

FORMA INDETERMINADA DA DOENÇA DE CHAGAS. IMPLICAÇÕES MÉDICO-TRABALHISTAS

WILSON DE OLIVEIRA JR.
Recife, PE

O portador da forma indeterminada da doença de Chagas (FIDC) caracteriza-se por apresentar sorologia e/ou xenodiagnóstico positivo, em ausência tanto de manifestações clínicas, cardíacas, digestivas ou nervosas, como de alterações eletrocardiográficas e radiológicas do coração e do tubo digestivo¹. Não se inclui, nesta definição, qualquer investigação anatomopatológica ou funcional^{1,2}.

Vale ressaltar que esta conceituação não inclui como portadores de FIDC, os apenas assintomáticos².

A FIDC foi por muito tempo negligenciada e pouco estudada. Isto pode ser explicado pelo fato da maioria das pesquisas sobre a doença de Chagas ter sido realizada em hospitais e dirigidas para formas clínicas habituais da doença². Só mais recentemente, têm surgido contribuições importantes a respeito da doença de Chagas, salientando a necessidade de um enfoque preventivo diante da grave repercussão sócio-econômica²⁻⁴.

A importância social da FIDC reside na alta prevalência em zonas endêmicas. Estimou-se no início desta década haver no Brasil 4 milhões de chagásicos, cerca de 1,2 milhões (30%) apresentariam lesão cardíaca, 800 mil (20%), forma digestiva e os demais, a forma indeterminada³. Além disso, a maioria dos portadores da FIDC encontra-se entre 20 e 40 anos de idade, período este, considerado de maior capacidade laborativa².

Sendo os portadores da FIDC assintomáticos, o diagnóstico é geralmente realizado fora do ambiente hospitalar. A detecção ocorre mais frequentemente por provas sorológicas em inquéritos epidemiológicos em áreas endêmicas, em triagem para doação de sangue, por ocasião de transplantes, e ainda em avaliação para admissão em empresas².

A crescente migração de população das zonas rurais, principalmente nas duas últimas décadas, tem levado grande contingente de chagásicos, muitos portadores da FIDC, a centros urbanos^{3,5-7}. Estes indivíduos são muitas vezes recusados por empresas, quer públicas ou privadas, que utilizam como única justificativa a presença de sorologia positiva. Gera-se assim, um problema-médico trabalhista de gravidade^{4,5,8-10}. Este posicionamento discriminativo não ocorre somente no Brasil, sendo também praticado em outros países da América do Sul como Ar-

gentina e Chile⁴. Tal atitude, além de não ter substrato científico, torna-se mais grave quando se considera a maior prevalência da FIDC na faixa etária de 20 a 40 anos.

Eluf Neto⁵ comenta que embora no passado houvesse posição favorável à recusa dos indivíduos com sorologia positiva, baseada no conceito de inevitável potencial evolutivo da doença, à luz dos conhecimentos atuais, a maioria dos autores não endossa esta conduta^{4,8-10}.

Amato Neto¹¹, afirma que a doença de Chagas não significa sempre incapacidade, ou seja, infecção detectada por métodos sorológicos não significa necessariamente doença.

Dias e Dias⁷, citando Viana Martins, assinala que esta conduta constitui um paradoxo social, “a mesma sociedade responsável pela infecção desses trabalhadores, recusa-lhes o direito de trabalhar e, portanto, de sobreviver”. Ou, como afirma Marins¹⁰ “a Sociedade, mais uma vez, pune o indivíduo por ser vítima de uma doença pela qual ela e não ele é responsável”.

Camargo⁹ foi dos primeiros a criticar a não admissão em empregos de indivíduos com sorologia positiva, que indica tão somente anticorpos para o *Trypanosoma cruzi*, sem investigação complementar que evidencie sinais de doença e/ou disfunção cardíaca. Para Camargo, os testes sorológicos constituem métodos indiretos de diagnóstico, dependem da reatividade imunitária do paciente, e deste modo, o resultado não significa obrigatoriamente presença ou ausência de infecção chagásica, mas, apenas um índice de probabilidade. Esta seria tanto maior quanto mais confiável o teste, mas dependeria grandemente da maior ou menor prevalência da infecção no grupo populacional estudado. Além deste aspecto, chama atenção para a realização de reações sorológicas não devidamente padronizadas, alertando para problemas técnicos envolvidos muitas vezes.

É lamentável que ainda hoje persista entre alguns médicos o conceito de que a doença de Chagas é afecção de alto risco onde sempre existe comprometimento grave do coração, com evolução inexorável para a morte. Este comportamento relacionado provavelmente ao maior conhecimento médico da doença de Chagas através da assistência hospitalar, para onde convergem os casos mais graves da doença, ou seja, falta conhecimento epidemiológico da doença, falta maior consolidação e disseminação do conhecimento da história natural,

mais especificamente, de sua evolução a partir da forma indeterminada^{2,12}.

É importante ressaltar que mesmo admitindo-se que novas técnicas de investigação cardiológica mais sensíveis¹³⁻²⁹ tenham demonstrado que o portador da FIDC pode apresentar, já nesta fase da doença, alterações discretas que podem distingui-lo dos indivíduos “normais”, sabe-se que as mesmas, além de discretas, não têm necessariamente carácter evolutivo^{2,30,31}.

Por outro lado, mesmo considerando a imprevisibilidade evolutiva da doença de Chagas, **a discriminação desses indivíduos no mercado de trabalho é no mínimo questionável**, visto que estudos longitudinais têm demonstrado que a maioria dos portadores da FIDC permanece estável por longos períodos^{2,4,31}. Exemplo mais contundente disto é o da paciente Berenice, na qual, com dois anos de idade (1909) Carlos Chagas descobriu pela primeira vez em ser humano, o *Trypanosoma cruzi* no sangue circulante. Ela permaneceu assintomatizada, com reação de Machado Guerreiro e xenodiagnóstico positivos até próximo à sua morte, não relacionada à doença, com mais de 70 anos de idade³².

Estudo realizado em idosos demonstrou considerável prevalência de sorologia positiva, sem complicações imputáveis à doença³³.

Outra demonstração de quanto a recusa é injusta e desprovida de substrato científico são os resultados da utilização da ergometria na avaliação da capacidade funcional desses indivíduos. Não se conseguiu demonstrar diminuição significativa da mesma quando comparada a grupo controle^{14,16,34-36}. Não encontramos na literatura trabalhos que demonstrem a necessidade de se restringir a atividade física ou que esta interfira na evolução da FIDC, ao contrário do que ocorre com os portadores de cardiopatia chagásica crônica, onde estudos comprovam que o esforço físico pode agravar a doença³⁷. Assim os portadores de FIDC estão aptos a exercer a maioria das profissões. Contudo considerando a imprevisibilidade evolutiva da doença, admite-se³⁵ alguma restrição a funções que envolvam risco pessoal e coletivo, como condutores de aviões, ônibus e outros. Em relação à função laborativa dos portadores da forma indeterminada, é pertinente lembrar que uma reavaliação periódica se faz necessária, já que para os que venham apresentar evolução da doença, poder-se-ia considerar readaptação funcional.

Destacamos ainda que, ao contrário do que se possa supor, o absentismo dos portadores de FIDC não parece ser significativamente maior do que o de indivíduos normais. Quinck e Lapertosa³⁹, estudando indivíduos demitidos dos empregos por serem chagásicos, verificaram que os mesmos haviam prestado em média, doze anos de serviço ininterrupto, sem absentismo significativo, ou seja, a doença não parece ter modificado sua produtividade.

Outro fato grave a ser registrado é a aposentadoria dos chagásicos apenas motivada pela sorologia positiva⁸. Essa atitude incorreta e injusta gera maior ônus para a Previdência Social. Porém suas conseqüências não se limitam apenas ao nível econômico e/ou institucional, devendo-se ressaltar o impacto emocional sofrido pelo indivíduo. A comunicação de ser portador de uma doença de curso inexorável pode determinar um estado de angústia pela possibilidade de morte e pela sensação de impotência, gerada pela rejeição sofrida. Além disso, o prejuízo econômico e o dano emocional se revestem de maior gravidade quando se leva em conta que a maioria destes indivíduos apresenta baixo nível sócio-econômico, precário nível de especialização, o que já dificulta sobremaneira o seu acesso e readaptação ao mercado de trabalho.

A magnitude do problema médico-trabalhista da doença de Chagas, mormente dos portadores da FIDC, exige abordagem mais contundente, com a criação de uma legislação que defina de maneira clara e objetiva a posição do chagásico no mercado de trabalho. Nos últimos anos, a abordagem deste tema já tem sido objeto de atenção em algumas poucas publicações médicas^{5,6,8,10,39}.

Os médicos ligados a áreas clínicas habitualmente não se sentem comprometidos com uma abordagem da doença de Chagas que vá além do determinismo biológico que percebe conseqüentemente, o doente como um ser social. Para alguns, estes aspectos seriam da competência exclusiva dos profissionais ligados à Medicina do Trabalho.

Em nosso ponto de vista este problema merece participação de qualquer médico, uma vez que como afirmam Porto e col¹⁸: “Os aspectos médico-trabalhistas são tão importantes quanto os clínicos e cirúrgicos e o compromisso profissional do médico com o paciente deve incluir a avaliação da sua capacidade de trabalho baseada em critérios científicos e dentro da perspectiva da realidade sócio-cultural da qual o chagásico é vítima”.

Em 1985, os participantes da II Reunião Sobre Pesquisa Aplicada na Doença de Chagas concluíram que: para o trabalhador portador de FIDC não há qualquer obstáculo ao exercício do trabalho, exceto para funções de alto risco para si e para outros. Nesta hipótese, deve ser submetido a exames complementares de avaliação funcional cardíaca. Se estes não indicarem evidências de comprometimento cardíaco, o indivíduo deve ser considerado apto para qualquer função⁴⁰.

É importante não esquecer que enquanto modificações estruturais que atinjam as raízes sócio-econômicas desta doença não foram implementadas, o mínimo que a Sociedade poderia lhes oferecer seria o direito ao trabalho.

Em suma, não podemos continuar indiferentes a essa injusta discriminação. A abordagem da doen-

ça de Chagas deve ir além do fato biológico isolado sendo, conseqüentemente, entendida como um processo onde interagem determinantes biológicos e sócio-culturais.

REFERÊNCIAS

1. Laranja PS—Aspectos clínicos da moléstia de Chagas. *Rev Bras Med.* 1953; 10:482.
2. Macedo V—Forma indeterminada da doença de Chagas. *Jornal Bras Medicina*, 1980; 38: 34.
3. Coura JR—Doença de Chagas como endemia urbana. **In:** Cançado Jr, Chuster M—Cardiopatia Chagásica. Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985. p. 356.
4. Dias JCP—Doença de Chagas em Bambuí, Minas Gerais, Brasil: Estudo clínico-epidemiológico a partir da fase aguda entre 1940 e 1982. Belo Horizonte, 1982. (Tese de Doutorado—Universidade Federal de Minas Gerais). p. 130.
5. Eluf JN—Doença de Chagas em área urbana: Avaliação da Fundação Cardíaca de Trabalhadores Industriais e implicações para atividade laboral. São Paulo, 1985. (Dissertação de Mestrado—Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). p. 164.
6. Golbdum M—Saúde e Trabalho: Doença de Chagas no setor industrial. São Paulo, 1981. (Tese de Doutorado—Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). p. 134.
7. Dias JCP, Dias RB—Aspectos sociais, econômicos e culturais da doença de Chagas. *Ciência e Cultura*, 1979; 31 (supl. 1): 105.
8. Porto CC, Rassi A, Faria GHDC—Aspectos sócio-econômicos e médico-trabalhistas. **In:** Cançado Jr, Chuster M—Cardiopatia Chagásica. Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985. p. 362.
9. Camargo ME—Reacciones sorologicas y consecuencias de los resultados positivos a la enfermedad de Chagas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1972; 72: 576.
10. Marins N—Os chagásicos e as leis sociais. *Arq Bras Cardiol*, 1985; 44: 369-71.
11. Amato Neto V—Comentários (mesa Redonda sobre Aspectos Médico-Sociais e Trabalhistas da Cardiopatia Chagásica). **In:** Cançado R, Chuster M—Cardiopatia Chagásica. Belo Horizonte. Fundação Carlos Chagas, 1985. p. 387.
12. Dias JCP—História natural. **In:** Cançado JR, Chuster M—Cardiopatia Chagásica. Belo Horizonte. Fundação Carlos Chagas, 1985. P. 99.
13. Oliveira JRW, Salazar LF, Malta J, Assi N—Análise crítica da forma indeterminada da doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*, 1986; 47: 283-8.
14. Oliveira JRW—Forma indeterminada da doença de Chagas: Avaliação através de teste ergométrico. Recife, 1987. (Dissertação de Mestrado—Faculdade de Medicina da UFPE). p. 93.
15. Marins N, Fernandes L, Seixas T, Lobo V, Flores AP—Teste cicloergométrico na forma indeterminada ou digestiva da doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*, 1983; 41 (supl. 1): 173.
16. Bastos A, Manigot DA, Guariento ME, Wanderley JS, Santos TC—Eletrocardiograma de repouso/teste cicloergométrico em pacientes com doença de Chagas (forma inaparente). *Arq Bras Cardiol*, 1983; 41 (supl. 1): 85.
17. Mady C, Arteaga-Fernandez E, Moffa P, Pereira Barreto AC, Martinelli Filho M, Ianni BM, Pileggi F—Forma indeterminada da doença de Chagas—Análise comparativa entre o eletrocardiograma e vetocardiograma. *Arq Bras Cardiol*, 1982; 31 (supl. 1): 41.
18. Friedman AA, Armelin E, Nelke JR, Zerbini CAF, Coimbra MA, Serro Azul LG—Estudo ecocardiográfico do desempenho ventricular em forma pré-clínica da doença de Chagas. *Revista do Hospital das Clínicas da FMUSP*, 1980; 35: 165-70.
19. Ortiz J—Aspectos ecocardiográficos. **In:** Cançado JR, Chuster M—Cardiopatia Chagásica. Belo Horizonte, Fundação Carlos Chagas, 1985. p. 165.
20. Del Nero Jr E, Diamant J, Papaléo Neto M, Rangel FA, Serro Azul LG, Tranchesi J, Pileggi F—Parâmetros sistólicos fonocardiográficos do ventrículo esquerdo na forma pré-clínica da doença de Chagas crônica. *Rev Hosp Clín FMUSP*, 1974; 29: 383-6.
21. Garzon SAC, Lorga AM, Greco OP et al—O cardiograma apexiano na lesão apical de cardiopatia chagásica crônica. *Arq Bras Cardiol*, 1973; 26 (supl. 1): 75.
22. Menegheti JC, Papaléo Neto M, Abe R et al—Estudo quantitativo da função ventricular de repouso e de exercício em pacientes chagásicos através de métodos radioisotópicos. *Arq Bras Cardiol*, 1981; 36: (supl. 1): 91.
23. Shihanay-Yasuda MA—Doença de Chagas, forma indeterminada. Resposta imune humoral estudada em linfócitos, miocárdico e tecido nervoso periférico. São Paulo, 1982. (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) p. 102.
24. Mady C, Moraes AV, Galiano N, Décourt LV—Estudo hemodinâmico na forma indeterminada da doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*, 1982; 38: 271-5.
25. Marins N, Silva CP da, Motta VP, Scianni CSP, Arcaldi N, Matos JV—Estudo hemodinâmico em indivíduos chagásicos sem cardiopatia aparente. *Arq Bras Cardiol*, 1981; 37: 463-466.
26. Décourt LV, Sosa EA, Pileggi F—Estudos eletrofisiológicos cardíacos na forma indeterminada da doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*, 1981; 36: 227-234.
27. Pileggi F, Bellotti G, Sosa EA, Décourt LV—Contribuição ao estudo da condução atrioventricular na forma indeterminada da doença de Chagas. *Ars Curandi*, 1978; 1: 35.
28. Mady C—Biopsia endomiocárdica do ventrículo direito na forma indeterminada da doença de Chagas. São Paulo, 1980. (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) p. 68.
29. Pereira Barreto AC—Aspectos polimórficos da cardiopatia indeterminada da doença de Chagas: Estudo através de métodos não invasivos, São Paulo 1985. (Tese de Docência Livre, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) p. 98.
30. Décourt LV, Mady C, Sosa FA—Forma indeterminada: Conceitos e aspectos fisiopatológicos. **In:** Cançado R, Chuster M—Cardiopatia Chagásica. Belo Horizonte. Fundação Carlos Chagas, 1985. p. 121.
31. Andrade ZA—Bases morfológicas das arritmias—a miocardite chagásica. **In:** Cançado JR, Chuster M—Cardiopatia Chagásica. Belo Horizonte. Fundação Carlos Chagas, 1985. p. 79.
32. Salgado JA, Garzez PN, Oliveira CF, Galizzi J—Revisão clínica atual do primeiro caso humano descrito da doença de Chagas. *Revista do Instituto de Medicina Tropical*, 1962; 4: 330.
33. Carneiro O, Resende JM—Doença de Chagas e longevidade. *Arq Bras Cardiol*, 1982; 38: 381-4.
34. Macedo V, Martinelli G, Alves PS, Campos G, Albernez I—Cicloergometria na forma indeterminada da doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*, 1979; 32 (supl. 1): 47.
35. Faria CAF—Condições de saúde e doença de trabalhadores rurais do município de Luz, MG, com especial atenção à prevalência e morbidade da moléstia de Chagas. Belo Horizonte, 1978. (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). p. 340.
36. Alfieri RG, Godoy M, Pereyra PL et al—Resposta cardiovascular em exercício de indivíduos portadores da forma indeterminada da doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*, 1982; 34 (supl. 1): 41.
37. Matthews—SC—Valor de la prueba de esfuerzo graduada (Ergometria) para determinar la capacidad laboral del cardiopata crónico chagásico. Córdoba, 1973. (Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Córdoba) p. 120.
39. Quiek PC, Palertosa SB—Análise de aptidão do chagásico para o trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 1983; 11: 4149.
40. Cançado JR—Aspectos clínico-terapêuticos e trabalhistas da doença de Chagas. *Ars Curandi Cardiologia*, 1987; 9: 26-8.