

Perfil trabalhista de pacientes chagásicos na região de Campinas (SP)

Labor profile of chagasic patients in the region of Campinas (SP)

Cristina Brandt Friedrich Martin Gurgel¹, Camila Andrade Pereira da Rosa¹, Bruno Bassaneze¹, Marina Thomazini Russi¹

Recebido de Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO: Após 1950, indivíduos de áreas endêmicas da doença de Chagas migraram para grandes cidades, mas eram despreparados para atividades fabris e de serviços. Doentes, muitos foram afastados do mercado de trabalho no auge da vida produtiva. Objetivamos aqui avaliar a situação trabalhista e social desses pacientes e traçar um perfil que aponte barreiras sociais, profissionais e físicas enfrentadas pelos portadores da doença. **MÉTODOS:** Pacientes chagásicos de diferentes formas clínicas foram submetidos a uma entrevista qualitativa sobre atividades laborais atuais e pregressas, privilegiando informações sobre a representatividade da doença nessa área. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 103 pacientes, com média de 61,43 anos de idade, 64,8% mulheres, 66,99% com Ensino Fundamental e distribuídos nas seguintes formas clínicas: 50,49% cardíacos; 32,04% indeterminados; 11,65% neurovegetativos e 5,83% na forma mista. Estavam aposentados 57,43% e 6,93% estavam afastados – destes, 37,31% atribuíam essa situação à doença de Chagas e 25,37% deles estavam na forma indeterminada. Trabalhavam em serviços gerais 77,55%, 11,76% frequentaram um curso técnico e 44% começaram a trabalhar com menos de 10 anos, principalmente na agricultura. Nunca estiveram vinculados ao Instituto Nacional do Seguro Social 27,72% da amostra. A renda mensal familiar esteve entre um e quatro salários mínimos em 90,20%; e 41,18% dos entrevistados contribuíam com mais de 50% para essa renda. Para 91,92%, nunca foi solicitada sorologia em processos seletivos, mas 8,91% perderam oportunidade de emprego por serem chagásicos. **CONCLUSÃO:** O perfil desse grupo está em concordância aos encontrado na literatura: migrantes, baixa escolaridade e com ocupações sem qualificação técnica. O drama social é confirmado pela baixa idade de início de trabalho e na falta de oportunidades em frequentar um curso técnico. A ele-

vada média de idade explica o grande número de aposentados. O persistente estigma da doença causou rejeição no trabalho.

Descritores: Doença de Chagas; Condições de trabalho; Condições sociais; Saúde da população urbana

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: After 1950, people from endemic areas of Chagas disease have migrated to large cities, but they were unprepared for the offered jobs there. Many of them were sick and had to be retired younger. We aimed to search for the working and social condition of these patients and we want to draw a profile that show us the social, occupational and the physical barriers faced by them. **METHODS:** Patients with Chagas disease different clinical forms have undergone a qualitative interview about present and past industrial activities. We have emphasized information on the representativeness of the disease in this area. **RESULTS:** We have interviewed 103 patients, mean age of 61.43 years, 64.8 % women, 66.99% with primary education. They were distributed in the following clinical forms: 50.49% cardiac patients, 32.04% indeterminate form patients, 11.65% neurovegetative form patients and 5.83% in a mixed form patients. 57.43 % were retired and 6.93 % were excused from work - 37.31 % of them attributed this situation to Chagas disease and 25.37% of them were classified in the indeterminate form. 77.55 % worked in general services, 11.76 % attended a technical course and 44% began working with less than 10 years old, mainly in agricultural works. 27.72% have never been subject to a social security institution. The monthly family income was between one and four minimum wages in 90.20% and 41.18% of respondents contributed over 50% for this income. In 91.92% of the patients, Chagas disease serology was never requested in selection processes, but 8.91% lost jobs opportunities because of the disease. **CONCLUSION:** The profile of this group is in agreement with the findings of the literature: they are migrants, have low education levels and have occupations with no technical skills. The social drama is confirmed by the lower age of onset of labor and the lack of opportunity to attend a technical course. The high average age explains the large number of retirees. Some of them reported rejection for jobs because they had a positive serology for Chagas disease.

Keywords: Chagas disease; Working conditions; Social conditions; Urban health

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Data de submissão: 18/02/2014 – Data de aceite: 10/03/2014

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Cristina Brandt Friedrich Martin Gurgel
Rua Coronel Quirino, 1.250 – apto 153
CEP 13025-002 – Cambuí – Campinas
E-mail: crisbrandt27@gmail.com

INTRODUÇÃO

Desde os tempos mais remotos, o trabalho esteve relacionado à sobrevivência do indivíduo ou de um grupo, ou seja, consistiu numa maneira de prover e facilitar o acesso às necessidades inerentes à vida. Após a ascensão da burguesia e a revolução industrial, passou também a ser um instrumento de promessa para o progresso social.⁽¹⁾

O século 20 foi o mais marcado por profundas mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que revolucionaram o *modus vivendi* e as relações do homem com o labor. Em tempos de progresso tecnológico e globalização da economia, a história social do trabalho contribuiu para o conhecimento atual e progresso de seus principais agentes – os trabalhadores – e, no Brasil, diante das radicais mudanças nas últimas décadas, o tema desperta particular interesse.

Durante os anos de 1950, a história do país foi marcada por um intenso êxodo rural, que levou indivíduos de áreas endêmicas da doença de Chagas para o coração das grandes cidades. Uma volumosa massa despreparada de trabalhadores para atividades fabris e de serviços passava a fazer parte de um universo que necessitava de sua mão de obra, mas não lhe oferecia adequações em seus cargos. Doentes, muitos oneraram os já precários serviços públicos de saúde e tiveram decretados seus afastamentos do mercado de trabalho no auge de sua vida produtiva.⁽²⁻⁴⁾

A detecção desse grave problema de saúde pública foi, de fato, apontado por Carlos Chagas já no início do século 20. Entretanto, foi somente em 1950 que surgiu oficialmente a primeira campanha profilática da tripanossomíase e, embora existissem meios de combate vetorial, os recursos eram escassos, e o controle sobre os insetos transmissores ainda demoraria alguns anos.⁽⁵⁾

Até a década de 1970, somente o Estado de São Paulo mantinha um programa de controle vetorial, mas, a partir de 1975, foi possível avaliar a real extensão da doença de Chagas em todo o território nacional por meio de inquéritos entomológicos e de soroprevalência da infecção humana. Assim, descobriu-se que a área de risco de transmissão vetorial correspondia a 36% do território nacional (em 2.493 municípios distribuídos em 18 Estados era possível encontrar insetos vetores domiciliares).⁽⁶⁾ As posteriores campanhas de erradicação resultaram em uma situação epidemiológica atual privilegiada, uma vez que excelentes resultados puderam ser observados no controle dos principais meios de transmissão: a vetorial domiciliar e a transfusional.⁽⁷⁾ Assim, um dos desafios hoje é garantir a assistência médica e social aos infectados e doentes, os mesmos que se deslocaram e trabalharam, ou ainda trabalham, nas cidades brasileiras.⁽³⁾

Quanto ao aspecto trabalhista, estudo realizado por Wanderley⁽⁸⁾ em 1998 revelou que esses trabalhadores não apenas ainda sofriam inadequação entre suas funções e capacidades laborais, mas também enfrentavam dispositivos discriminatórios, mesmo se apresentassem a forma indeterminada da doença. Era um claro sinal de desconhecimento sobre a evolução clínica da tripanossomíase e que trazia, como consequência, graves implicações sociais.

A partir dessas considerações, o presente estudo visou avaliar a situação social e trabalhista atual de pacientes portadores de doença de Chagas fora da área endêmica, e traçar um perfil que

apontasse as possíveis barreiras sociais, profissionais e físicas enfrentadas pelos portadores.

MÉTODOS

Os pacientes atendidos no Ambulatório de Doença de Chagas – Clínica Médica do Hospital e Maternidade Celso Pierro, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), foram aleatoriamente selecionados e submetidos à entrevista realizada por um dos pesquisadores do presente estudo, após consulta de rotina, durante o ano de 2012.

Todos os pacientes foram avaliados clinicamente e classificados segundo os achados da propedêutica física e armada. As variáveis estimadas durante a consulta clínica incluíram: gênero, idade, doenças associadas e forma de apresentação da doença de Chagas crônica. Essa última foi subdividida nas seguintes formas: cardíaca, neurovegetativa (distúrbios na motilidade esofágica ou colônica, com ou sem a presença de megas), mista (quando houvessem cardiopatia e alterações neurovegetativas) e indeterminada. Foram considerados portadores da forma indeterminada os pacientes assintomáticos, sem alterações ao eletrocardiograma, radiografia de tórax posteroanterior e lateral com contraste esofágico, teste ergométrico e ecocardiograma bidimensional com Doppler.

No questionário qualitativo, avaliaram-se: naturalidade; procedência; escolaridade; estado civil; causa do afastamento de seu trabalho (caso fosse essa a situação); em qual setor desenvolvia atividade laboral (comércio, indústria, serviços), para os que estavam trabalhando; se havia realizado curso técnico para ingresso no campo de trabalho; idade de início da atividade laboral e qual o primeiro setor de atuação; existência de vínculo previdenciário; renda mensal familiar e participação do entrevistado nessa renda. Os setores de atuação foram subdivididos em: (1) agricultura, pecuária, produção florestal e pesca; (2) indústria de transformação (alimentícia, têxtil, fumo, madeira, papel, química e metalúrgica); (3) comércio; (4) serviços gerais domésticos (faxineira, babá e empregada doméstica); e (5) serviços braçais diversos (encanador, eletricitista e pedreiro).

Em relação à doença de Chagas, foi inquerido sobre o tempo de diagnóstico; como descobriu ser portador (exames médicos de rotina/internações, doação de sangue e exame admissional ao trabalho); se houve solicitação da sorologia para Chagas em algum exame admissional; se alguma vez não foi aceito no serviço por causa da sorologia positiva e, por fim, se o entrevistado atribuiu alguma dificuldade física em seu trabalho à tripanossomíase.

Os critérios de exclusão envolveram o não acompanhamento regular no ambulatório, bem como não concordar em participar do presente estudo.

A todos os pacientes, foram prestados esclarecimentos sobre a participação nessa pesquisa e foi garantido o sigilo da identidade, segundo normas estabelecidas pela Declaração de Helsinki em 1975, revistas em 1983. Todos assinaram o termo de consentimento submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da PUC-Campinas.

Os dados encontrados nas respostas ao questionário, assim como as variáveis clínicas, foram submetidos à análise estatística.

Para descrever o perfil clínico e sociotrabalhista da amostra, segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (como sexo e faixa etária), com valores de frequência absoluta (n) e percentual, e estatísticas descritivas da variável numérica (idade), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das variáveis categóricas entre as quatro formas clínicas (indeterminada, cardíaca, neurovegetativa e mista), foram utilizados os testes qui quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados <5). O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparação da variável numérica idade em relação às quatro formas clínicas (indeterminada, cardíaca, neurovegetativa e mista), devido à ausência de distribuição normal das variáveis.⁽⁹⁻¹¹⁾

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$. Para análise estatística foi utilizado o seguinte programa computacional: The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2. (SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA).

RESULTADOS

Na presente amostra, foram entrevistados 103 pacientes chagásicos, com média de 61,43 anos (mínimo de 40 e máximo de 88 anos; desvio padrão de 9,06). Eram 66 mulheres (64,8%; com idade média de $62,00 \pm 7,72$ anos) e 37 homens (35,92%, com idade média de $60,54 \pm 11,08$ anos); 90 destes pacientes tinham idade superior a 50 anos (87,38%) e não houve diferença estatisticamente significativa nas médias de idade entre os gêneros. Quanto à naturalidade, eram 40 paulistas (38,83%), 32 mineiros (31,07%), 12 baianos (11,65%) e 19 dos demais Estados (18,45%); 90 pacientes procediam de Campinas (87,38%).

Quanto ao estado civil, 60 pacientes se diziam casados (58,25%), 22 viúvos (21,36%), 14 divorciados (13,59%), 4 solteiros (3,88%) e 3 amasiados (2,91%). O grau de escolaridade variou entre os que cursaram Ensino Médio ($n=10$; 9,71%) e Ensino Fundamental ($n=69$; 66,99%) e aqueles que eram analfabetos ($n=24$; 23,30%).

Os pacientes estavam distribuídos nas seguintes formas clínicas: 52 na forma cardíaca (50,49%); 33 na indeterminada (32,04%); 12 na neurovegetativa (11,65%) e 6 na forma mista (5,83%). Não houve diferença estatisticamente significativa para as variáveis sexo e naturalidade, em relação à forma clínica ($p=0,401$ e $p=0,225$, respectivamente). Contudo, verificou-se diferença significativa entre as formas clínicas da doença para faixa etária, registrando-se maior frequência dos pacientes entre 40 e 50 anos na forma indeterminada; as demais formas foram mais comuns naqueles com mais de 50 anos (Tabela 1).

Dentre as doenças associadas pesquisadas, 55 pacientes eram hipertensos (53,4%); 32 dislipidêmicos (31,07%); 30 hipotireóides (29,13%); 24 diabéticos (23,30%); e 4 tinham o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (3,88%). Não foi encontrada significância entre as formas clínicas da doença de Chagas e as comorbidades ($p=0,876$). No grupo, 16 dos pacientes com a forma indeterminada (48,48%) eram hipertensos, o mesmo ocorrendo com 28 cardiopatas (53,85%), 7 portadores da forma neurovegetativa (58,33%) e 4 classificados na forma mista (66,67%).

Quanto à situação trabalhista na data da entrevista, dois pacientes não quiseram ou não souberam responder. No restante do grupo, 58 se diziam aposentados, sem trabalhar (57,43%); 17 trabalhavam informalmente (16,83%); 16 trabalhavam formalmente (15,84%); 7 estavam afastados, sem aposentadoria definitiva (6,93%); 1 estava aposentado, mas trabalhava na informalidade (1,49%); e 1 estava aposentado, mas trabalhava com registro (1,49%). Entre os 67 pacientes afastados ou aposentados, 25 (37,31%) diziam estar nessa condição devido à doença de Chagas; 17 (25,37%) por idade; 6 (8,95%) por excederem o tempo de contribuição; e os demais por outras doenças ou associação de um ou mais fatores anteriores. Vale a pena observar que nesse mesmo grupo de 67 pacientes aposentados ou afastados, 17 (25,37%) eram mais jovens e apresentavam a forma indeterminada da doença (Tabela 2).

Em relação à área de serviços em que os pacientes trabalhavam ou já tinham trabalhado, cinco não quiseram ou não souberam responder. Entre os 98 pacientes restantes, 76 (77,55%) exerciam serviços gerais domésticos; 13 (13,27%) atuavam em serviços braçais diversos; 7 (7,14%) na indústria; e 1 paciente em cada área da agricultura e do comércio (1,02% em cada). Quando perguntados sobre a realização de curso técnico para iniciar alguma atividade laboral durante suas vidas, 18 pacientes não quiseram ou não souberam responder. No restante do grupo, apenas 10 (11,76%) frequentaram um curso técnico. Em relação à idade de início de suas atividades laborais, 3 pacientes não lembravam; no restante do grupo, 44 (44%) tinham menos de 10 anos e 45 (45%), tinham idade inferior a 20 anos. A agricultura foi o primeiro setor de atuação para 66 pacientes (65,35%); serviços domésticos para 21 (20,79%); indústria para 4 deles (3,96%); comércio para 3 (2,97%); e outras atividades diversas para 7 (6,93%). Dois pacientes não responderam a este item.

De acordo com as respostas dadas pelos pacientes, foi possível averiguar que, em relação a vínculo previdenciário, dois não quiseram ou não souberam responder. Em 50 casos (49,50%), esse vínculo foi intermitente; 23 (22,77%) sempre estiveram associados, seja por seu vínculo empregatício, seja como autôno-

Tabela 1. Comparação da variável numérica idade entre as formas clínicas da doença

Forma clínica	n	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	Valor de p*
Indeterminada	33	59,00	10,40	40	62	84	0,146
Cardíaca	52	61,73	7,31	45	62	81	
Neurovegetativa	12	63,58	11,28	43	62	88	
Mista	6	67,83	7,47	55	68,5	78	

* Valor de p referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre os 4 grupos. DP: desvio padrão.

Tabela 2. Correlação entre as formas clínicas da doença de Chagas e a situação trabalhista atual

Situação trabalhista*	Formas clínicas				Total
	Indeterminada n (%)	Cardíaca n (%)	Neurovegetativa n (%)	Mista n (%)	
1	15 (45,45)	28 (56)	9 (75)	6 (100)	58
2	1 (3,03)	3 (6)	3 (25)	0	7
3	9 (27,27)	7 (14)	0	0	16
4	7 (21,21)	10 (20)	0	0	17
1+3	0	1 (2)	0	0	1
1+4	1(3,03)	1 (2)	0	0	2
Total	33	50	12	6	101

* 1 para aposentado; 2 para afastado; 3 para trabalhando com registro; 4 para trabalhando na informalidade. Teste exato de Fisher: $p=0,376$.

mo; mas 28 pacientes (27,72%) nunca estiveram vinculados a qualquer sistema previdenciário.

A renda mensal da família na data da entrevista situava-se entre 1 e 4 salários mínimos em 92 casos (90,20%); menos de 1 salário mínimo em 5 casos (4,90%); e entre 5 e 8 salários mínimos em outros 5 (4,90%). Um paciente não respondeu a essa questão. Quando perguntados sobre quantas pessoas viviam com a renda familiar, em 74 casos (71,84%) a família era composta por 2 a 4 pessoas; em 18 (17,48%) casos, havia apenas 1 pessoa; em 9 (8,74%), havia entre 5 a 6 pessoas; e, em 2 casos (1,94%), havia mais de 6 pessoas vivendo com essa renda. Perguntou-se sobre a parcela de contribuição do entrevistado para a renda familiar: dois pacientes não souberam ou não quiseram responder. No restante do grupo, apurou-se que, em 60 casos (58,82%), a contribuição era menor que 50%; 34 (33,33%) contribuía entre 75 a 100% para a renda familiar; e, em 8 casos (7,85%), o entrevistado contribuía entre 50 a 74% da renda.

Em relação à doença de Chagas, 74 (72,55%) pacientes sabiam ser portadores há mais de 10 anos; 17 (16,67%) entre 5 e 10 anos; e 11 (10,78%) há menos de 5 anos. Um paciente não respondeu a este item, e o mesmo ocorreu no consecutivo. Eles descobriram a doença da seguinte forma: 41 (40,20%) em exames de rotina; 40 (39,22%) durante procedimento médico ambulatorial ao apresentarem alguma queixa clínica; 15 (14,71%) ao doarem sangue; 4 (3,92%) em exames admissionais; e 2 (1,96%) durante internação. Quatro pacientes não quiseram ou souberam responder sobre se alguma vez tinha sido solicitada sorologia em processos seletivos; mas, em 91 casos (91,92%), isso não ocorreu. Quando perguntado se alguma vez o entrevistado não tinha sido aceito no trabalho por apresentar sorologia positiva para Chagas, dois pacientes não souberam responder, mas a resposta foi positiva em nove casos (8,91%). Os pacientes também foram inquiridos sobre dificuldades físicas em seu trabalho atual ou progresso atribuídas à doença de Chagas, pergunta respondida por 100 entrevistados. Referiram alguma dificuldade 59 pacientes (59%) e, dentre eles, 53 (89,83%) referiam a sensação de "cansaço".

DISCUSSÃO

Todos os anos, milhares de trabalhadores são afastados de suas ocupações por incapacidade ou invalidez decorrentes de al-

terações morfofisiológicas provocadas por doenças ou acidentes. No Brasil, as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de exclusão de trabalhadores do mercado de trabalho e os portadores de doença de Chagas têm importante papel nessas estatísticas.⁽¹²⁾

Estima-se que existam, no país, entre 4 a 6 milhões de pacientes chagásicos e, destes, 1,5 milhão de pessoas apresentam alterações cardíacas. Em geral, as características epidemiológicas específicas desses pacientes são a de um indivíduo adulto entre 40 e 50 anos de idade, com baixa escolaridade e exercendo atividades ocupacionais não qualificadas.⁽¹³⁾

O perfil desse nosso grupo de pacientes está, em sua maior parte, em consonância com os achados da literatura: na maior parte, eles são migrantes, têm baixa escolaridade e desenvolvem ocupações que não exigem qualificação técnica. A principal atividade exercida por esse grupo, constituído principalmente por mulheres, é a de serviços domésticos. Em geral, as práticas sociais das mulheres foram estruturadas em torno de uma imagem conjugal e materna, cujo resultado foi a vinculação de seu trabalho ao mundo doméstico, da família e de cuidados. Em uma ordem patriarcal, essa divisão de trabalho, assume uma posição inferior na sociedade, o que causa invisibilidade em sua relevância econômica. A precariedade no trabalho, isto é, a ausência de proteções e de direitos sociais até um passado bastante recente (incluindo direitos sindicais), e os baixos níveis de qualificação causam a inserção maior das mulheres no mercado informal de trabalho. Esses empregos costumam ser instáveis, mal remunerados, pouco valorizados socialmente e com reduzida possibilidade de promoção em sua carreira.⁽¹⁴⁾ Apesar desse cenário, que também evidenciou o início das atividades laborais das mulheres em serviços domésticos em mais de 20% dos casos, em nosso grupo, para ambos os sexos, estas primeiras atividades foram predominantemente exercidas na agricultura, o que confirma e reitera o passado agrário do país.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o trabalho rural é significativamente mais perigoso que outros serviços. Ainda hoje se estima que hajam sérias consequências para a saúde desses trabalhadores, mas foi somente a partir de 1991 que o pagamento de benefícios do trabalhador rural, em caso de acidente, equiparou-se ao do urbano⁽¹⁵⁾. No caso da doença de Chagas, o próprio ambiente em que se vivia

(precário, distante, desinformado e infestado de insetos vetores) propiciou o desenvolvimento de um grande contingente de doentes. Em meados do século 20, esses trabalhadores rurais, acostumados à vida e às técnicas agrícolas primitivas, puderam testemunhar as mudanças tecnológicas que garantiram maior produtividade da agricultura e menor necessidade de mão de obra.⁽¹⁶⁾ Assim, apesar de não ser o único e principal fator para o êxodo rural e as consequentes mudanças radicais de ambiente e estilo de vida do homem do campo, pode-se considerar que a tecnologia indiretamente o favoreceu.

Além dos perigos nos campos, o drama social desses trabalhadores é confirmado pela baixa idade de início de trabalho e na não frequência de cursos técnicos, para melhora da capacidade laboral e da qualidade de vida. De fato, 44% dos entrevistados deste grupo iniciaram suas atividades trabalhistas antes dos 10 anos de idade, o que caracteriza de uma sociedade agrária e pobre. Essa situação no país foi tão cruel quanto persistente. Foi somente na década de 1990 que o Brasil passou a participar do Programa Internacional para Erradicação do Trabalho Infantil, vinculado à OIT, e implantou o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, que tenta, ainda hoje, retirar crianças de 7 a 15 anos do mercado de trabalho. De acordo com o último censo demográfico, mais de 45% dessas crianças pertencem a famílias com renda igual ou inferior a meio salário mínimo e residem, em sua maioria, nas Regiões Norte e Nordeste do país.⁽¹⁾ A pobreza e a baixa escolaridade dos menores e de seus pais fazem com que essas crianças ainda sejam expostas a situações de violência e exploração, devido à sua inclusão precoce ao mundo do ganha-pão.⁽¹⁷⁾ A despeito do tempo decorrido, a idade de início de trabalho de nossos entrevistados é um indicador de que a situação de abuso infantil foi, em décadas passadas, um problema social muito mais incisivo e geograficamente abrangente.

Cursos profissionalizantes surgiram no Brasil desde a República Velha, mas essas escolas obtiveram um importante incremento com a fundação do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) em 1942, durante o governo de Getúlio Vargas. Voltada para o ensino de jovens trabalhadores principalmente do sexo masculino, o SENAI é hoje responsável pela formação, especialização e aperfeiçoamento da mão de obra em diversas áreas, entre elas a têxtil, petroquímica, informática, alimentos e construção civil.⁽¹⁸⁾ Contudo, os esforços empregados em sua fundação não atingiam uma grande parcela da população, carente até mesmo de um Ensino Fundamental. Em nossa amostra, 23,33% dos entrevistados eram analfabetos e apenas 11,76% tiveram a oportunidade de cursar alguma escola técnica.

A respeito da previdência social, a própria instituição alega que tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados, e que a renda da previdência serve para substituir a renda do trabalhador em caso de incapacidade de trabalho na doença, invalidez, idade avançada, desemprego involuntário ou maternidade e reclusão.⁽¹⁹⁾ Na presente amostra, mais de 27% nunca tiveram qualquer vínculo ou acesso a esses benefícios. Quanto aos aposentados, presentes em grande número neste estudo, muitos são arrimos de família, com importante participação na renda familiar. A aposentadoria possibilitou ao idoso uma maior segurança de renda e, a despeito de gastos

com tratamentos de saúde, essa população, em muitos casos, possui melhores condições financeiras que indivíduos mais jovens. Estudos revelam que famílias pobres ou que se aproximam da linha de pobreza com frequência dependem diretamente da convivência e da renda de seus idosos para a obtenção de melhores condições econômicas.⁽²⁰⁾ Essa necessidade de coabitação é apontada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como um fenômeno vinculado à região da América Latina e Caribe.⁽²¹⁾

Esses arranjos familiares não são novidade na história, pois foram e são postos em prática em períodos de crise, trazendo solidariedade e segurança para aqueles em dificuldade econômica para o sustento da família, e/ou afastam os medos de solidão e da dependência na velhice.⁽²⁰⁾ Essas características, entretanto, não ficaram muito evidentes neste grupo. A família dos entrevistados era composta por duas a quatro pessoas em mais de 70% dos casos, embora em mais de 10% dos casos ela fosse constituída por cinco ou mais pessoas. Em contrapartida, 17,48% destes pacientes viviam sozinhos e dependiam de seu próprio salário.

Em algum momento, nove pacientes (8,91%) referiam ter sofrido, independente do seu quadro clínico, discriminação trabalhista por serem portadores da doença. Ao discutirem os aspectos médico-trabalhistas em portadores da doença de Chagas, Luquetti e Porto chamaram a atenção para essa discriminação e destacaram que uma simples sorologia positiva não significa incapacidade laboral. Para os pacientes nas formas indeterminada e neurovegetativa (exceto quando há grave desnutrição, devido às alterações estruturais promovidas pelo megaesôfago e/ou megacólon), não há restrições ao trabalho. Estas são de pequena monta, mesmo em indivíduos portadores de cardiopatia leve.⁽²²⁾ Em estudo anterior realizado também na cidade de Campinas, Guariento et al. detectaram 9,1% de rejeição para o trabalho quando os entrevistados apresentavam sorologia positiva para doença de Chagas, a despeito de, nesse grupo, o predomínio dos entrevistados ser do sexo masculino e com menor média etária.⁽²³⁾ Foi curioso encontrarmos índices de rejeição muito semelhantes, já que, em nosso grupo, o predomínio de serviços domésticos praticados por nossos entrevistados diminuiria a possibilidade de discriminação, pois usualmente não são solicitados maiores esclarecimentos sobre a saúde desses trabalhadores.

Finalmente, o presente estudo contradiz os achados da literatura realizados em décadas anteriores, sobre o perfil etário de pacientes chagásicos. A média de idade nessa amostra foi alta (acima de 60 anos), o que explica o número elevado de aposentados e a presença significativa de comorbidades, como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial. Em estudos anteriores, foi justamente essa última condição clínica a mais frequente entre a população de chagásicos, idosos ou não, embora essa associação com a hipertensão arterial seja mais prevalente nos indivíduos acima de 60 anos. Hipóteses sobre uma possível disautonomia como causa de hipertensão nos chagásicos já foram aventadas.^(24,25) Em nosso grupo, mais de 53% dos indivíduos eram também hipertensos, mas não existiu relação entre a presença dessa comorbidade e as diferentes formas clínicas da tripanossomíase.

Finalmente, a elevada média de idade não foi um pré-requisito para a inclusão dos casos neste trabalho. Foi, antes de tudo, o resultado do envelhecimento dos pacientes acompanhados em

um ambulatório específico para o atendimento aos portadores da doença de Chagas, há várias décadas localizado fora de área endêmica. Associadamente, a literatura registra a diminuição gradativa do número de indivíduos mais jovens com sorologia positiva para a doença de Chagas, além de uma menor inclusão de novos casos diagnosticados nos ambulatórios da região, que se deve principalmente ao controle vetorial e transfusional.^(6,13)

A despeito das dificuldades encontradas para a realização do presente estudo, inerentes a entrevistas prospectivas e que dependem da aceitação e compreensão dos entrevistados, acreditamos ter contribuído na delimitação dos aspectos atuais trabalhistas de pacientes portadores da doença de Chagas. Uma população que, por muito tempo, permaneceu à margem da sociedade e de pesquisas que delimitassem seus diferentes aspectos médicos e sociais.

REFERÊNCIAS

1. UNICEF. Relatório da situação da infância e adolescência brasileiras: diversidade e equidade. Pela garantia dos direitos de cada criança e adolescente. Brasília: UNICEF; 2003.
2. Amaral da Silva EF, Carvalho Oliveira L, Siefer MW, Barca Gazeta ML, Fenner Bertani I. Perfil demográfico e situação de trabalho de portadores da doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol.* 1995; 65(1):43-6.
3. Almeida O, Meirelles P, Laurentys LL. Aspectos previdenciários da doença de Chagas. *Rev Bras Saude Ocup* 1983;44(11):70-3.
4. Bedrikow B. Medicina do trabalho e doença de Chagas. *Rev Pauli Med.* 1972;79(5):161-2.
5. Silveira AC, Pimenta Junior F. A inserção institucional do controle da Doença de Chagas. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2011;44(Supl2):19-24.
6. Vinhaes MC, Dias JCP. Doença de Chagas no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(Supl.2):S7-12.
7. Silveira AC. Os novos desafios e perspectivas futuras do controle. *Rev Soc. Bras Med Trop.* 2011;44(Supl2):122-4.
8. Wanderley JS. Aspectos Médico-Trabalhistas de pacientes chagásicos com vínculo empregatício [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
9. Conover WJ. *Practical nonparametric statistics.* 3. ed. New York: John Wiley & Sons; 1999.
10. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions.* 2. ed. New York: John Wiley & Sons; 1981.
11. Siegel S, Castelan Jr. NJ. *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
12. Brasil. Ministério da Previdência Social. Auxílio-doença previdenciário [Internet]. Brasília, DF: [citado 2014 Set. 24]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>
13. Oliveira FA, Bicalho GV, Souza Filho LD, Silva MJ, Gomes Filho ZC. Características epidemiológicas dos pacientes com doença de Chagas. *Rev Bras Med Fam Com.* 2006;2(6):107-13.
14. Carlotto CM, Gomes AG. Geração de renda: enfoque nas mulheres pobres e divisão sexual do trabalho. *Serv Soc Soc.* 2011;105:131-46.
15. Saúde e Trabalho [Internet]. [citado 2014 Set. 24]. Disponível em: <http://www.saudeetrabalho.com.br> esse é um site com diversos assuntos, qual deles foi consultado?
16. Teixeira MP, Freitas RM. Acidentes do trabalho rural no interior paulista. *São Paulo Perspec.* 2003;17(2):81-90.
17. Carvalho IM. Algumas lições do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. *São Paulo Perspec.* 2004;18(4):50-61.
18. Moraes CS. Ações empresariais e formação profissional: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial. *São Paulo Perspec.* 2000; 14(2):82-100.
19. Brasil. Ministério da Previdência Social. A Previdência [Internet]. Brasília: Ministério da Previdência Social.[citado 2014 Fev 02]. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia>.
20. Coutirim RM. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. *Soc Estado.* 2006;21(2):367-90.
21. Organização das Nações Unidas. (ONU) Centro Latinoamericano de Demografia (CELADE). Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades. In: *Congreso Mundial de Gerontología, 1997.* Adelaide, Austrália. Anais, 1997.
22. Luquetti AO, Porto CC. Aspectos médico-trabalhistas da doença de chagas. In: Dias JC, Coura JR, orgs. *Clínica e terapêutica da doença de Chagas: uma abordagem prática para o clínico geral.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. p. 353-63.
23. Guariento ME, Camilo MVE, Camargo AMA. Situação trabalhista do portador de doença de chagas crônica em um grande centro urbano. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(2):381-6.
24. Alves RM, Thomaz RA, Almeida EA, Wanderley JS, Guariento ME. Chagas' disease and ageing: the coexistence of other chronic diseases with Chagas' disease in elderly patients. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009;42(6):622-8.
25. Gurgel CB, Miguel Jr A, Mendes CR, Zerbin CO, Carcioli TM. Frequência da hipertensão arterial na doença de Chagas crônica: estudo clínico retrospectivo. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(6):545-8.