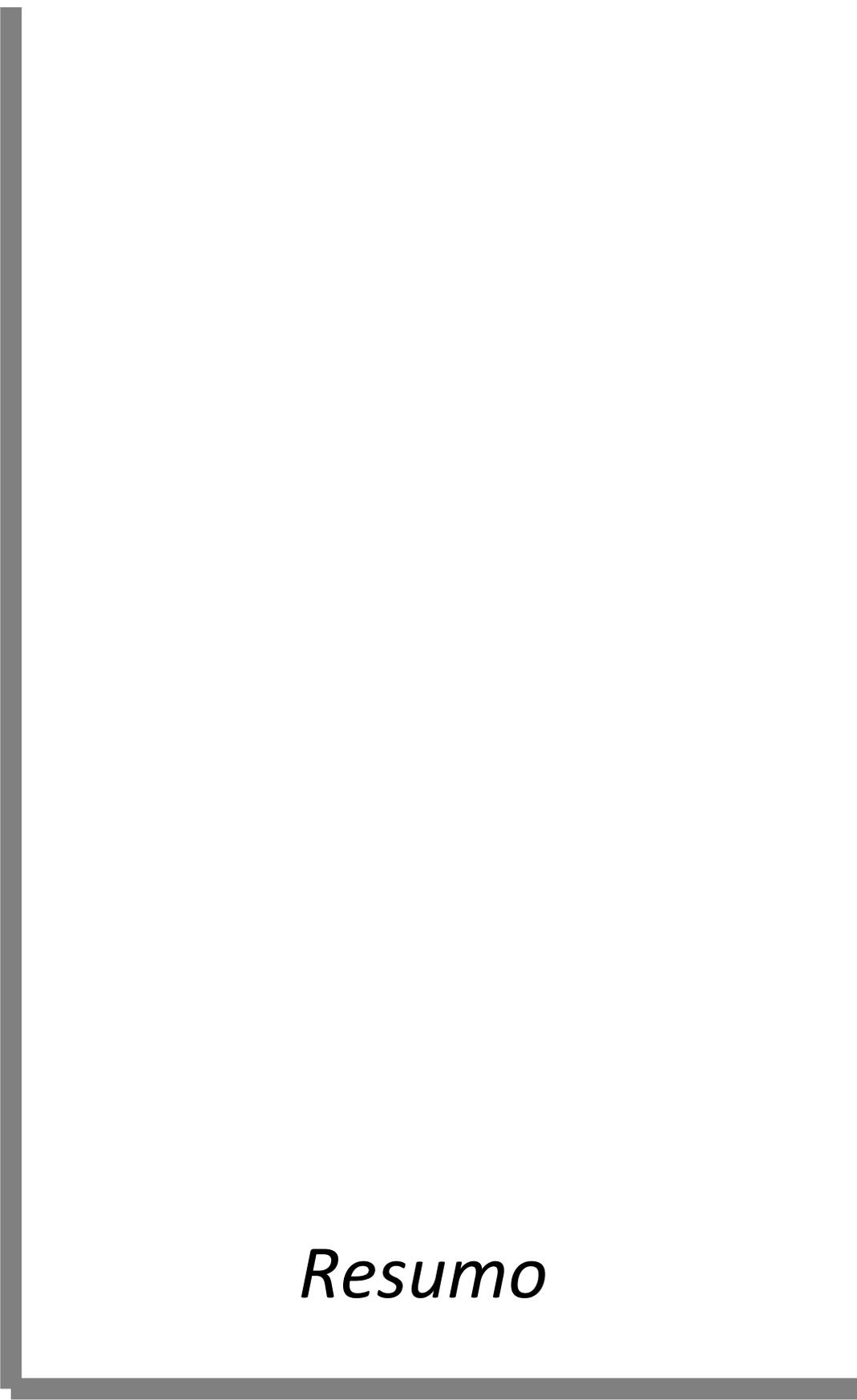
Meus os agradecimentos às equipes do Serviço Social dos Ambulatórios, equipe do Ambulatório de Radioterapia e aos pacientes pela compreensão na minha ausência, devido aos transtornos causados no ambulatório, no período que cursei as disciplinas, e nas apresentações dos trabalhos, seminários, simpósios e congressos.



Epígrafe

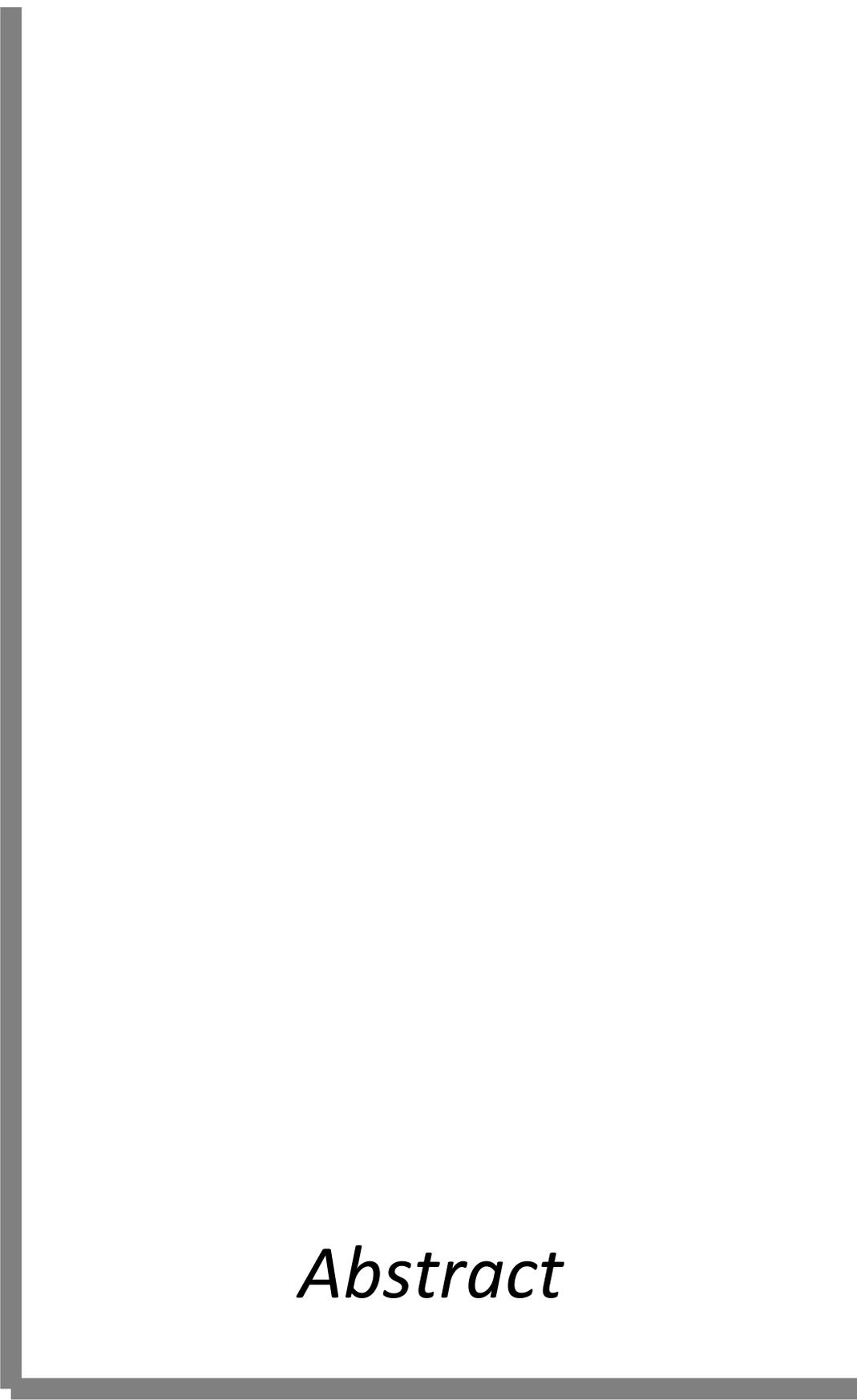
AMOR À SABEDORIA

*“A sabedoria inspira a vida aos seus filhos,
ela toma sob a sua proteção aqueles que a
procuraram,ela os precede no caminho da justiça”
(Eclesiástico 4)*



Resumo

Sabe-se que, em nosso país, a doença de Chagas constitui-se, ainda hoje, em importante problema na esfera da Saúde Pública além de estar associada a um estigma que pode provocar mudanças significativas na vida de seus portadores. Eles enfrentam dificuldades, como perda da saúde, morte de familiares (geralmente também portadores da mesma doença), exclusão do mercado de trabalho e problemas financeiros, que podem comprometer a qualidade de vida dessas pessoas. Envelhecer na condição de portador dessa enfermidade infecciosa crônica acarreta outras perdas físicas e cognitivas, que se somam às anteriores e podem, em princípio, levar à pior percepção da qualidade de vida por parte dos idosos. No presente estudo foram avaliados 202 adultos e idosos portadores da doença de Chagas no Ambulatório do grupo de Estudos em Doença de Chagas do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (GEDoCh). Eram do sexo feminino 109 pacientes (53,9%) e 93 (46,01%) do sexo masculino. Entre eles, 68,81% tinham idade entre 25 a 59 anos e 31,19% tinham idade igual ou maior que 60 anos. Verificou-se evidente predomínio da cardiopatia (66,83%) sobre a forma indeterminada (21,78%) e digestiva (11,39%), achado que é associado à maior concentração de pacientes nas formas clínicas mais graves nesse ambulatório. A qualidade de vida desses pacientes foi avaliada através da Escala WHOQOL-bref (2001), verificando-se que o domínio pior avaliado foi o do meio ambiente e o melhor avaliado foi o das relações sociais. A pior percepção de qualidade de vida no domínio físico relacionou-se à maior número de doenças crônicas associadas e classificação nas formas clínicas: cardíaca e digestiva. Nos domínios: psicológico e das relações sociais relacionou-se às formas clínicas: cardíaca e digestiva, e no domínio do meio ambiente ao gênero feminino. A forma digestiva teve a pior pontuação nos domínios físicos, psicológico e das relações sociais. Não se observou diferença significativa quanto às variáveis estudadas para nenhum dos domínios da escala WHOQOL-bref, em relação às duas faixas etárias consideradas (adultos e idosos).



Abstract

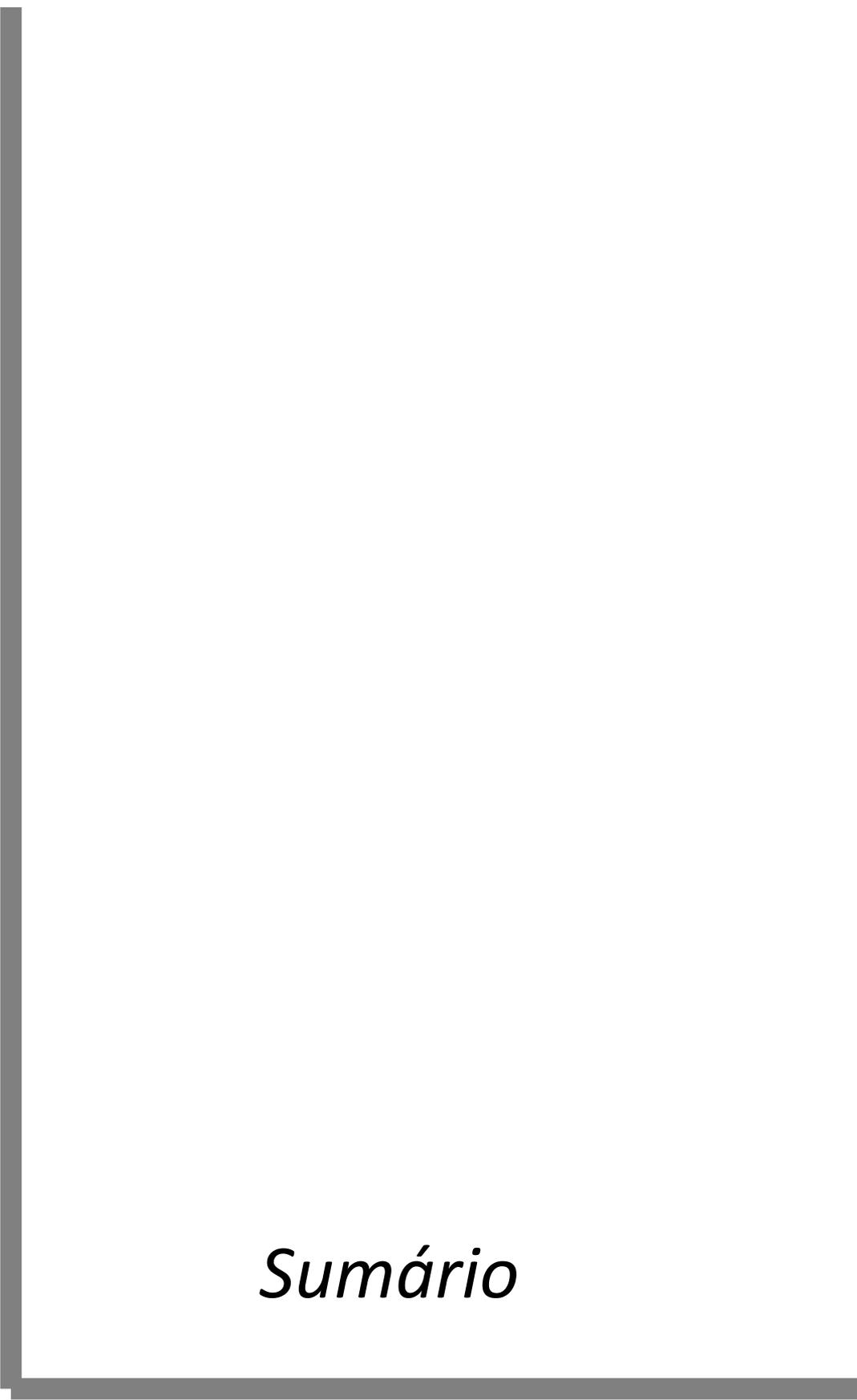
It is known that in our country, Chagas disease constitutes even now a major problem in the area of Public Health, in addition to being associated with a stigma that can cause significant changes in their patients' life. They face difficulties such as loss of health, death of family members (usually also carrying the same disease), exclusion of the labor market and financial problems can compromise the quality of their lives. Aging in the condition of Chagas' disease carrier brings other losses related to physical and cognitive areas, which can lead to an worse perception of quality of life. The present study evaluated 202 adult and elderly patients with Chagas' disease at the Ambulatory of the Study Group of Chagas' Disease from the Clinic Hospital of the State University of Campinas (Brazil). There were 109 female patients (53.9%) and 93 (46.01%) were male. Among them, 68.81% were aged between 25 and 59 years old and 31.19% were aged over 60 years old. The evident predominance of heart disease (66.83%) over the indefinite form (21.78%) and gastrointestinal form (11.39%) was associated with a greater concentration of patients in the most severe clinical forms in this Clinic. The quality of life of these patients was assessed by the WHOQOL-bref (2001), verifying that the environmental area was that with the worst assessment, and the best rated was the social area. The worst perception of quality of life in the physical domain was related to the higher number of chronic diseases and classification in cardiac and digestive forms. In the following areas: psychological and social it was related to the classification in the cardiac and digestive forms, and, finally, in the environmental domain it was related to the female gender. The digestive form presented the worst score in the physical, psychological and social domain. There was no significant difference of all the variables for any of the WHOQOL-bref domains considering the two age groups of chagasic patients (adult and elderly).

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BHAS	The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS)
FCM	Faculdade de Ciências Médica
GEDoCh	Grupo de Estudos em Doença de Chagas
IC	Intervalo de Confiança
MG	Minas Gerais
N	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG's	Organizações Não-Governamentais
OR	Razão de Risco
RX	Radiografia de tórax
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
<i>T. cruzi</i>	<i>Trypanossoma cruzi</i>
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life-Bref (Instrumento Abreviado)
WHO	World Health Organization
%	Porcentagem

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1- Distribuição da população estudada segundo sexo, idade, forma clínica da doença de Chagas e número de comorbidades.	41
Tabela 2 - Valores da pontuação de cada um dos domínios da escala WHOQOL- bref na população.	41
Tabela 3- Comparação das variáveis Forma Clínica e Número de Comorbidades em relação à pontuação Alta e Baixa no Domínio Físico.	42
Tabela 4- Comparação da variável Forma Clínica em relação à pontuação Alta e Baixa no Domínio Psicológico.	43
Tabela 5- Comparação da variável Forma Clínica em relação à pontuação Alta e Baixa no Domínio das Relações Sociais.	43
Tabela 6- Comparação da variável Gênero em relação à pontuação Alta e Baixa no Domínio meio Ambiente.	44
Tabela 7- Variáveis que apresentaram correlação com baixa pontuação para qualidade de vida no Domínio Físico.	45
Tabela 8- Variáveis que apresentaram correlação com baixa pontuação para qualidade de vida no Domínio Psicológico.	46
Tabela 9- Variáveis que apresentaram correlação com baixa pontuação para qualidade de vida no Domínio das Relações Sociais.	46
Tabela 10- Variáveis que apresentaram correlação com baixa pontuação para qualidade de vida no Domínio do meio Ambiente.	47

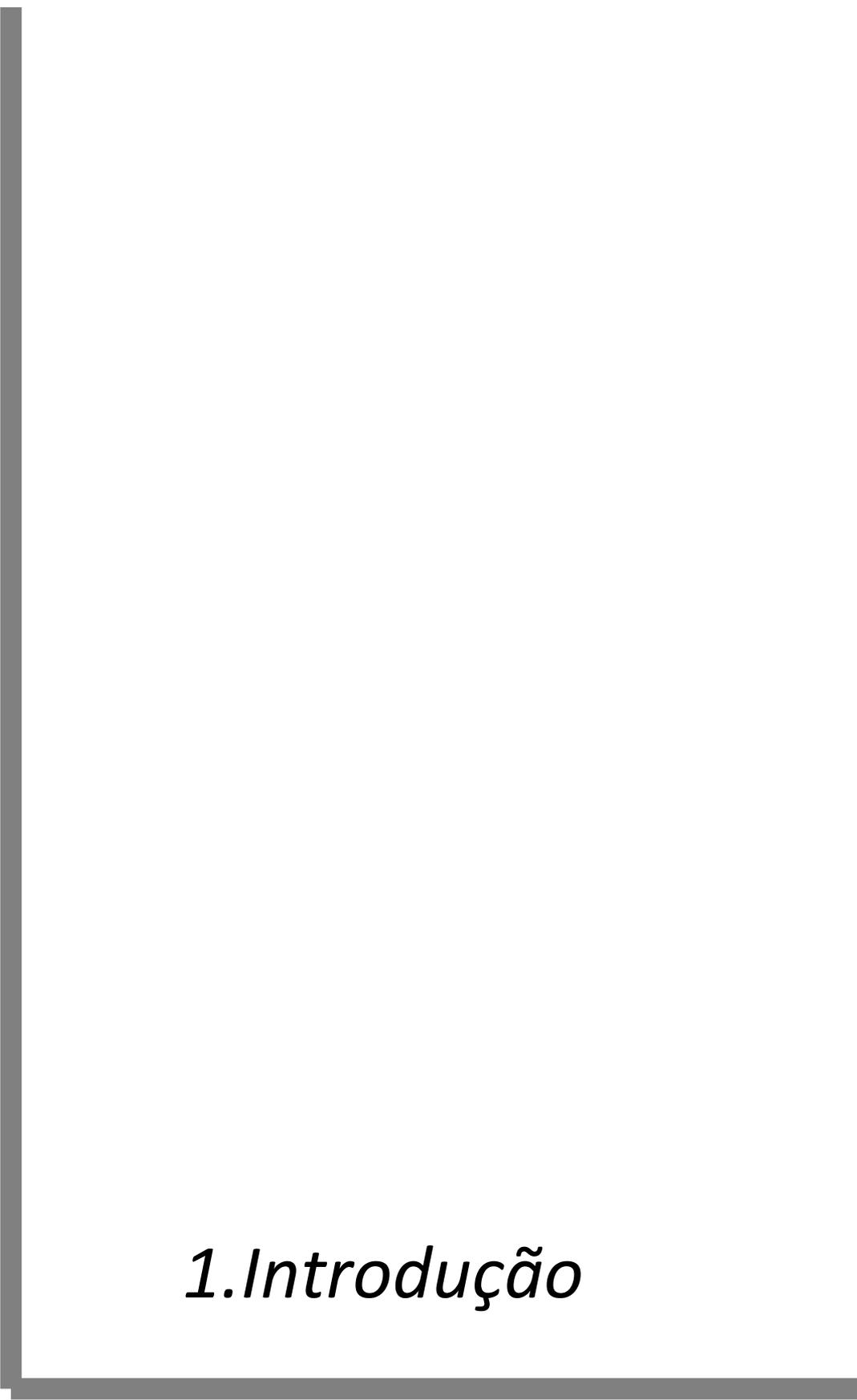


Sumário

SUMÁRIO

	Pág.
Resumo.....	xii
<i>Abstract</i>	xiv
1 - Introdução.....	22
1.1 – Envelhecimento Populacional.....	25
1.2 – Doença de Chagas.....	26
1.2.1 – Doença de Chagas na Atualidade.....	26
1.3 – Avaliação da qualidade de Vida em Idosos.....	26
1.3.1 – Doença de Chagas em Idosos e Qualidade de Vida.....	26
2 - Justificativa.....	31
3 - Objetivos.....	34
3.1 – Objetivo Geral.....	35
3.2 – Objetivo Específico.....	35
4 – Materiais e Métodos.....	36
4.1 – Metodologia da Pesquisa.....	37
4.1.1 – Recursos da Pesquisa.....	37
4.1.2 – Sujeitos.....	37
4.1.3 – Critérios de Inclusão.....	38
4.1.4 – Critérios de exclusão.....	38

4.2 – Análise dos dados.....	38
5 – Resultados.....	40
6 – Discussão.....	48
7 – Conclusões.....	60
8 – Referências.....	62
9 – Anexos.....	68



1. Introdução

1.1 - Envelhecimento Populacional

Envelhecer constitui-se em um processo progressivo que afeta o ser humano e a sociedade de modo singular. Mesmo sabendo-se da grande heterogeneidade decorrente de fatores genéticos, ambientais e subjetivos, realizam-se grandes esforços na área das ciências biológicas e comportamentais para se estabelecer padrões de envelhecimento (1).

As definições mais aceitas sobre envelhecimento são de Schroots e Birren (2). O envelhecimento primário (também denominado senescência) constitui-se no envelhecimento normal; envelhecimento secundário refere-se ao patológico ou senilidade e o envelhecimento terciário refere-se ao terminal (1). Considera-se, pois, que o envelhecimento primário trata de um fenômeno que atinge todos os seres humanos pós-reprodutivos, devido a mecanismos genéticos. É progressivo, gradual, e acarreta diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo. O envelhecimento secundário relaciona-se às alterações decorrentes de doenças associadas ao envelhecimento que não se confundem com as mudanças normais desse processo. Finalmente, o envelhecimento chamado terciário relaciona-se a um processo de declínio terminal caracterizado por aumento nas perdas físicas e cognitivas, em período relativamente curto de tempo. Sua evolução culmina com a morte, seja por doenças dependentes da idade, seja por acúmulo dos efeitos sobrepostos da senescência e senilidade.

Ao longo do processo de envelhecimento, observa-se decréscimo na capacidade de adaptação e aumento na vulnerabilidade do indivíduo, conforme aponta (1). Essa última se associa às perdas evolutivas e a um aumento da probabilidade de adoecer. Por outro lado, lentamente instala-se um aumento relativo da incapacidade para realizar as atividades da vida diária. O ritmo das perdas, os sistemas afetados e o impacto sobre a qualidade de vida dependem de fatores como a constituição genética, o estilo de vida, a saúde e as condições ambientais (3).

Atualmente, o envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) o intervalo entre 1975 e 2025 é considerado “a era do envelhecimento”, o que implica na necessidade de novos estudos sobre este fenômeno, além de apontar para a emergência de

profundas transformações na organização social mundial, em decorrência desse fenômeno. Nos países desenvolvidos, os idosos são os indivíduos com idade igual ou superior a 65. Nos países em desenvolvimento, são classificados como idosos os indivíduos a partir dos 60 anos de idade (1). A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, verificando-se que os muito idosos (com 80 anos) constituem o grupo etário de maior crescimento (4).

No Brasil, a proporção de idosos passou de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996, estimando-se 14% em 2025. A esta mudança demográfica corresponde um significativo crescimento da demanda aos serviços sociais e de saúde (5). Segundo Lima-Costa e colaboradores (6), entre 1991 e 2000 o número idosos brasileiros aumentou duas e meia vezes (35%) comparado ao resto da população do país, que cresceu cerca de 14%. Atualmente, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos está em torno de 15 milhões (7,8), sendo que sua participação no total da população dobrou nos últimos 50 anos (7).

Estima-se que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população idosa do mundo, com cerca de 32 milhões de pessoas acima de 60 anos (8,5). Atribuem-se como fatores principais deste crescimento populacional: a redução da natalidade, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Verifica-se, no Brasil, uma mudança no padrão das taxas de mortalidade e fecundidade, passando-se de uma situação de alta mortalidade e fecundidade para outra que é caracterizada por baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade, o que se acompanha de elevação da expectativa de vida e aumento da proporção de pessoas atingindo idades mais avançadas (10).

No período de 1960 e 1980, ocorreu queda de 33% na fecundidade no Brasil (11), o que levou à redução da taxa de natalidade. Também se verificou neste período, um aumento de oito anos em relação à expectativa de vida. Hoje, a população de idosos brasileiros ultrapassa os 15 milhões, estimando-se que se chegará aos 32 milhões nas duas próximas décadas (12). Segundo Camarano (7), projeções recentes indicam que o segmento idoso representará quase 15% da população brasileira em 2020.

Neri (13) considera que o aumento da expectativa de vida é, primeiramente, associado ao declínio da mortalidade infantil, a que se segue a diminuição das mortes de adultos por doenças infecciosas. Esse fenômeno resulta em grande aumento da população idosa no Brasil, que cresce mais do que o das crianças, porque paralelamente ao aumento da longevidade, está havendo redução da natalidade. O que vem aumentando é o número de pessoas que se mantêm vivas entre os 80 e 100 anos, significando que a qualidade de vida dos idosos melhorou (13).

Por outro lado, Baltes e Smith (14), citando Vaupel (1997), referem que os octogenários que vivem em países desenvolvidos têm uma expectativa média de vida adicional de aproximadamente oito anos, quatro anos mais do que poderiam viver há cerca de 30 anos. No Brasil, também se verifica um incremento populacional do segmento conhecido como a Quarta Idade (14) ou Velhice Avançada, sendo os idosos chamados de “muito velhos” ou “idosos velhos”. Segundo Ferreira (15), esta população já atinge números expressivos no Brasil: 1.787.607, apresentando demandas e características singulares da velhice avançada.

Entretanto, é preciso considerar que o crescimento da população idosa brasileira pode se associar a um grave problema social se os anos de vida adicionais não forem vividos em condições de saúde adequadas (16). Há que se entender a velhice como um período onde indivíduos convivem tanto com limites quanto com potencialidades para as atividades funcionais, que se expressam em ganhos e perdas concorrentes (17). Portanto, há que considerar que viver cada vez mais tem implicações para a qualidade de vida (18,19). Os anos adicionais de vida podem significar sofrimento para os indivíduos e suas famílias, quando esse tempo é marcado por doenças, declínio funcional, aumento de dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão (19,15). Desta forma, é evidente que o aumento da expectativa de vida pode não ser vantajoso se não for associado à preservação de condições adequadas de saúde outros fatores relacionados com a qualidade de vida na velhice.

1.2 - Doença de Chagas

A doença de Chagas foi descoberta é descrita pelo médico sanitário Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, em 1909, Esse pesquisador desenvolvia as atividades de controle da malária entre os trabalhadores que implantavam a rede ferroviária na região do Rio das Velhas, em Minas Gerais, quando descobriu as evidências de existência de uma nova enfermidade. Desde então, sabe-se que se trata de doença parasitária, praticamente restrita ao continente americano.

É uma infecção generalizada, de natureza endêmica e evolução essencialmente crônica, transmitida por hemípteros reduvídeos hematófagos e causada por um protozoário hemoflagelado da família *Trypanosomidae* - *Trypanosoma cruzi* e transmitida ao homem e a outros animais geralmente através dos triatomíneos (20) que vivem no domicílio ou peridomicílio de moradias construídas em condições muito precárias. Suas fezes contaminadas, quando em contato com a pele ou mucosas do ser humano, infectam-no, configurando-se a transmissão vetorial, que é a forma mais habitual de transmissão da doença. Cabe lembrar que, na pele, o contato se dá pela própria picada do hematófago ou pela escarificação decorrente do ato de coçar.

As mucosas, mesmo quando íntegras, não impedem a penetração do *T. cruzi* no organismo. A mucosa conjuntival é a mais acometida.

A infecção apresenta uma fase aguda que, frequentemente, evolui de maneira fugaz, passando-se, a seguir para a fase crônica. Após um período de latência de 10 a 15 anos, chamado de forma indeterminada, os pacientes podem evoluir para três formas clínicas principais da doença:

a) forma cardíaca, que pode expressar-se com distintos graus com miocardite crônica, insuficiência cardíaca, distúrbios de ritmo e de condução elétrica e, eventualmente, morte súbita, por arritmia cardíaca;

b) forma digestiva, com megaesôfago e megacólon;

c) forma mista, com cardiopatia e "megas" simultaneamente (21).

Um século após a primeira descrição desta enfermidade, ainda nos deparamos com esta moléstia, presente no continente latino-americano, largamente prevalente em algumas regiões.

Apesar de a medicina vir experimentando um grande avanço tecnológico, questões de ordem social, política e econômica ainda refletem a carência de medidas preventivas que se mostrem efetivas, visando à erradicação definitiva dessa endemia em nosso continente. Em inúmeras regiões da América Latina, a precariedade das moradias na área rural associada à escassez de medidas de combate aos agentes vetores tem contribuído para que a mesma persista no continente. No Brasil, em especial, onde esta moléstia se tornou freqüente devido à precariedade das condições sócio-econômicas, estima-se que atinja, ainda hoje, cerca de dois a três milhões de pessoas, respondendo por um relevante potencial de morbidade. Entretanto, em função das inúmeras estratégias para o controle da transmissão dessa moléstia, destacando-se a “Iniciativa do Cone Sul” (22), obteve-se diminuição progressiva dos casos agudos.

1.2.1 - Doença de Chagas na Atualidade

Uma vez estabelecido um controle adequado da transmissão da enfermidade de Chagas, espera-se uma prevalência cada vez menor de indivíduos jovens infectados pelo *T. cruzi* e o envelhecimento dos infectados crônicos.

No entanto, adquire particular relevância reconhecendo as condições, da evolução clínica, preparar-se para oferecer assistência, prevenir e diagnosticar a associação com enfermidades crônico-degenerativas, além de saber avaliar e considerar a qualidade de vida dos pacientes portadores da enfermidade de Chagas, que envelhecem, identificando-se a influência de fatores financeiros e sociais e a importância da percepção dos indivíduos quanto ao acesso às ações e aos serviços de saúde.

Em relação aos portadores de doença de Chagas, existem estudos que identificaram idosos longevos (acima de 90 anos), residentes em centro urbano próximo a uma área endêmica e que apresentavam evidências dessa infecção, sem que se confirmasse a presença da complicação mais temida em termos de morbimortalidade (23), qual seja a insuficiência cardíaca associada à cardiopatia chagásica (24).

Por sua vez, Bestetti *et al.* (25) verificaram, em estudo retrospectivo, que as alterações cardíacas decorrentes da infecção pelo *T. cruzi*, apresentadas pelos

idosos portadores de doença de Chagas, eram semelhantes a dos indivíduos de meia-idade.

Dessa forma, constata-se que, mesmo em face do potencial agressivo da lesão cardíaca, muitos portadores crônicos dessa enfermidade conseguem conviver com a mesma em razoável equilíbrio, principalmente após o advento de terapêutica cardiovascular de ação mais potente (26, 27,28).

Guariento et al. (28) documentaram a associação da condição de infectado pelo *T. cruzi* com uma série de enfermidades crônicas degenerativas: entre 1.362 pacientes portadores dessa infecção, seguidos em um serviço de referência, mostraram que 51,6% eram hipertensos, 22,3% tinham algum tipo de cardiopatia que não era decorrente da doença de Chagas, 11,5% tinham algum tipo de doença pulmonar crônica e 11,1% eram obesos. Sabidamente todas essas enfermidades tendem a se tornar mais freqüentes com o envelhecimento, o que evidencia a necessidade de uma abordagem especial para essa população. Antes disso, Lima e et al., desenvolvendo o Estudo BHAS em antiga área endêmica para a infecção pelo *T. cruzi* (BambuÍ, MG), já haviam constatado a necessidade de políticas de saúde que levem em conta o progressivo envelhecimento da população de portadores crônicos da doença de Chagas, em um país em desenvolvimento, como é o Brasil. Para esses indivíduos se acrescentam as doenças crônicas não infecciosas, além da prévia condição de portadores de uma enfermidade infecciosa crônica, que atinge a muitos nessa faixa etária (37,7% entre os indivíduos com 60 anos ou mais, na região de Bambuí).

Porém, mesmo após erradicar a transmissão do *T. cruzi* para os milhões de portadores crônicos da enfermidade de Chagas, ainda persistem inúmeros desafios, tais como: conviver com uma doença crônica estigmatizante, com potencial evolutivo, associada aos inúmeros problemas de ordem social e médico-trabalhista, como alto índice de recusa na avaliação médica pré-admissional ao emprego e de demissão associada à positividade sorológica (29), além das limitações funcionais e cognitivas que podem se instalar durante o processo de envelhecimento.

1.3 - Avaliação da Qualidade de Vida em Idosos

Avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios que apontem e indiquem fatores determinantes para o bem estar na velhice e para a longevidade com saúde.

1.3.1 - Doença de Chagas em Idosos e Qualidade de Vida

A qualidade de vida constitui-se na expressão utilizada para descrever a apreciação do indivíduo em relação a um conjunto de condições de vida, considerando-se fatores como saúde, educação, bem-estar físico, psicológico, emocional e mental, expectativa de vida, dentre outros. A qualidade de vida envolve também elementos como a relação do indivíduo com a família, amigos, emprego, ou ainda, outras circunstâncias da vida dependendo de cada indivíduo.

A ausência de um instrumento que permitisse avaliar a qualidade de vida “*per se*”, sob uma perspectiva internacional, fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazer essa avaliação em âmbito transcultural.

Assim, a OMS reuniu especialistas nas várias partes do mundo, que definiram qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (30). Projeta-se que, em 20 anos, serão 32 milhões (12). Segundo Camarano (7), projeções recentes indicam que o segmento idoso será responsável por quase 15% da população brasileira em 2020. Trata-se de um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

O WHOQOL foi desenvolvido utilizando um enfoque transcultural original. Primeiro, por envolver a criação de um único instrumento de forma colaborativa, simultaneamente, em diferentes centros. Desta forma, vários centros com culturas diversas participaram da operacionalização dos domínios de avaliação de qualidade de vida, da relação e seleção de questões, da derivação da escala de respostas e do teste de campo envolvidos nesta etapa. Com esta abordagem foi possível equacionar as dificuldades referentes à padronização, equivalência e tradução, à medida que se desenvolvia o instrumento. Para garantir que a colaboração fosse

genuinamente internacional, os centros foram selecionados de forma a incluir países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros.

O método WHOQOL utilizou uma entrada de dados interativa entre os que desenvolveram o instrumento. Isso permitiu que as impressões dos especialistas em qualidade de vida, bem como a visão dos pacientes e profissionais de saúde estivessem, contínua e repetidamente, influenciando o processo.

Finalmente, um cuidadoso método de tradução do instrumento – que envolveu não só a tradução e retrotradução, mas também a discussão em grupos focais da versão com pacientes, profissionais de saúde e membros da comunidade – permitiram a incorporação de várias sugestões às traduções.

Diferente da versão original do instrumento de avaliação da qualidade de vida - WHOQoL – 100, o WHOQoL-bref (2000). O *WHOQoL-bref* teve codificação conforme orientações do estudo de Fleck *et al.* (4). Os passos para verificar os dados e computar as facetas e os domínios da QV obtidos pelo *WHOQoL-bref* constituem-se de quatro domínios (físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente) com 24 facetas, distribuídas conforme apresentados a seguir:

Domínio I – Físico

- 1 - Dor e desconforto
- 2 - Energia e fadiga
- 3 - Sono e repouso
- 10 - Atividades da vida cotidiana
- 11 - Dependência de medicação ou de tratamentos
- 12 - Capacidade de trabalho

Domínio II – Psicológico

- 4 - Sentimentos positivos

5 - Pensar, aprender, memória e concentração

6 - Auto-estima

7 - Imagem corporal e aparência

8 - Sentimentos negativos

24 - Espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais

Domínio III – Relações Sociais

13 - Relações pessoais

14 - Suporte (apoio) social

15 - Atividade sexual

Domínio IV – Meio Ambiente

16 - Segurança física e proteção

17 - Ambiente no lar

18 - Recursos financeiros

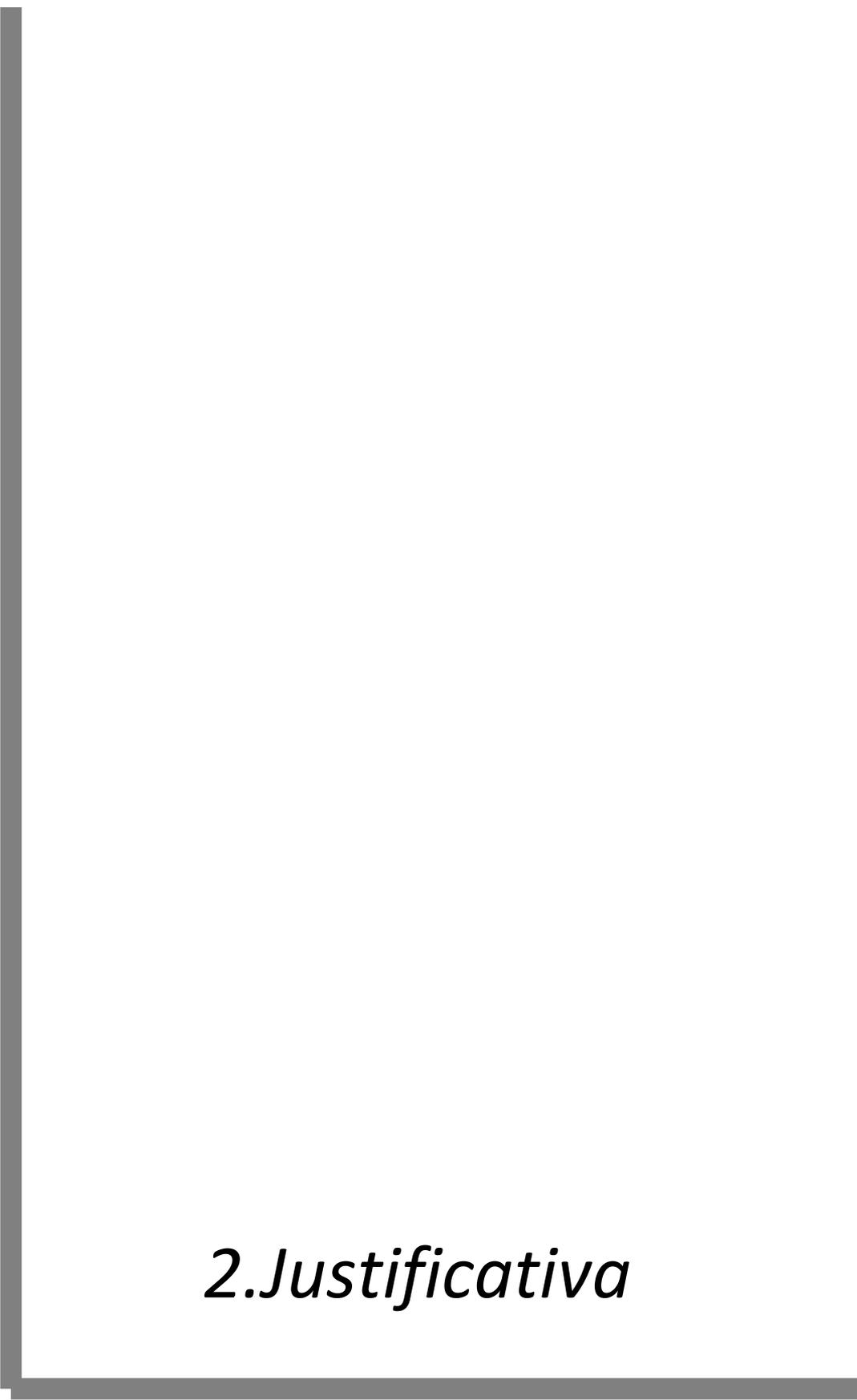
19 - Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

20 - Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

21 - Participação em e oportunidades de recreação/lazer

22 - Ambiente físico: (poluição / ruído / trânsito / clima)

23 - Transporte



2. Justificativa

A partir do momento em que a doença de Chagas deixa de ser um problema exclusivamente rural, tornando-se uma endemia urbana, encontramos um cenário discriminatório, em que indivíduos portadores dessa enfermidade se deparam com dificuldades de ordem médico-social e trabalhista, já que, ao buscar trabalho, acabam, na maioria das vezes, por detectar a doença num exame pré-admissional, não sendo aceitos e sendo encaminhados a buscar tratamento especializado de difícil acesso. A trajetória de sua vida profissional é refletida na sua instabilidade no mercado informal, chegando à velhice (60 anos ou mais) sem um suporte financeiro que lhe ofereça segurança e dignidade, dependendo de auxílio de Organizações Não-Governamentais (ONGs) e dos poucos recursos oferecidos pelas políticas públicas.

Particularmente, em nível previdenciário, o conhecimento de direitos e critérios para benefícios irá, sem dúvida, amenizar a situação de milhares de portadores da doença de chagas que permanecem à margem ou sem acesso a programas já existentes.

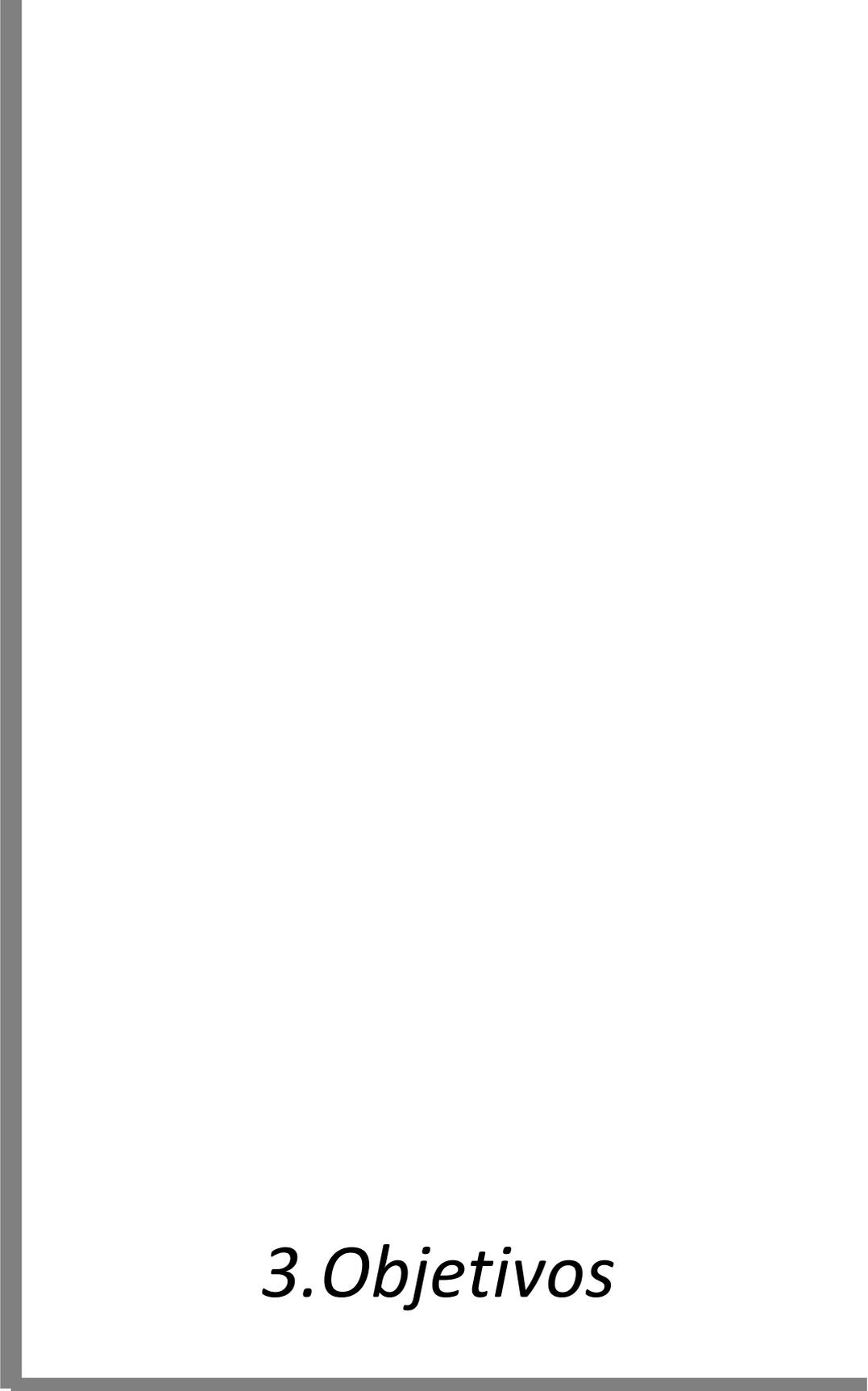
É preciso enfatizar, como o fizeram Amato Neto et al. (31), que os portadores desta enfermidade são cidadãos como todos os outros, com direito ao trabalho, a fim de obterem proventos para sustento familiar e bem-estar pessoal, sendo conveniente frisar que a eles não cabe culpa pela aquisição da moléstia. Por isso, particularidades que envolvem nexos com prerrogativas de vida desses indivíduos requerem análises e condutas apropriadas. Em consonância com essa proposição convém ressaltar a relevância de se avaliar a qualidade de vida dos portadores da doença de Chagas, que envelhecem em centros urbanos, em um contexto muitas vezes desfavorável, não apenas em relação à enfermidade infecciosa crônica, mas, também, em decorrência das características sociais e econômicas comumente associadas ao processo que deu origem a esta doença.

Na literatura, não há registros, até o momento, de dados que informem sobre a qualidade de vida de adultos e idosos portadores da doença de Chagas, embora, ainda hoje, exista um contingente bastante expressivo de indivíduos na condição de portadores crônicos desta moléstia com todos os agravos que a ela se associam.

Faz-se necessário, pois, uma pesquisa que responda a essa questão, para elaborar estratégias que tenham como meta minimizar as dificuldades enfrentadas pelos portadores da doença de Chagas que envelhecem há que se conhecer toda a problemática aí envolvida.

Neste contexto, o presente estudo teve como proposta abordar o tema da qualidade de vida de pacientes idosos portadores da Doença de Chagas, atendidos em Ambulatório de Referência no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Buscou-se, pois, investigar as relações entre qualidade de vida, gênero, idade, número de comorbidades e forma clínica da doença de Chagas.



3. Objetivos

3.1 - Objetivo Geral

1 - Avaliar a percepção de qualidade de vida nos domínios: físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente de pacientes adultos (entre 25 e 59 anos) e idosos (com 60 anos ou mais) portadores da doença de Chagas, assistidos 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-SP.

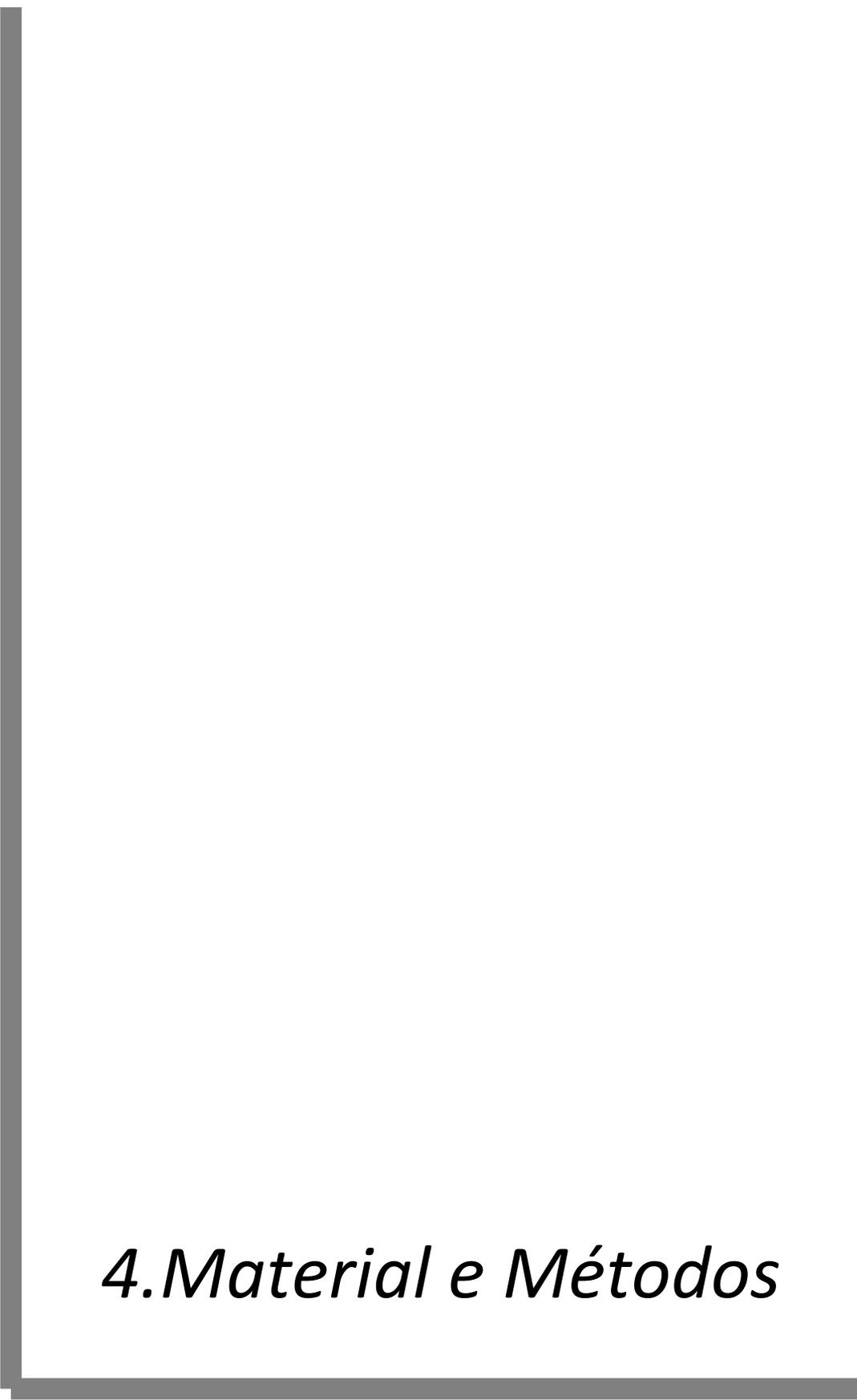
3.2 - Objetivos Específicos

1 - Avaliar a autopercepção da qualidade de vida nos domínios: físico, psicológico e das relações sociais e meio ambiente de adultos e idosos portadores da doença de Chagas, em associação com o gênero.

2 - Avaliar a autopercepção da qualidade de vida nos domínios: físico, psicológico e das relações sociais e do meio ambiente de adultos e idosos portadores da doença de Chagas, em associação com a variável forma clínica da doença (indeterminada, cardíaca, digestiva e mista).

3 - Avaliar a autopercepção da qualidade de vida nos domínios: físico, psicológico e das relações sociais e do meio ambiente de adultos e idosos portadores da doença de Chagas, em associação com o número de comorbidades.

Comparar, entre adultos e idosos portadores da doença de Chagas, a autopercepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e das relações sociais e do meio ambiente em associação com as variáveis: gênero, forma clínica e número de comorbidade



4. Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa.

4.1 Metodologia da Pesquisa

4.1.1 Recursos da Pesquisa

O estudo foi realizado através da aplicação de entrevistas, utilizando-se dados qualitativos e quantitativos que foram levantados com o recurso dos seguintes instrumentos: questionário WHOQOL–bref; questionários de coleta de dados sociodemográficos (sexo, idade) e dados clínicos (número de comorbidades e forma clínica da doença de Chagas). Os dados relativos à apresentação clínica dos entrevistados foram coletados a partir do registro feito por profissional médico nos prontuários dos pacientes na data da entrevista. A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2004 a fevereiro de 2006.

A classificação da forma clínica da doença de Chagas (32) seguiu a distribuição apresentada a seguir, adotada rotineiramente no Ambulatório do GEDoCh e que consta do prontuário de cada paciente matriculado nesse serviço.

I - Pacientes na forma crônica indeterminada (indivíduo assintomático; exame clínico normal; eletrocardiograma em repouso, RX-tórax e estudo radiológico do esôfago e cólon normais).

II - Pacientes na forma crônica determinada: cardíaca e/ou digestiva, com alterações de ritmo cardíaco e/ou distúrbio de condução e/ou queixa de dispnéia relacionada aos esforços e/ou cardiomegalia e/ou disfagia e/ou obstipação.

A pesquisa foi desenvolvida com os pacientes que demandam consulta médica no Ambulatório do Grupo de Estudos de Doenças de Chagas (GEDoCh) do Hospital de Clínicas da Unicamp (Campinas, São Paulo), após consentimento da coordenação desse serviço e aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM / Unicamp sob número 359/2005.

4.1.2 Sujeitos

Foram selecionados 202 pacientes de ambos os sexos, a partir da demanda do GEDoCH, divididos em dois grupos por faixa etária: o primeiro constituído por indivíduos com idade entre 25 a 59 anos, e outro com indivíduos a partir de 60 anos, que compareceram a esse Ambulatório, segundo agendamento previamente realizado pelos profissionais de saúde que integram esse serviço.

4.1.3 Critérios de inclusão

Foram os seguintes:

- a) ter pelo menos duas reações sorológicas positivas para infecção pelo *T. cruzi*;
- b) estar em seguimento ambulatorial no GEDoCh há pelo menos dois anos;
- c) ter idade igual ou superior a 25 anos;
- d) aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento após Esclarecimento;

4.1.4 Critério de exclusão

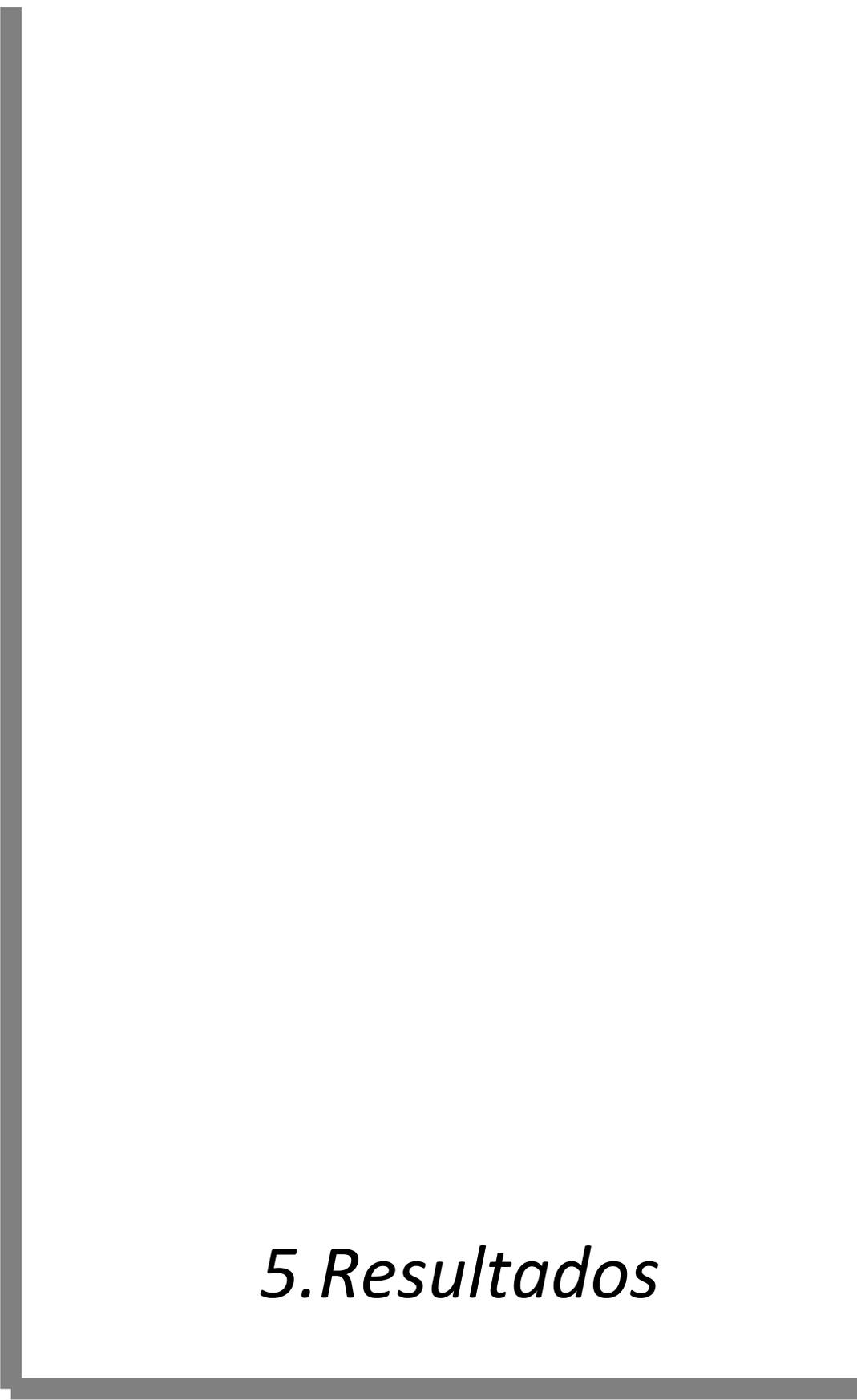
- a) ter sorologia duvidosa para doença de Chagas;
- b) apresentar descompensação do estado clínico;
- c) apresentar *déficit* cognitivo que dificultasse ou impedisse a compreensão das questões formuladas durante a entrevista;

4.2 Análise dos dados

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (gênero, idade, forma clínica e número de comorbidades), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (escores dos domínios de qualidade de vida), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação dos escores dos domínios de qualidade de vida entre as variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que cinco), após a categorização dos escores dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref pelos valores das medianas da amostra. Para analisar os fatores associados à menor ou baixa qualidade de vida foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada com critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

O nível de significância para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.



5. Resultados

Encontra-se, nesta seção, a análise descritiva das variáveis sócio-demográficas e clínicas (sexo, faixa etária, forma clínica da doença de Chagas e número de comorbidades) consideradas para os 202 indivíduos avaliados no presente estudo.

Tabela 1- Distribuição da população estudada segundo sexo, idade, forma clínica da doença de Chagas e número de comorbidades.

SEXO	IDADE (ANOS)		FORMA CLÍNICA DA DOENÇA DE CHAGAS	NÚMERO DE COMORBIDADES
FEMININO	109 53,96%	25-59 139 68,81%	CARDÍACA 135 66,83%	0 74 36,63%
MASCULINO	93 46,04%	≥ 60 63 31,19%	DIGESTIVA 23 11,39%	1 A 2 100 49,50%
			INDETERMINADA 44 21,78%	≥ 3 28 13,86%

Tabela 2 - Valores da pontuação de cada um dos domínios da escala WHOQOL-bref na população estudada.

DOMÍNIOS DA ESCALA WHOQOL-BREF	MÉDIA	DESVIO- PADRÃO	MÍNIMO	MEDIANA	MÁXIMO
FÍSICO	55,99	16,02	10,71	57,14	96,43
PSICOLÓGICO	60,83	14,98	12,50	62,50	91,67
SOCIAL	67,62	15,99	25,00	66,67	100,00
AMBIENTAL	52,86	11,78	2,88	53,13	84,38

Considerando-se, na população estudada, os valores da pontuação da escala WHOQOL-bref para os domínios físico, psicológico e das, relações sociais e meio ambiente, os resultados encontram-se na tabela 2..

Tomando-se a mediana para a pontuação de cada um dos quatro domínios da escala que avaliava percepção da qualidade de vida, classificou-se como pontuação alta os valores maiores que a mediana, considerando-se pontuação baixa os valores iguais ou inferiores à mediana. (Tabela 2).

Desta forma, comparando-se a pontuação entre as variáveis categóricas, verificou-se significância no domínio físico para os indivíduos classificados nas formas cardíaca (52,59%) e digestiva (56,52%) que apresentavam baixa pontuação em relação aos que se encontravam na forma indeterminada (77,27%) e que tinham pontuação alta ($p = 0,002$); também se observou que 62,16% dos que não apresentavam nenhuma comorbidade tinham pontuação mais alta em relação a 67,86% dos que tinham três ou mais comorbidades com pontuação abaixo da mediana ($p = 0,025$). No domínio psicológico, houve associação significativa ($p = 0,008$) entre pontuação baixa e classificação nas formas cardíaca (57,78%) e digestiva (60,87%) em comparação com pontuação alta e classificação na forma indeterminada (68,18%). O mesmo se encontrou no domínio das relações sociais com 57,78% dos classificados na forma clínica cardíaca e 69,97% dos classificados na forma digestiva apresentando pontuação baixa, sendo que 61,36% dos classificados na forma indeterminada tiveram pontuação alta ($p = 0,028$). A associação entre gênero feminino (63,30%) e pontuação baixa em comparação ao gênero masculino (51,61%) e pontuação alta mostrou-se estatisticamente significativa ($p = 0,033$) no domínio do meio ambiente. (Tabelas 3,4,5 e 6)

Tabela 3 – Comparação das variáveis Forma Clínica e Número de Comorbidades em relação à pontuação Alta e Baixa no Domínio Físico.

FORMA CLÍNICA	DOMÍNIO FÍSICO	
	<i>Alta</i>	<i>Baixa</i>
($p = 0,002$)		
Cardíaca	64 (47,41%)	71 (52,59%)
Digestiva	10 (43,48%)	13 (56,52%)
Indeterminada	34 (77,27%)	10 (22,73%)
NÚMERO DE COMORBIDADES		

(p = 0,025)	DOMÍNIO PSICOLÓGICO	
	<i>Alta</i>	<i>Baixa</i>
0	46 (62,16%)	28 (37,84%)
1 A 2	53 (53,00%)	47 (47,00%)
≥ 3	09 (32,14%)	19 (67,86%)

Tabela 4– Comparação da variável Forma Clínica em relação à pontuação Alta e Baixa no Domínio Psicológico.

FORMA CLÍNICA	DOMÍNIO PSICOLÓGICO	
	<i>Alta</i>	<i>Baixa</i>
(p = 0,008)		
Cardíaca	57 (42,22%)	78 (57,78%)
Digestiva	09 (39,13%)	23 (60,87%)
Indeterminada	30 (68,18%)	14 (31,82%)

Tabela 5– Comparação da variável Forma Clínica em relação à pontuação Alta e Baixa no Domínio Social.

FORMA CLÍNICA	DOMÍNIO SOCIAL	
	<i>Alta</i>	<i>Baixa</i>
(p = 0,028)		
Cardíaca	57 (42,22%)	78 (57,78%)
Digestiva	07 (30,42%)	16 (69,57%)
Indeterminada	27 (61,36%)	17 (38,63%)

Tabela 6– Comparação da variável Gênero em relação à pontuação Alta e Baixa no Domínio Ambiental.

GÊNERO (p = 0,033)	DOMÍNIO SOCIAL	
	<i>Alta</i>	<i>Baixa</i>
Feminino	40 (36,70%)	69 (63,30%)
Masculino	48 (51,61%)	45 (48,39%)

Pelos resultados, verificou-se pior percepção da qualidade de vida em nível físico para os portadores da forma cardíaca ou digestiva da doença, assim como para os que tinham maior número de comorbidades. No domínio psicológico e social também se constatou pior avaliação da qualidade de vida entre os cardiopatas e os acometidos pela forma digestiva da enfermidade de Chagas. No nível ambiental, a pior avaliação da qualidade de vida mostrou-se associada ao gênero feminino. Em nenhum dos domínios obteve-se diferença na percepção da qualidade de vida em relação à faixa etária.

A análise de regressão logística univariada e multivariada mostrou correlação entre as formas clínicas cardíaca ($p < 0,001$) e digestiva ($p = 0,007$) da doença de Chagas com baixa pontuação na escala WHOQOL-bref para o domínio físico. Também se verificou associação estatisticamente significativa entre maior número de doenças associadas (≥ 3) e baixa pontuação para qualidade de vida ($p = 0,008$). Não se constatou correlação entre faixa etárias (25 a 59 anos e ≥ 60 anos, $p = 0,263$) e gêneros (masculino e feminino, $p = 0,354$). Os dados relativos às correlações estatisticamente significativas encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7– Variáveis que apresentaram correlação com baixa pontuação para qualidade de vida no Domínio Físico.

Variáveis Seleccionadas	Categorias	Valor-P	OR*	IC 95% OR**
	Indeterminada		1,00	---
Forma clínica	Cardíaca	<0,001	3,77	1,73 – 8,24
	Digestiva	0,007	4,42	1,49 – 13,08
	0		1,00	---
Número de Comorbidades	1 A 2	0,228	1,46	0,79 – 2,69
	≥ 3	0,008	3,47	1,38 – 8,72

*Grupos: alta pontuação na escala de qualidade de vida (n = 108); baixa pontuação na escala de qualidade de vida (n = 94). Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. ** OR = Razão de Risco para pior percepção de qualidade de vida; IC = Intervalo de 95% de Confiança para OR

Pelos resultados, verificou-se que os pacientes com maior risco de pior percepção da qualidade de vida no domínio físico foram conjuntamente: os portadores da forma cardíaca (com 3,77 vezes mais risco que os classificados na forma indeterminada) ou digestiva da moléstia de Chagas (com 4,42 vezes mais risco que os da forma indeterminada), assim como aqueles com três ou mais comorbidades (com 3,47 vezes mais risco que os que não apresentavam nenhuma comorbidade).

No domínio psicológico, a análise de correlação univariada e multivariada mostrou significância estatística apenas quando se considerou as formas clínicas cardíaca (p = 0,003) e digestiva (p = 0,025) conforme evidenciado na Tabela 8. Não se verificou significância estatística para faixas etária (p = 0,372), gênero (p = 0,955) e número de comorbidades (1 a 2, p = 0,570; ≥ 3, p = 0,278).

Tabela 8– Variável que apresentou correlação com baixa pontuação para qualidade de vida no Domínio Psicológico.

Variável Seleccionada	Categorias	Valor-P	OR*	IC 95% OR**
	Indeterminada		1,00	---
Forma clínica	Cardíaca	0,003	2,93	1,43 – 6,03
	Digestiva	0,025	3,33	1,17 – 9,53

*Grupos: alta pontuação na escala de qualidade de vida (n = 108); baixa pontuação na escala de qualidade de vida (n = 94). Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. ** OR = Razão de Risco para pior percepção de qualidade de vida; IC = Intervalo de 95% de Confiança para OR.

Constatou-se, portanto, em nível do domínio psicológico, que os pacientes com maior risco de pior apreciação da qualidade de vida foram os que se classificavam na forma cardíaca (com 2,93 vezes mais risco que os da forma indeterminada) ou digestiva da enfermidade de Chagas (com 3,33 vezes mais risco que os da forma indeterminada).

Também no domínio das relações sociais, obteve-se significância apenas para a correlação entre as formas cardíaca (p = 0,029) e digestiva (p = 0,019) da enfermidade de Chagas e a pontuação baixa na escala de qualidade de vida, conforme mostra a Tabela 9.

Tabela 9– Variável que apresentou correlação com baixa pontuação para qualidade de vida nas relações dos domínios Sociais..

Variável Seleccionada	Categorias	Valor-P	OR*	IC 95% OR**
	Indeterminada		1,00	---
Forma clínica	Cardíaca	0,029	2,17	1,80 – 4,36
	Digestiva	0,019	3,63	1,24 – 10,64

*Grupos: alta pontuação na escala de qualidade de vida (n = 108); baixa pontuação na escala de qualidade de vida (n = 94). Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. ** OR = Razão de Risco para pior percepção de qualidade de vida; IC = Intervalo de 95% de Confiança para OR.

Pode-se constatar que os pacientes com maior risco de pior avaliação da qualidade de vida no domínio das relações sociais foram os portadores de

cardiopatia (2,17 vezes mais risco que na forma indeterminada) e os portadores da forma digestiva (3,63 vezes mais risco que na forma indeterminada).

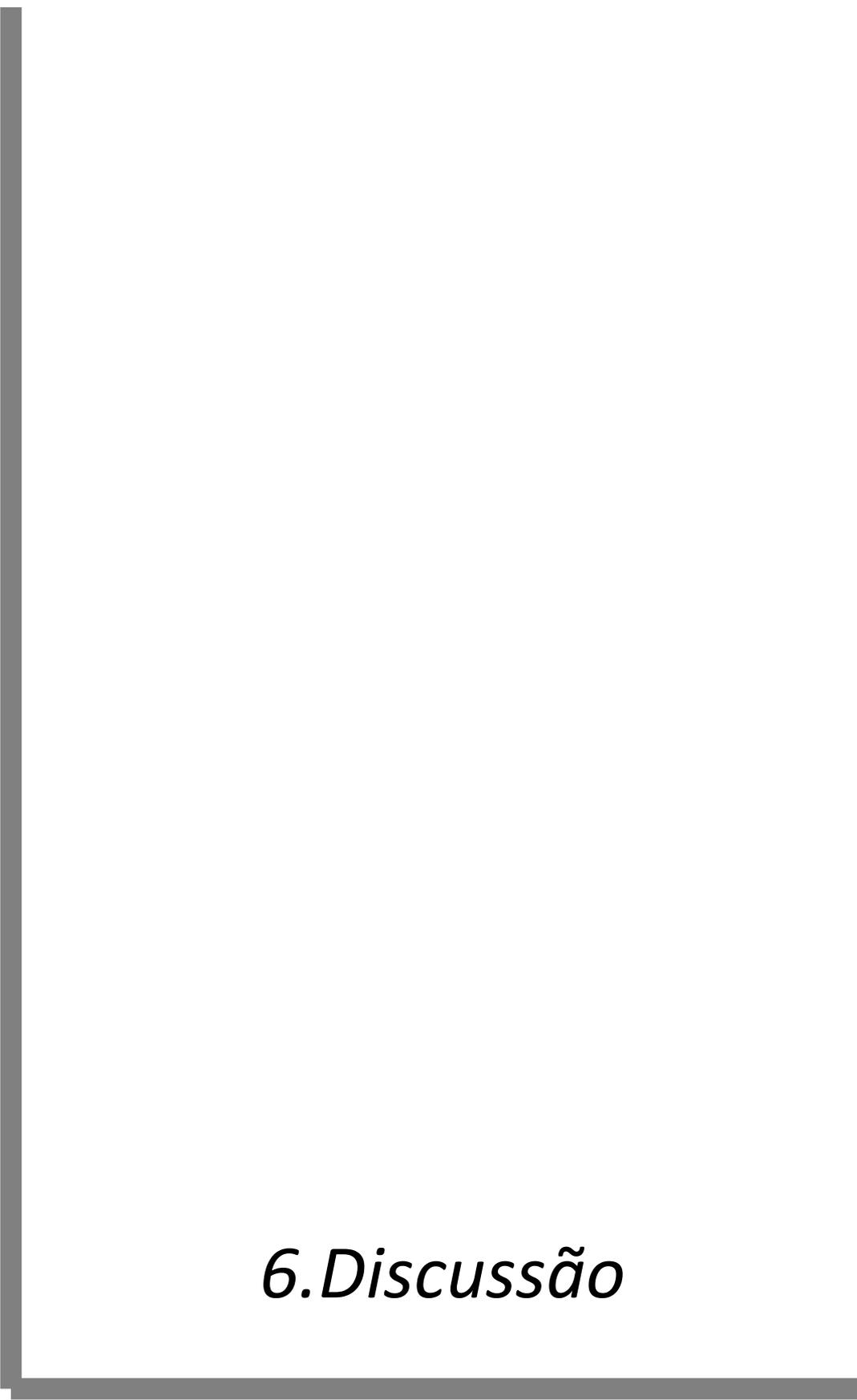
Finalmente, no domínio do meio ambiente foi a variável gênero que apresentou correlação significativa com pior percepção da qualidade de vida, sendo que nas mulheres encontrou-se um risco 1,84 vezes maior para essa referência em relação aos homens ($p = 0,034$).

Tabela 10– Variável que apresentou correlação com baixa pontuação para qualidade de vida no Domínio das relações do meio Ambiente.

Variável Seleccionada	Categorias	Valor-P	OR*	IC 95% OR**
Gênero	Masculino		1,00	---
	Feminino	0,034	1,84	1,05 – 3,23

*Grupos: alta pontuação na escala de qualidade de vida ($n = 108$); baixa pontuação na escala de qualidade de vida ($n = 94$). Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. ** OR = Razão de Risco para pior percepção de qualidade de vida; IC = Intervalo de 95% de Confiança para OR.

Avaliando as pontuações da escala WHOQOL-bref conforme o valor da mediana (alta e baixa) nos dois grupos constituídos por faixa etária (adultos e idosos), não se encontrou diferença estatisticamente significativa na comparação desses grupos para nenhuma das variáveis estudadas, em nenhum dos quatro domínios dessa escala de qualidade de vida.



6. Discussão

Quando se considera a população, em geral, o processo de envelhecimento é, hoje, um fenômeno proeminente, que ocorre em níveis sem precedentes, principalmente nos países em desenvolvimento. O Brasil caminha, a passos largos, rumo a um novo padrão demográfico com predomínio do crescimento de população de idosos (33).

Por outro lado, a associação de uma enfermidade infecciosa crônica como a doença de Chagas ao processo de envelhecimento dos portadores da mesma merece especial ênfase. Somado ao declínio que ocorre com o avanço da idade, o processo de envelhecer com doença de Chagas pode ter especificidades que precisam ser melhor conhecidas. .

Segundo o Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (34), essa enfermidade apresenta as seguintes formas clínicas: indeterminada, cardíaca e digestiva. Classificam-se na forma indeterminada os pacientes soropositivos ou com exame parasitológico positivo para *T.cruzi*, que não apresentam quadro sintomatológico próprio da doença, além de eletrocardiograma de repouso, estudo radiológico de tórax, esôfago e cólon normais. Na cardiopatia, a presença de alterações eletrocardiográficas é o elemento fundamental que caracteriza o comprometimento cardíaco presente na doença de Chagas, podendo ou não se associar ao déficit da função contrátil do coração por destruição das fibras musculares cardíacas. A forma digestiva que, em princípio, pode acometer todos os órgãos do trato gastrointestinal, manifesta-se, principalmente, pelo acometimento do esôfago e do intestino grosso, levando ao aparecimento de megaesôfago e megacólon, respectivamente.

Os indivíduos idosos portadores da doença de Chagas apresentam, no seu processo de envelhecimento, as conseqüências da evolução de uma doença infecciosa com comprometimento cardíaco e digestivo, que pode se associar às doenças crônico-degenerativas muito mais comuns na velhice do que em qualquer outra etapa da vida. Portanto, com o envelhecimento, podem se somar às outras perdas já vivenciadas pelos portadores da enfermidade de Chagas, aquelas que se verificam, freqüentemente, na velhice.

No presente estudo foram avaliados 202 adultos e idosos portadores da doença de Chagas, sendo 109 (53,9%) do sexo feminino e 93 (46,01%) do sexo masculino. Além disso, nesse estudo 68,81% dos avaliados tinham idade entre 25 a 59 anos e 31,19% tinham idade igual ou maior que 60 anos. Em relação à forma clínica da doença de Chagas, nessa população observou-se que a forma cardíaca estava presente em 66,83% e a digestiva em 11,39%. Considerando-se que esses pacientes foram recrutados a partir da demanda de atendimento ambulatorial em um serviço vinculado a um hospital universitário, verifica-se que a distribuição dos mesmos quanto à faixa etária e gênero é similar ao que foi encontrando por Bozelli et.al. (35) em pacientes chagásicos assistidos no ambulatório em hospital universitário de Maringá (PR). Esses autores também encontraram predomínio de mulheres (26 em 40), e da faixa etária de 20 a 60 anos (32 em 40).

Entretanto, em relação à forma clínica, esses autores encontraram predomínio da forma indeterminada (47,5%) sobre a cardíaca (37,5%) e digestiva (7,5%), registrando, também, ocorrência da forma mista (associação da cardíaca e digestiva) em 3,75% dos casos. No presente trabalho, verificou-se evidente predomínio da cardiopatia (66,83%) sobre a forma indeterminada (21,78%) e digestiva (11,39%). Essa diferença na distribuição das formas clínicas, nesses dois serviços, provavelmente se relacione ao sistema de referência e contra-referência adotado pelo GEDoCh. A partir desse, os pacientes classificados na forma indeterminada são encaminhados para acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas e região, havendo maior concentração de pacientes nas formas clínicas mais graves nesse ambulatório (36).

Em relação às comorbidades verificadas em idosos portadores da doença de Chagas, recentemente, Alves (37), estudando 90 chagásicos com idade igual ou superior a 60 anos, constatou menor concentração de doenças associadas (até três) em 60 idosos (66,7%). A presença de quatro ou mais enfermidades por indivíduo agrupou 30 pessoas, perfazendo 33,3% do total. Em relação ao tipo de doenças cujo diagnóstico foi registrado nesse estudo, encontrou-se o seguinte: hipertensão arterial (56,7%), osteoporose (23,3%), osteoartrite (21,2%), dislipidemia (20,0%), cardiopatia isquêmica, diabetes mellitus e síndrome dispéptica não relacionada à forma digestiva da doença de Chagas em igual proporção (10,0%), além de insuficiência cardíaca e hipotireoidismo com percentual de 7,78% cada. Outros diagnósticos

foram encontrados em menor proporção, tais como: transtornos depressivos (6,7%), insuficiência venosa periférica (6,1%), obesidade (5,6%), doença encéfalo-vascular (4,4%), catarata (4,1%), doença pulmonar obstrutiva crônica (3,3%) dentre outros.

Ainda no estudo de Alves (37), relacionando-se as comorbidades com a autopercepção de saúde desses mesmos indivíduos, verificou-se que os idosos que apresentavam menos de quatro doenças associadas obtiveram maior proporção de avaliação boa, muito boa (31,7%) quando comparados àqueles com quatro ou mais morbidades (20,0%). Entretanto, para a autopercepção ruim, muito ruim não houve diferença percentual significativa. A autora também evidenciou que 44,4% dos idosos na forma indeterminada da doença de Chagas apresentavam uma auto-avaliação da saúde boa, muito boa, cifra idêntica à avaliação razoável (44,4%), sendo baixo nesse grupo o percentual de percepção ruim, muito ruim (11,2%). Depois da forma indeterminada, os idosos que se encontravam na forma cardíaca avaliaram sua saúde como boa, muito boa em 33,3%. Já os idosos com pior avaliação da saúde (ruim, muito ruim) apresentavam a forma digestiva da doença em 25% como neste estudo.

Considerando que a percepção da própria saúde é um dos componentes da avaliação que a pessoa faz da qualidade de sua vida, pode-se depreender que para os portadores da doença de Chagas, as apresentações clínicas mais graves da moléstia, bem como a associação de outras enfermidades crônicas pode contribuir para uma pior percepção da qualidade de vida.

No presente estudo, apenas 36,63% dos indivíduos avaliados não apresentavam nenhuma doença associada, sendo que 13,86% tinham três ou mais comorbidades. Essa condição ganha particular relevância quando se considera que essas tendem a aumentar com o avançar da idade, podendo associar-se às respectivas complicações, comprometer a capacidade funcional, a independência e a autonomia dos idosos (38), o que pode se refletir na piora da percepção da qualidade de vida daqueles que estão envelhecendo na condição de portadores da doença de Chagas.

Quando se considerou a avaliação da qualidade de vida da população em estudo, em cada um dos domínios que constituem o WHOQOL-bref, verificou-se que

o domínio do meio ambiente obteve a pontuação mais baixa, seguido pelo físico, psicológico e, finalmente, das relações sociais. Sabe-se que o domínio do meio ambiente refere-se aos seguintes itens: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação em oportunidades de recreação, lazer; ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima); transporte.

Ora, Lima-Costa et al. (39), estudando as condições clínicas e sócio-econômicas de idosos chagásicos e não chagásicos em um município (Bambuí, MG) que fora anteriormente endêmico para infecção pelo *T. cruzi*, constataram que os que tinham sorologia positiva para essa infecção, comparados aos soronegativos, eram os que apresentavam escolaridade mais baixa, bem como menor renda familiar, além de maior referência à antecedente positivo para outras condições mórbidas crônicas, níveis de pressão arterial sistólica e diastólica mais elevados e índice de massa corporal mais baixo. Esses achados confirmam que os idosos chagásicos, além de um risco maior de deterioração física, também estão mais sujeitos à condição mais precária decorrente de menor disponibilidade de recursos financeiros e de acesso a informações, o que, no presente trabalho, se expressa em pior apreciação da qualidade de vida na esfera do meio ambiente.

Levando-se em conta que o domínio físico na Escala WHOQOL-bref está associado à avaliação de: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho, é possível considerar a menor pontuação nessa esfera da qualidade de vida esteja relacionada à condição clínica deficitária da população em estudo, que apresenta elevada proporção de cardiopatas (66,83%) e de pacientes com mais de uma enfermidade crônica (63,37%), o que também pode requerer maior uso regular de medicações e de consultas em serviços de saúde e ou de internações hospitalares. No já mencionado estudo de Alves (37), verificou-se o uso diário de até quatro medicamentos em 74,4% dos idosos portadores da doença de Chagas pesquisados, com média de $3,522 \pm 1,967$ e mediana de 3,500. Foi relatado o uso de até 10 medicamentos por dia; apenas um paciente, (1,1%) dos entrevistados não utilizava nenhum medicamento. Referente a internações hospitalar

a pesquisa apresenta 17,8% dos idosos haviam sido submetidos à pelo menos uma, ano anterior.

No domínio psicológico são considerados os itens: sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais. Nessa avaliação, esse domínio obteve pontuação melhor que os dois anteriores. Entretanto, em estudo realizado por Ozaki (38), com 110 pacientes portadores da doença de Chagas adultos e idosos, avaliados através do Inventário Beck de Depressão, encontrou-se algum nível de sintomas depressivos em 35% dos homens e 47% das mulheres. Dentre os portadores da cardiopatia chagásica, 46% tinham evidência de sintomas depressivos. Na forma digestiva, essa percentagem era de 64%. Por outro lado, na forma indeterminada, 86% não apresentavam evidência de sintomas depressivos. Entretanto, no estudo atual verificou-se que, mesmo frente a eventuais alterações psíquicas que possam estar presentes nessa população, e que não foram objeto de avaliação, a percepção dos pacientes quanto à qualidade de vida nesse domínio foi melhor que o verificado para a esfera do meio ambiente e física.

Finalmente, o domínio melhor avaliado por essa população de portadores da doença de Chagas foi o das relações sociais. Mesmo que se considere que, à semelhança de outros estudos como o de Lima-Costa et al. (6), avaliando pacientes adultos idosos portadores de doença de Chagas em área previamente endêmica, e de Alves (37), avaliando idosos portadores da doença de Chagas, que estão em seguimentos num serviço de referência. Também esses pacientes pertençam a estratos sociais com maior deficiência, outros recursos, nesse nível, devem lhes proporcionar uma apreciação mais positiva de sua qualidade de vida. Com efeito, no instrumento utilizado, o domínio das relações sociais refere-se a: relações pessoais; suporte ou apoio social; atividade sexual. Pode-se supor que esses pacientes se sintam melhor contemplados quanto ao apoio que lhes é oferecido por parte de familiares e dos serviços de saúde em que são assistidos. Em pesquisa realizada por Alberte (40), idosos seguidos em ambulatório de geriatria vinculado a hospital público universitário, com renda e escolaridade baixas, não apresentavam diferença significativa na avaliação do domínio das relações sócias, em relação a idosos que frequentavam atividades esportivas, de recreação e cultura desenvolvidas no

Serviço Social do Comércio de Campinas (SP) e que tinham renda e escolaridade mais altas. Segundo a pesquisadora, esse achado estava relacionado ao fato de que 85,42% dos idosos do primeiro grupo moravam com familiares ou pessoas próximas, enquanto 34,48% dos idosos do segundo grupo viviam sós, considerando-se que a condição de morar acompanhado pode traduzir-se em maior suporte para as demandas desse segmento da população, inclusive na área da saúde. Entretanto, os dados coletados no presente estudo não permitem confirmar tal suposição.

Comparando-se os dados sobre avaliação da qualidade de vida obtidos nesse trabalho com dados da literatura, tratando de portadores da doença de Chagas e de não portadores dessa enfermidade, encontraram-se vários relatos que merecem destaque. Amato et al.(31), estudando os portadores de doença Chagas submetidos ao transplante de coração em decorrência da falência cardíaca, evidenciaram que os mesmos referiam melhora quanto à capacidade funcional e de perspectiva de vida após esse procedimento. Mais recentemente, Vilas Boas et al. (41) também evidenciaram melhora na percepção da qualidade de vida em chagásicos submetidos ao tratamento com implante de células-tronco por insuficiência cardíaca.

Avaliando a percepção da qualidade de vida de transplantados renais com o mesmo instrumento empregado nessa pesquisa, Bittencourt et al. (42) detectaram melhor avaliação tanto no domínio físico como psicológico para os pacientes com enxerto funcionante, não se verificando o mesmo para os domínios das relações sociais e do meio ambiente. Martins e Cezarino (43) avaliaram 125 pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise, mediante o Questionário Genérico de Qualidade de Vida (SF-36) e concluíram que aquelas submetidas a maior tempo de hemodiálise apresentavam menor desempenho nas atividades cotidianas: trabalho, atividades domésticas e atividades práticas.

Esses estudos referem-se à avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de doenças crônicas, dos pacientes portadores da doença de Chagas ou não, após uma intervenção terapêutica, com resposta favorável ou desfavorável do ponto de vista da qualidade de vida dos mesmos. Não foi esse o objetivo da presente pesquisa, entretanto, esse tipo de avaliação pode ser de fundamental importância na escolha e operacionalização dos procedimentos terapêuticos que se queira propor para esses pacientes.

Quando se avaliou, no domínio físico, a relação entre a pontuação obtida (alta ou baixa) com a forma clínica da doença de Chagas e o número de comorbidades, constatou-se que os pacientes classificados na forma indeterminada apresentavam melhor percepção da qualidade de vida quando comparados aos portadores da forma cardíaca e digestiva. Além disso, também nesse domínio se observou pior avaliação da qualidade de vida quando comparados os que apresentavam maior número de doenças associadas (≥ 3) com os que não tinham registro de comorbidades. Constatou-se, pois, que os indivíduos que apresentavam condição clínica mais precária (formas clínicas mais graves da moléstia de Chagas; maior número de doenças associadas) também tinham uma apreciação mais negativa de sua qualidade de vida em nível físico. Esse achado coaduna-se com o que foi verificado no estudo de Bittencourt et. al. (42), quando eles constataram que os transplantados renais que estavam em condição clínica mais precária associada à perda do enxerto, seguida de necessidade de retorno ao tratamento dialítico, eram também os que tinham pior avaliação no domínio físico da Escala WHOQOL-bref.

Entre as doenças mais comumente associadas à enfermidade de Chagas, a literatura destaca a hipertensão arterial, tanto nos idosos como entre os adultos (26, 36, 37). Essa associação merece destaque ao se considerar o potencial mórbido que a mesma apresenta particularmente para o aparelho cardiovascular. Naturalmente, danos decorrentes desse tipo de acometimento podem acarretar déficit funcional e cognitivo, o que certamente interfere na avaliação da qualidade de vida dos seus portadores.

No domínio psicológico, ao se avaliar a associação entre valor da pontuação na Escala WHOQoL-bref e forma clínica da doença da Chagas, constatou-se que, à semelhança do ocorrido no domínio físico, a pontuação baixa estava relacionada à classificação nas formas cardíaca e digestiva quando comparadas à forma indeterminada. Porém, não se encontrou associação entre o diagnóstico de doenças associadas e pontuação baixa nesse domínio.

Uchoa et al. (44), investigando o universo de representações e comportamentos associados à doença de Chagas, em trabalhadores chagásicos, constataram que os mesmos, quando interrogados sobre as repercussões mais importantes da enfermidade em suas vidas, fizeram referência, particularmente, a

questões psicológicas e trabalhistas, entre as quais se destacou certa apreensão que transformava a vida do indivíduo. Em 2005, Hueb e Loureiro (45) fizeram uma análise crítica da literatura que versava sobre a associação entre doença de Chagas e o funcionamento cognitivo e psicossocial dos seus portadores e evidenciaram que os estudos, embora se valendo de instrumentos distintos, detectaram múltiplos prejuízos psicossociais relacionados a essa enfermidade. Avaliando os portadores de doença de chagas sintomáticos e assintomáticos, Mota et al. (46) constataram que a presença de sintomas era fator de risco para o desenvolvimento de desesperança e dificuldades emocionais, além de relacionar-se com diminuição da tenacidade e da inovação. Mais recentemente, Ozaki (38) encontrou evidências de sintomas depressivos em pacientes portadores da doença de Chagas nas formas cardíaca e digestiva significativamente mais elevadas do que naqueles classificados na forma indeterminada da doença. Constata-se, pois, uma consonância entre os dados da literatura e os achados do presente trabalho, no qual os pacientes com doença de Chagas com as formas determinadas da doença (cardíaca, digestiva)., E que, certamente, apresentam sintomas em graus variados (que podem estar associados à limitação da capacidade funcional e do desempenho de suas atividades habituais), referiram pior avaliação da qualidade de suas vidas na esfera psicológica, quando confrontados com os pacientes portadores da doença de Chagas classificados na forma indeterminada e que, por definição, não apresentam sintomas relacionados à doença.

Também nesse estudo, verificou-se que, no domínio das relações sociais, os pacientes classificados nas formas cardíaca e digestiva tiveram pontuação significativamente mais baixa que os da forma indeterminada. Nos três domínios (físico, psicológico e das relações sociais), entre as avaliações negativas, a proporção de pacientes classificados na forma digestiva foi mais elevada do que os classificados na forma cardíaca (56,52% versus. 52,59% no domínio físico; 60,87% versus. 57,87% no domínio psicológico; 69,57% versus. 57,78% no domínio das relações sociais). Além disso, observou-se que a proporção de pacientes da forma digestiva que avaliaram positivamente sua qualidade de vida foi bastante baixa no domínio das relações sociais, constituindo-se na menor em relação aos domínios anteriores (43,48% no domínio físico; 39,13% no domínio psicológico; 30,42% no domínio das relações sociais). Essa avaliação negativa pode ser associada à

insatisfação dos pacientes quanto às relações pessoais com familiares e pessoas próximas, visto que a prática das refeições comuns constitui-se em uma das estratégias de fortalecimento desse tipo de vínculo e o portador da forma digestiva da moléstia de Chagas, freqüentemente, apresenta dificuldades para alimentar-se.

Além dessa possibilidade, é preciso considerar como propõe Ozaki (38), que na evolução da forma digestiva na doença de Chagas, podem ocorrer sintomas e sinais clínicos que limitam a ingestão de alimentos e contribuem para desencadear sintomas depressivos, tais como dificuldade de deglutição, pirose, regurgitação, constipação intestinal progressiva, distensão abdominal, entre outros. Essas manifestações, além do próprio quadro depressivo, podem contribuir para o isolamento social e a deterioração das relações sociais.

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao tratamento proposto na forma digestiva da moléstia de Chagas. Segundo Kamiji e Oliveira (47), que avaliaram 135 prontuários de portadores de megaesôfago e megacólon, entre 377 chagásicos, constatou-se que, entre os que tinham acometimento esofágico, a percentagem de pacientes com queixa de disfagia era praticamente idêntica entre os submetidos à cirurgia e os que haviam sido tratados clinicamente, o que indica não ter havido benefício evidente para esses pacientes após um procedimento invasivo e de risco. Por outro lado, o tratamento do megacólon chagásico é considerado eminentemente cirúrgico, o qual é, no entanto, sabidamente passível de complicações de diferentes graus de gravidade. Dessa forma, as opções terapêuticas disponíveis para os portadores da forma digestiva da doença de Chagas não oferecem a melhora sintomatológica desejada pelos pacientes, o que implica em repercussão negativa na qualidade de vida dos mesmos. Entretanto, esse aspecto não pode ser adequadamente considerado na presente pesquisa, pois a terapêutica não foi objeto de avaliação na mesma.

No domínio do meio ambiente, constatou-se que o gênero feminino associou-se à pontuação mais baixa na Escala WHOQOL-bref (63,30% para as mulheres contra 48,39% para os homens). Anteriormente, em um estudo sobre a caracterização da doença de Chagas quanto à categoria gênero, Orosz et al. (48) estudaram mulheres e homens chagásicos assistidos em ambulatório de hospital universitário e constataram pior apresentação clínica entre as mulheres. Esse

achado foi atribuído pelos autores à via de encaminhamento das pacientes, originárias predominantemente de outros ambulatórios do próprio hospital e bastante distinta dos homens, que eram encaminhados, majoritariamente, de serviços de hemoterapia, ao doarem sangue, ou por médicos de empresas, ao se submeterem à avaliação pré-admissional, encontrando-se, pois, em melhor condição clínica.

Portanto, mesmo que na literatura se considere o sexo masculino como fator de pior prognóstico na doença de Chagas (8,27), à custa do comprometimento cardíaco, outros fatores ligados ao gênero, tal como disponibilidade de atendimento em serviços de saúde, podem influenciar na apresentação clínica e evolução das mulheres portadoras da doença de Chagas. Ora, esses fatores são contemplados pela avaliação da qualidade de vida no domínio do meio ambiente. da Escala WHOQOL-bref, que tem uma questão específica sobre acesso a serviços de saúde sendo a questão de número 24.. Dessa forma, pode-se supor que nessa população de portadores da doença de chagas, a pior avaliação da qualidade de vida no domínio ambiental reflete as dificuldades relacionadas ao gênero feminino nessa esfera, entre as quais se destacam recursos financeiros, acesso a cuidados de saúde e sociais e oportunidade de adquirir novas informações.

Corroborando essa interpretação, constata-se que o efeito do gênero feminino em relação à percepção da qualidade de vida na esfera ambiental já foi apresentado na literatura em mulheres não portadoras da doença de Chagas. Cárdenas (49) avaliou mulheres de baixa renda com trabalho remunerado e com trabalho doméstico, por meio do WHOQOL-bref, constatando que o domínio com pior avaliação foi justamente o do meio ambiente. Pereira et al. (8), avaliando idosos com baixa renda e escolaridade, verificaram, entre as mulheres, menor pontuação nos domínios físico, psicológico e do meio ambiente da Escala WHOQOL-bref em comparação com os homens.

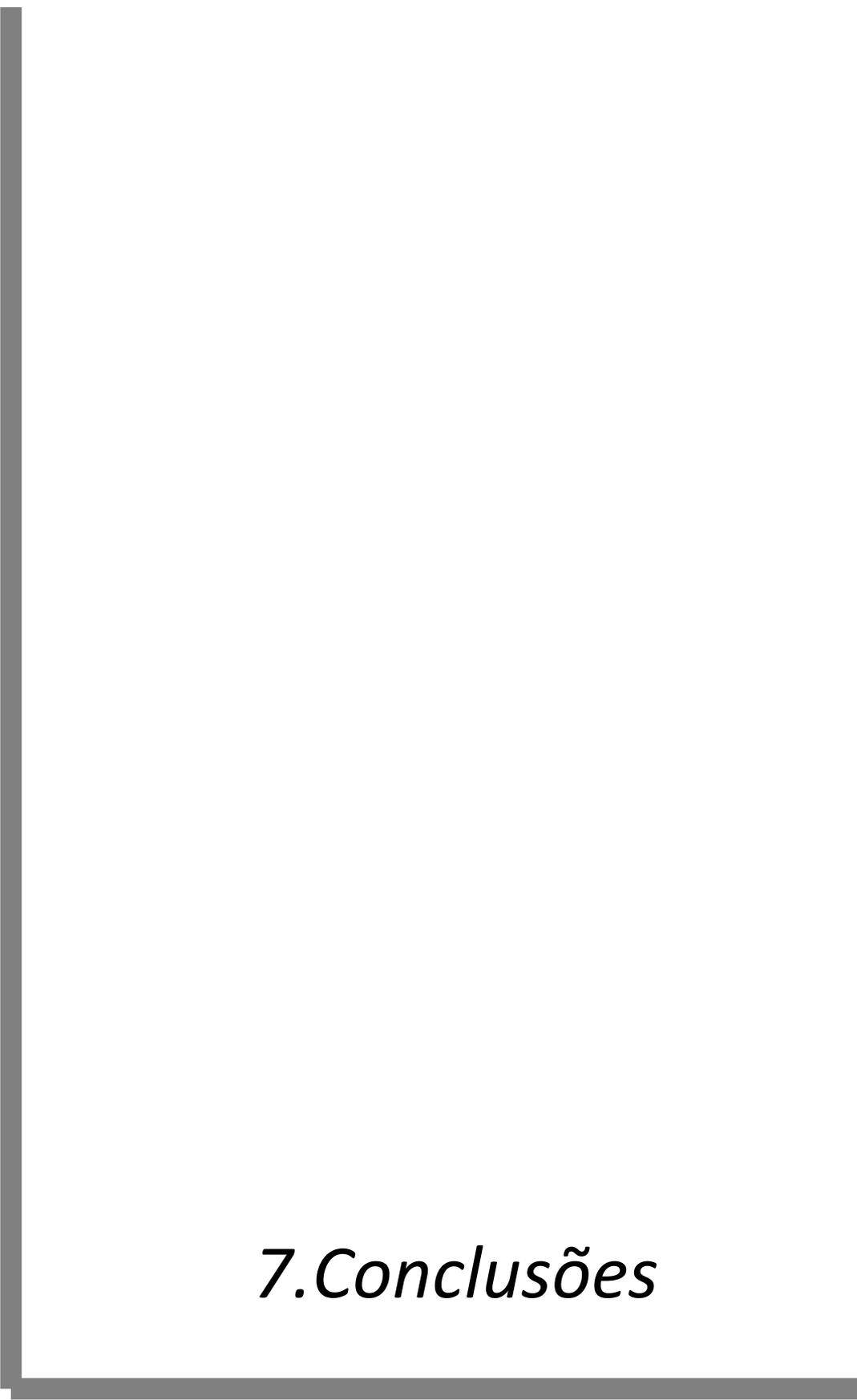
Finalmente, é preciso destacar que não se encontrou diferença significativa para nenhuma das variáveis estudadas na comparação dos grupos por faixa etária (25 a 59 anos vs. \geq 60 anos), em nenhum dos domínios que compõem a Escala WHOQOL-bref. Dessa forma, constata-se que, no presente estudo, o fator idade não teve repercussão na apreciação da qualidade de vida. Em publicação anterior, Carneiro e Rezende (24) consideraram que a evolução desfavorável da moléstia de

Chagas manifestava-se antes dos 60 anos de idade e que os que superavam a sexta década de vida não tinham a sobrevida afetada sensivelmente pela doença. Mais recentemente, Rocha et al.(50) verificaram que idosos chagásicos sem cardiopatia avançada apresentavam bom comportamento funcional, semelhante ao dos jovens do mesmo estágio clínico.

Pode-se, portanto, cogitar que a forma clínica da enfermidade de Chagas tenha maior repercussão na avaliação da qualidade de vida dos pacientes chagásicos do que o envelhecimento como tal. Entretanto, é bastante conhecido o fato de que o aumento da idade se acompanha de aumento das doenças crônico-degenerativas. Há alguns anos, Chaimowicz (51) lançou um alerta para os administradores e profissionais da área de saúde no Brasil, relacionando a diminuição da mortalidade em faixa etária mais jovem ao aumento da morbidade entre os mais idosos, particularmente à custa das doenças crônicas não infecciosas. Em relação aos portadores da doença de Chagas, Bertanha et al. (52) constataram que aqueles que apresentavam associação entre essa enfermidade e hipertensão arterial eram mais velhos que os não hipertensos. Além disso, sabe-se que a própria enfermidade de Chagas pode evoluir, com o passar do tempo, das formas mais benignas para as formas mais graves da moléstia, principalmente no que se refere ao acometimento cardíaco (53).

Sendo assim, embora nessa pesquisa não se tenha verificado diferença significativa na avaliação da qualidade de vida entre adultos e idosos portadores de doença de Chagas, é importante considerar que o fator idade possa exercer um efeito indireto em decorrência da evolução da doença de Chagas e da associação de doenças crônicas, mais comuns na velhice.

..



7. Conclusões

1. No presente estudo, no domínio das relações sociais da Escala WHOQOL-bref foi o melhor avaliado pelo conjunto de pacientes portadores da doença de Chagas.

2. No presente estudo, o domínio ambiental da Escala WHOQOL-bref foi o que apresentou pior avaliação no conjunto de pacientes portadores da doença de Chagas.

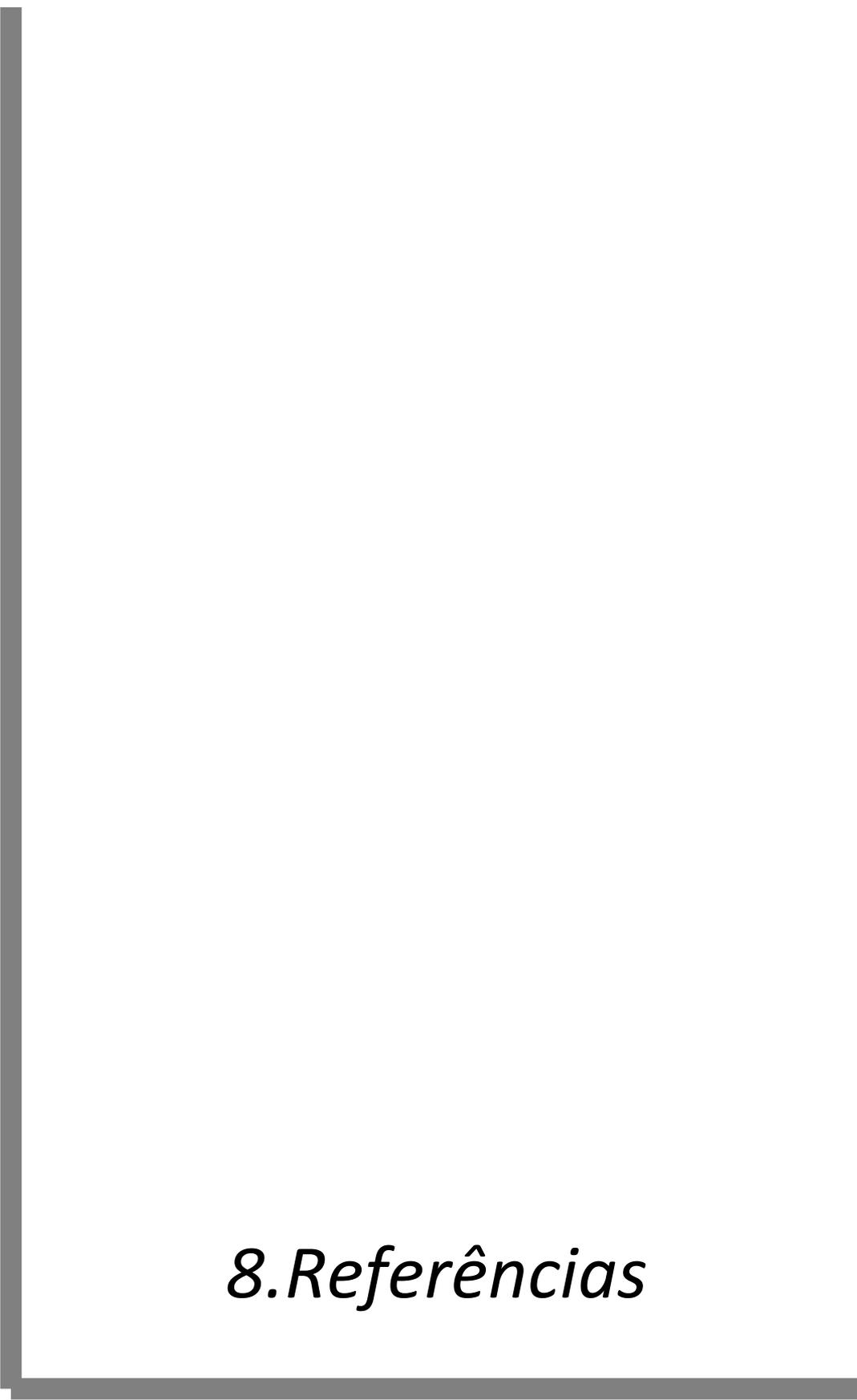
3. Os fatores que se associaram à pior pontuação no domínio físico da Escala WHOQOL-bref foram: classificação nas formas digestiva (R: 3,77) e cardíaca (R: 4,42) da moléstia da Chagas e número de comorbidades ≥ 3 (R: 3,47).

4. Os fatores que se associaram à pior pontuação no domínio psicológico da Escala WHOQOL-bref foram: classificação nas formas digestiva (R: 3,33) e cardíaca (2,93) da moléstia da Chagas.

5. Os fatores que se associaram à pior pontuação no domínio das relações sociais, na Escala WHOQOL-bref foram: classificação nas formas digestiva (R: 3,63) e cardíaca (R: 2,17) da moléstia da Chagas.

6. O fator que se associou à pior pontuação no domínio meio ambiente da Escala WHOQOL-bref foi: gênero feminino (R: 1,84).

Não se encontrou diferença estatisticamente significativa comparando-se as duas faixas etárias (adultos chagásicos e idosos chagásicos) para nenhum dos domínios da Escala WHOQOL-bref, em relação às variáveis estudadas



8. Referências

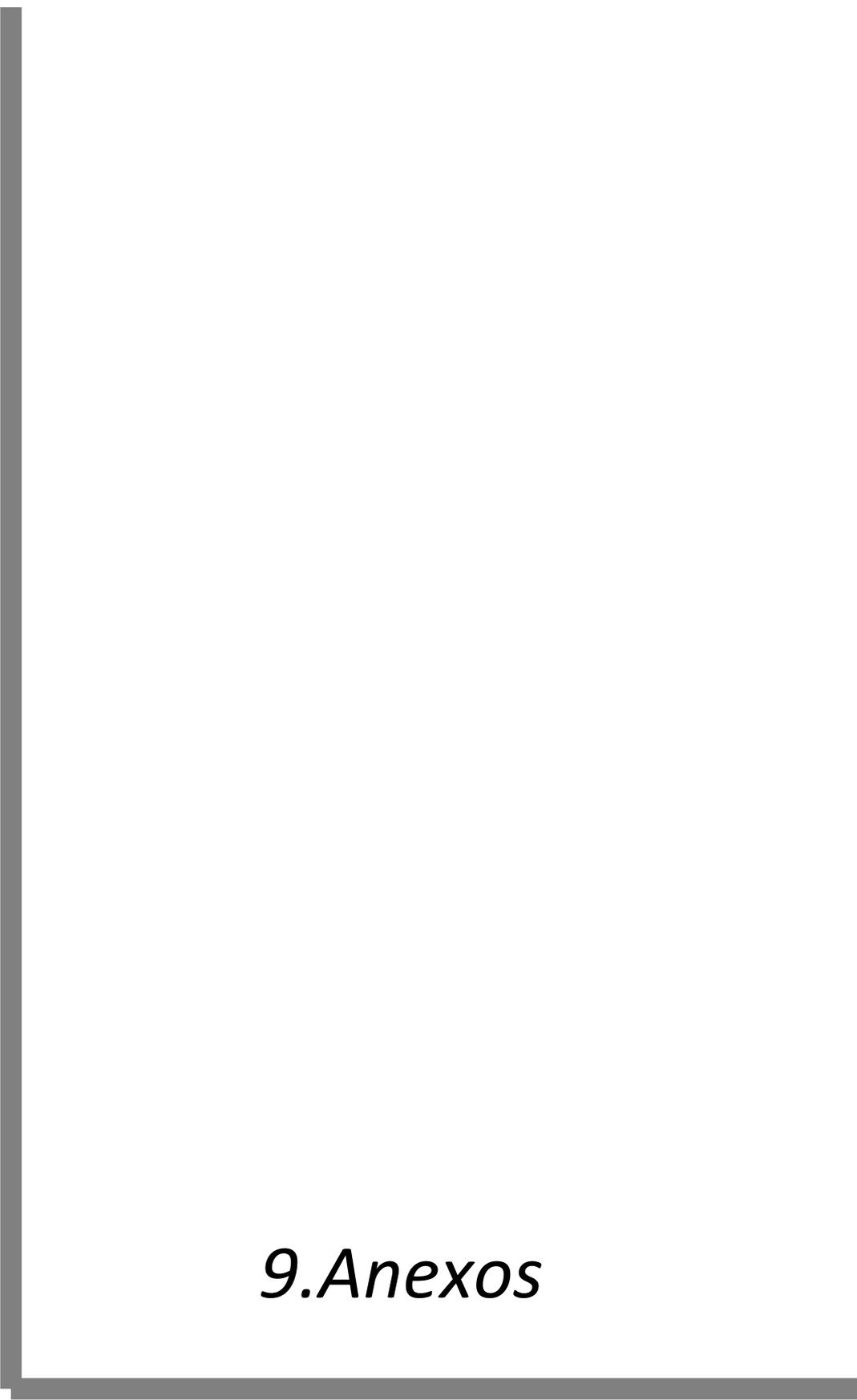
1. Neri AL. Padrões de envelhecimento/senescência/senilidade. In: Neri AL (Org.). *Palavras-Chave em Gerontologia*. Campinas: Alínea Editora; 2005. p.149-51.
2. Schroots JJF, Birren JE. Concepts of time and aging in science. In: Birren JE, Schaie KW (Orgs.). *Handbook of psychology and aging*. San Diego: Academic Press, 1990.
3. Sommerhalder C. Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar. *Disertação de Mestrado – Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.*
4. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQol-100) : características e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 33-8.
5. Garcia MAA, Rodrigues MG, Borega RS. O envelhecimento e a saúde. *Rev de Ciências Médicas*. 2002; 11 (3): 221-31.
6. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (3): 735-43.
7. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.58-71.
8. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatria Rio Grande do Sul*. 2006; 28 (1): 27-38.
9. Schoueri Junior RLR, Papaléo Netto M. Crescimento Populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatria – Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000. p.9-29.
10. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública*. 1987; 21: 211-24.
11. Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. *Revista USP*. 2001; 51: 72-85.
12. Veras RP. *Terceira idade: Gestão Contemporânea em Saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2002. p.11-79.
13. Neri AL. *Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. 2.ed. Campinas: Papirus; 2006. 200p.

14. Balthes PB, Smith J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida dos idosos jovens aos dilemas da Quarta Idade. *A Terceira Idade*. 2006; 17 (36): 7-31.
15. Ferreira JVC. Os muito idosos no município de São Paulo. Dissertação de Mestrado São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
16. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Salud Públ.* 2005; 17 (5/6): 333-41.
17. Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M. (Orgs.). Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas, SP: Alínea, 2004, p.7-10.
18. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação de Mestrado. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2001.
19. Paschoal SMP. Desafios da longevidade: qualidade de vida. *Mundo saúde*. 2005; 29 (4): 608-11.
20. Almeida EA, Curti HJV, Couto OC, Oliveira MAP, Santos MAL, Carvalhal SS. Doença de Chagas em pacientes acima de 60 anos. Análise de 10 casos necropsiados com ênfase à cardiopatia. *In: Anais da II Reunião Anual em Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas, Araxá*, p. 34, 1985.
21. Coura JR. Tripanossomíase, doença de Chagas. *Ciência e Cultura*. 2003; 55 (1): 394-410.
22. Dias JCP. Doença de Chagas. Ambiente, participação e estado. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17: 165-9.
23. Mady C, Barreto AC, Stolf N, Lopes EA, Dauar D, Wjngarten M. Biopsia miocárdica na forma indeterminada da doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*. 1994; 36: 387-90.
24. Carneiro O, Rezende JM. Doença de Chagas e longevidade. *Arq Bras Cardiol*. 1982; 38 (5): 381-84.
25. Bestetti RB, Bombonato R, Kato M, Caixe SH, Finzi LAP, Brasil JC. Evolução clínica de pacientes submetidos à ventriculectomia esquerda parcial. *Arq Bras Cardiol*. 1997; 68: 397-400.
26. Almeida EA, Souza ML, Guariento ME. Doença de Chagas: uma doença a não ser negligenciada? *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2007; 5 (5): 165-70.
27. Rassi A, Rassi Junior A, Perini GE, Rassi AG, Rassi SG, Lorga AM. Eficácia de diferentes drogas antiarrítmicas na supressão da arritmia ventricular da Cardiopatia Chagásica Crônica. Análise através da eletrocardiografia dinâmica. *Arq Bras Cardiol*. 1996; 67(1): 38.
28. Guariento ME, Alegre SM, Almeida EA, Wanderley JS. Doença de Chagas e

- enfermidades associadas em um serviço de referência. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2002; 35 (3): 207-8.
29. Guariento ME, Camilo MVF, Camargo AMA. Working conditions of Chagas's disease patients in a large Brazilian city. *Cad Saúde Pública;* 1999; 15: 381-6.
30. World Health Organization Study Group. Consensus Development Conference: Diagnosis, Prophylaxis, and Treatment of Osteoporosis. *Am J Med.* 1993; 94:646-50.
31. Amato MS, Amato Neto V, Uip DE. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com doença de Chagas submetidos à transplante de coração. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1997; 30(2): 159-60.
32. Prata A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. *The Lancet Infectious Diseases.* 2001; 1: 92-100.
33. Carvalho JAM; Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(3): 597-605.
34. Brasil. Secretaria do Ministério da Saúde. Consenso brasileiro em Doença de Chagas .*Revista da Sociedade Brasileira de medicina Tropical, vol. 38: Suplemento III, Belo Horizonte 2005*
35. Bozelli C, Araujo SM, Guilherme AL, Gomes ML. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com doença de Chagas no Hospital Universitário de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22 (5): 1027-34.
36. Guariento ME, Alliegro FC, Almeida EA. Doença de Chagas associada a doenças crônicas em pacientes assistidos em ambulatório de hospital universitário. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med.* 2009; 7 (2): 84-8.
37. Alves RMA. Autopercepção de saúde, comorbidades e uso de medicamentos em idosos chagásicos, acompanhados no Grupo de Estudos em Doença de Chagas – GEDoCh – UNICAMP. [Tese de Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2008.
38. Ozaki Y. Qualidade de vida e sintomas depressivos em portadores da doença de Chagas em atendimento no Ambulatório do Grupo de estudos em Doença de Chagas – GEDoCh / UNICAMP [tese de Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2008. 163p.
39. Lima-Costa MF, Barreto SM, Guerra HL. Ageing with *Trypanosoma cruzi* infection in a community where the transmission has been interrupted: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Inter J Epidemiol.* 2001; 30:887-93.
40. Alberte JSP. Fatores biopsicossociais no envelhecimento e percepção da qualidade de vida do idoso [Tese de doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009. 109p.
41. Vilas-Boas F, Feitosa GS, Soares MBP, Pinho-Filho JA, Mota A, Almeida AJG

- et al. Bone Marrow Cell Transplantation to the Myocardium of a Patient with Heart Failure Due to Chagas' Disease. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 82 (2): 185-7.
42. Bittencourt ZZLC, Alves Filho G, Mazzali M, Santos NR. Qualidade de vida em transplantados renais: importância do enxerto funcionante. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38 (5): 732-4.
43. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enferm.* 2005; 13(5): 670-6.
44. Uchôa E, Firmo JOA, Dias EC, Pereira MSN, Gontijo ED. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cad de Saúde Pública.* 2002; 18 (1):71-9.
45. Hueb MFD, Loureiro SR. Revisão: aspectos cognitivos e psicossociais associados à doença de Chagas. *Psicologia em estudo.* 2005; 10 (1): 137-42.
46. Mota DCGD, Benevides-Pereira AMT, Gomes ML, Araújo SM. Estresse e resiliência em doença de Chagas. *Aletheia.* 2006; 24: 57-68.
47. Kamiji MM, Oliveira RB. O perfil dos portadores de doença de Chagas, com ênfase na forma digestiva, em hospital terciário de Ribeirão Preto, SP. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005; 38 (4): 305-9.
48. Orosz JEB, Morano FG, Guariento ME. Caracterização da doença de Chagas quanto à categoria gênero em um serviço de referência. *Rev Bras Clínica Terapêutica.* 1996; 22: 9-12.
49. Cárdenas AMC. Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade de baixa renda: estudo comparativo entre mulheres com trabalho doméstico e trabalho remunerado [Tese de doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2004. 156p.
50. Rocha MOC, Correia PC, Barros MVL, Torres R,; Ribeiro AR, Teixeira MM. Função cardiovascular em pacientes idosos com cardiopatia chagásica crônica. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003; 36(5): 545-50.
51. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31: 184-200.
52. Bertanha L, Guariento ME, Magna LA, Almeida EA. Caracterização clínico-laboratorial de chagásicos hipertensos sem insuficiência cardíaca manifesta. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(2):163-8.
53. Villela MM, Souza JB, Mello VP. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas na região centro-oeste de Minas Gerais, Brasil, entre os anos de 2000 e 2003. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21 (3): 878-86.
54. Guimarães AC. Cardiopatia crônica: insuficiência cardíaca. In: Dias JCP, Coura JR (orgs). *Clínica e terapêutica da doença de Chagas, uma abordagem prática para o clínico geral.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997. p: 223- 33.

55. Alcino AB, Guariento ME, Teixeira MAB, Lipp MEN. Avaliação psico-afetiva do paciente portador de doença de Chagas crônica. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 1993; 26 (supl.II): 107.
56. World Health Organization. The world health report. Geneva: World Health Organization; 2001.
57. Coura JR. Tripanossomíase, doença de Chagas. Ciência e Cultura. 2003; 55 (I): 394-410.
58. Francisco PMSB, Donalísio MR, Barros MBA. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. Rev Saúde Pública. 2006; 40 (3): 428-356.
59. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. Cad Saúde Pública. 2007; 23: S13-S22.
60. Schmunis GA, Dias JCP. La reforma del sector salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. Cad Saúde Pública. 2000; 16 (2): 117-23.
61. Guariento ME, Wanderley JS, Almeida EA. Doença de Chagas. In: Lopes, C.; Ward, L.S.; Guariento, M.E. Medicina Ambulatorial. São Paulo: Atheneu; 2006. p.225-36.
62. Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Doença de Chagas: textos de apoio. 09 jun 2007. Brasília (DF); 1989. 52p. Disponível em: www.prossiga.br/Chagas/doenca/sec/dc-cd-571/dc-cd-571-01.html - 7k.
63. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5): 757-68.
64. Dias JCP. Aspectos clínicos, sociais e trabalhistas da doença de Chagas em área endêmica sob controle do Estado de Minas Gerais. Rev Soc Bras Med Trop. 1993; 26 (2): 93-9.
65. Rosa TEC, D'Aquino BMH, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública. 2003; 37(1):40-8.



9. Anexos

ANEXO I – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Planos de Saúde - Servidor

Página 1 de 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR-064906	
Projeto de Pesquisa Qualidade do Portador de Doença de Chagas Crônica: Enfoque a partir da Terceira Idade					
Área de Conhecimento 4.01 - Medicina			Grupo Grupo III	Nível Não se Aplica	
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Portador de Doença de Chagas; Terceira Idade; Qualidade de Vida					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 125	Total Brasil 125	Nº de Sujeitos Total 125	Grupos Especiais		
Placebo NÃO	HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável MARIA ELENA GUARIENTO		CPF 016.882.158-32	Identidade 6045385		
Área de Especialização MEDICINA INTERNA		Maior Titulação PROFESSORA - DOUTORA		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço R. ALEXANDER FLEMING 40 CID. UNIV. Z. VAZ		Bairro BARÃO GERALDO		Cidade CAMPINAS - SP	
Código Postal 13063-97C	Telefone 019 37889211 /	Fax 019 3788787E	Email meguar@fcm.unicamp.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: <u>21/06/2005</u>					
Assinatura					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome UNICAMP/Faculdade de Ciências Médicas - SP		CNPJ 46.506.842/5000-13	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Departamento de Clínica Médica		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rua Alexander Vieira 040		Bairro Barão Geraldo	Cidade Campinas - SP		
Código Postal 13063-97	Telefone 19 37887878	Fax 19 37887878	Email minterna@fcm.unicamp.br		
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: _____ Data: _____					
Assinatura					
Prof. Dr. Manoel Barros Bertolo Coordenador do Depto. de Clínica Médica FCM / UNICAMP					
Patrocinador					
Nome NÃO SE APLICA			CNPJ		
Endereço		Bairro	Cidade		
Código Postal	Telefone	Fax	Email		
Responsável		Cargo / Função			

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 21/06/2005. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

⓪ Voltar

ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

1. Informação

No contexto do recente e rápido processo de envelhecimento da população brasileira, este estudo intitulado “Perfil dos idosos atendidos nos Ambulatórios do HC/UNICAMP” tem como objetivo traçar o perfil social e epidemiológico dos idosos atendidos em ambulatórios do H.C. Pretende-se verificar características sócio-econômicas, como a procedência do público idoso atendido pelo H.C. e o transporte utilizado por este, escolaridade, ocupação, renda, etc. Além disso, o estudo propõe-se a descrever as patologias mais freqüentes e também obter informações acerca do cuidado do idoso no cotidiano.

A metodologia utilizada será coleta de dados por meio de entrevista com os idosos num corte transversal de cinco dias; além de coleta de dados nos prontuários dos pacientes entrevistados. A importância desse estudo dá-se pela necessidade de obtenção de informações relevantes para auxiliar decisões em nível coletivo, pelos planejadores de políticas de saúde, e em nível individual, orientando as ações dos profissionais de saúde.

2. Certificado de consentimento

Eu li a informação anterior ou esta foi lida para mim. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas sobre ela, e todas as perguntas que eu fiz foram respondidas para minha satisfação. Eu fui informado também que a entrevista é confidencial. A informação dada será codificada e tratada da mesma maneira que um registro médico. Eu sei que não receberei nenhuma recompensa financeira ou outra gratificação por minha participação no estudo. Eu sei também que a minha participação ou não nessa pesquisa não interferirá na assistência que recebo no HC/UNICAMP.

Eu concordo em ser participante voluntário (a) do estudo e compreendi que tenho o direito de recusar responder qualquer das questões que me forem formuladas, e que em nenhum momento isso afetará meu atendimento no HC.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura da pesquisadora

Local e data

Comitê de Ética em Pesquisas da FCM/UNICAMP/ Telefone: (19) 3521 8936:

ANEXO III QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Instruções							
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.							
Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:							
	nada	Muito pouco	médio	muito	Completa mente		
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5		
Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.							
Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.							
	nada	Muito pouco	médio	muito	Completa- mente		
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5		
Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.							
Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.							
			muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?		1	2	3	4	5
			muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?		1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.							
			nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extrema- mente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?		1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?		1	2	3	4	5

5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5		
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5		
	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5		
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5		
	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5		
As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.								
				nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5		
Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?								
Quanto tempo você levou para preencher este questionário?								
Você tem algum comentário sobre o questionário?								
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO								

ANEXO IV - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE SÓCIO DEMOGRÁFICO

IDADE:				
1- Até 59 anos	2->60 anos			
SEXO:				
1- Feminino	2- Masculino			
NÚMERO DE DOENÇAS ASSOCIADAS:				
1- (1)	2- (2)	3- (3 ou mais)	4- (Não Tem)	5-(Não Sabe)
FORMA CLÍNICA DA DOENÇA:				
1-Indeterminada	2- Cardíaca Leve	3- Cardíaca Grave	4- Digestiva	5- Mista