

## Perfil Clínico e Epidemiológico de Pacientes Com Doença de Chagas Com Acometimento Digestivo e Cardiodigestivo

Clinical and Epidemiological Profile of Patients With Chagas Disease With Digestive and Cardiodigestive Involvement

Perfil Clínico y Epidemiológico de los Pacientes con Enfermedad de Chagas con Compromiso Digestivo y Cardiodigestivo

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com acometimento digestivo e cardiodigestivo atendidos no Ambulatório de Doença de Chagas (ADOC) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). **Método:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, por meio da análise de prontuários arquivados no ADOC no período de 2011 a 2023, vinculado à UERN. Os atendimentos foram realizados por alunos do curso de medicina, sob a supervisão de um professor-médico. **Resultados:** Foram identificados 65 pacientes com a forma digestiva ou cardiodigestiva da doença de chagas, representando 12,3% dos prontuários. Desses, 52,3% tinham a forma digestiva e 47,7%, a cardiodigestiva. A maioria é da mesorregião do alto oeste potiguar, com destaque para Caraúbas (38,4%), Mossoró (26,2%) e Apodi (9,2%). **Conclusão:** O estudo revela a importância do diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo dos pacientes com doença de chagas, a fim de melhorar o manejo clínico e prevenir complicações graves.

**DESCRITORES:** Doença de Chagas; Promoção da Saúde; Epidemiologia Clínica.

### ABSTRACT

**Objective:** to understand the clinical and epidemiological profile of patients with digestive and cardiodigestive involvement treated at the Chagas Disease Outpatient Clinic (CDOC) of the university of the State of Rio Grande do Norte (SRGN). **Method:** this is a retrospective cross-sectional study based on the analysis of medical records archived at CDOC from 2011 to 2023, linked to UERN. The consultations were conducted by medical students under the supervision of a physician-professor. **Results:** Sixty-five patients with either digestive or cardiodigestive forms of chagas disease were identified, representing 12.3% of the medical records. Of these, 52.3% had the digestive form and 47.7% had the cardiodigestive form. Most patients are from the alto oeste potiguar mesoregion, particularly from Caraúbas (38.4%), Mossoró (26.2%), and Apodi (9.2%). **Conclusion:** the study highlights the importance of early diagnosis and continuous monitoring of chagas disease patients to improve clinical management and prevent severe complications.

**DESCRIPTORS:** Chagas Disease; Health Promotion; Clinical Epidemiology.

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer el perfil clínico y epidemiológico de pacientes con afectación digestiva y cardiodigestiva atendidos en el Consultorio de Enfermedad de Chagas (ADOC) de la Universidad del Estado de Río Grande do Norte (UERN). **Método:** Se trata de un estudio transversal retrospectivo, basado en el análisis de historias clínicas archivadas en ADOC desde 2011 hasta 2023, vinculado a UERN. Las consultas fueron realizadas por estudiantes de medicina bajo la supervisión de un profesor-médico. **Resultados:** Se identificaron 65 pacientes con la forma digestiva o cardiodigestiva de la enfermedad de Chagas, lo que representa el 12,3% de los expedientes. De estos, el 52,3% presentaban la forma digestiva y el 47,7%, la forma cardiodigestiva. La mayoría proviene de la mesorregión del Alto Oeste Potiguar, destacándose Caraúbas (38,4%), Mossoró (26,2%) y Apodi (9,2%). **Conclusión:** El estudio resalta la importancia del diagnóstico temprano y el seguimiento continuo de los pacientes con enfermedad de Chagas, con el fin de mejorar el manejo clínico y prevenir complicaciones graves.

**DESCRIPTORES:** Enfermedad de Chagas; Promoción de la Salud; Epidemiología Clínica.

RECEBIDO EM: 27/01/2025 APROVADO EM: 07/01/2025

**Como citar este artigo:** Pinheiro MA, Barbosa ES, Fernandes HMA, Medeiros SG, Cardoso PV, Chaves MJC, Martins WS, Lopes GCB. Perfil Clínico e Epidemiológico de Pacientes Com Doença de Chagas Com Acometimento Digestivo e Cardiodigestivo. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(93):14446-14454. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i93p14446-14454

**ID Marcos de Andrade Pinheiro**  
Acadêmico do Curso de Medicina pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1799-2407>

**ID Elane da Silva Barbosa**  
Doutora em Educação pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Professora da Universidade Potiguar (UnP), Campus Mossoró.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2668-8064>

**ID Helder Matheus Alves Fernandes**  
Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho (GPVT) pela UECE.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2068-9071>

**ID Suzane Gomes de Medeiros**  
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade do Complexo Educacional Santo André (FACESA)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4196-4557>

**ID Pedro do Vale Cardoso**  
Acadêmico do Curso de Medicina pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-0695-0662>

**ID Márcia Jaíne Campelo Chaves**  
Mestra em Educação pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Enfermeira Assistencial no Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0877-0750>

**ID Weverson da Silva Martins**  
Acadêmico do Curso de Medicina pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3203-7811>

**ID Gabrielle Cavalcante Barbosa Lopes**  
Nutricionista Clínica pela Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN).  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2625-4829>

## INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC) foi descoberta pelo médico brasileiro Carlos Chagas em 1909, durante uma expedição ao município de Lassance (MG) para estudar a malária. Nesse local, Chagas identificou o protozoário *Trypanosoma cruzi*, causador da doença, presente em *Leontopithecus rosalia* (mico leão dourado). O protozoário foi encontrado também no tubo digestivo de *Triatoma infestans*, o "barbeiro", vetor responsável pela transmissão da doença. Em reconhecimento à sua descoberta, a doença foi nomeada em sua homenagem por Oswaldo Cruz<sup>(1,2)</sup>.

A DC pode ser transmitida de várias formas: vetorial, por meio das fezes ou urina do vetor durante a picada; transfusional, com risco reduzido devido ao controle sorológico; por transplante, especialmente em pacientes imunossuprimidos; por transmissão congênita, quando o *T. cruzi* atravessa a placenta; e por transmissão oral, frequentemente por alimentos contaminados com fezes ou urina de triatomíneos infectados. Nos últimos 15 anos, a transmissão oral tem sido mais comum em casos de DC aguda

no Brasil. Além disso, há relatos de transmissão através da amamentação, com o protozoário encontrado no leite materno durante a fase aguda da infecção<sup>(3)</sup>.

A Doença de Chagas apresenta duas fases: aguda e crônica. Na fase aguda, há grande quantidade de parasitas no sangue, podendo ser assintomática ou causar febre, astenia, mialgia, hepato e esplenomegalia, sinal de Romanã e, em casos graves, miocardite, pericardite e meningoencefalite. Cerca de 95% dos casos agudos regredem espontaneamente, enquanto 30-40% evoluem para a fase crônica, geralmente décadas após a infecção inicial<sup>(4)</sup>.

A fase crônica da Doença de Chagas começa de 2 a 4 meses após a infecção aguda e é caracterizada pela baixa concentração de parasitas no sangue. Os pacientes podem evoluir para diferentes formas: Forma Indeterminada (FI), com testes positivos, mas sem sintomas ou alterações; Forma Digestiva (FD), com sintomas como disfagia e constipação, ou exames que indicam megaesôfago ou megacólon; Forma Cardíaca (FC), com alterações eletrocardiográficas e, em alguns casos, cardiomegalia; e Forma Mista, que associa a FC e FD<sup>(5)</sup>.

A cardiomiopatia na Doença de Chagas resulta da degeneração, miocardite e fibrose das miofibrilas, levando à dilatação das câmaras cardíacas, arritmias, aumento do risco de eventos cardioembólicos e, mais tarde, insuficiência cardíaca. No aparelho digestivo, o parasita afeta a musculatura lisa e células nervosas, causando inflamação, destruição celular e fibrose, o que resulta em lentificação do trânsito esofágico e intestinal, hipertrofia muscular e dilatação dos órgãos, gerando sintomas como disfagia e constipação<sup>(6,7)</sup>.

No Brasil, a Doença de Chagas é uma doença de notificação compulsória, especialmente os casos agudos, conforme a portaria n.º 05 de 2006. Continua sendo um problema de saúde pública, principalmente em áreas rurais, nas quais há maior prevalência de pessoas que vivem em casas de pau a pique e, por conseguinte, o vetor encontra habitat. Embora seja mais comum no meio rural, a doença também é visível em áreas urbanas devido à expansão das cidades e outras formas de transmissão<sup>(8)</sup>.

A Doença de Chagas é a quarta principal causa de morte entre as doenças infecto-parasitárias no Brasil, com maior

mortalidade na faixa etária de 50 a 64 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre 6 a 7 milhões de pessoas têm a doença no mundo, sendo a maior parte na América Latina, com cerca de 1,3 a 3,2 milhões de casos no Brasil em 2020. A região Norte tem a maior proporção de casos novos<sup>(9,10)</sup>.

Fatores econômicos, ambientais (como mudanças climáticas e degradação ambiental), políticos e sociais (condições precárias de moradia, migrações, renda e saneamento) influenciam a transmissão da Doença de Chagas, aumentando sua prevalência. O impacto econômico é significativo devido à improdutividade gerada pela morbimortalidade das sequelas, como cardiomiopatia e gastropatia<sup>(11)</sup>.

Este estudo justifica-se pela necessidade de compreender os perfis e a realidade dos pacientes com Doença de Chagas, especialmente na forma digestiva, que apresenta menor incidência e letalidade em comparação à forma cardíaca. A falta de compreensão sobre a situação epidemiológica destaca a importância de pesquisas acadêmicas que descrevem e categorizam os casos, contribuindo para melhorias na saúde pública, na qualidade do atendimento médico e no entendimento da doença no contexto ambulatorial.

Dessa forma, este estudo tem por objetivo: conhecer o perfil clínico e epidemiológico de pacientes com acometimento digestivo e cardiodigestivo atendidos no Ambulatório de Doença De Chagas (ADOC) da universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal retrospectivo, por meio da análise de prontuários arquivados no Ambulatório de Doença de Chagas (ADOC) no período de 2011 a 2023, vinculado à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

A pesquisa transversal tem como objetivo analisar dados ao longo de um período

do específico, onde a exposição ao fator ocorre no mesmo período analisado. Ele descreve as variáveis mais prevalentes em uma população, analisando fatores epidemiológicos em relação à população e/ou período determinado. Um estudo retrospectivo utiliza registros do passado, com seguimento até um determinado recorte temporal<sup>(12)</sup>.

O ADOC localiza-se na Faculdade de Ciências da Saúde (FACS – UERN) em Mossoró - RN. Os atendimentos se iniciaram no ano de 2011. O ambulatório já se constitui como um centro de referência na acompanhamento de pessoas com Doença de Chagas, não só no RN, como também em vários estados da região nordeste, como o Ceará, Paraíba, entre outros.

Os pacientes são recebidos por meio de encaminhamentos de outros serviços quando há suspeita clínica e epidemiológica da doença ou de hemocentros que positivaram os testes sorológicos de controle para DC. Ao chegar no ambulatório o paciente realiza novos testes sorológicos, como a Imunofluorescência indireta e/ou Hemaglutinação indireta. Se positivo, segue o prosseguimento do atendimento.

Os atendimentos são padronizados e realizados por alunos do curso de graduação em Medicina, sob a supervisão de um professor-médico. Com isso, é realizada a anamnese (identificação, quadro clínico, queixas, antecedentes, hábitos de vida, anotação de exames etc.) e exame físico. Todos esses dados colhidos são anotados no prontuário do paciente em toda nova consulta. Após isso, há a discussão dos casos e condutas entre os acadêmicos e o professor-médico responsável.

No estudo, foram analisados todos os prontuários dos pacientes atendidos no ADOC entre os anos de 2011 (ano em que foi iniciado os serviços de atendimento no ambulatório) a 2023 (ano em que foi realizada essa pesquisa), uma série histórica de 12 anos. Com isso, a população total foi de 528 pacientes, sendo classificado e selecionado aqueles com o

acometimento digestivo ou cardiodigestivo. Dessa forma, chegou-se ao resultado de 65 pacientes, sendo essa a amostra usada na coleta de dados neste trabalho.

Os critérios de inclusão foram a presença dos seguintes exames: esofagograma, enema opaco, ecocardiograma e eletrocardiograma, além de sintomas digestivos (disfagia e/ou constipação crônicas) e cardíacos (palpitações, dispneia). Os critérios de exclusão consideraram a ausência desses exames ou dados no prontuário que permitissem a classificação quanto ao acometimento digestivo e cardíaco.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário eletrônico no Google Forms, abrangendo informações sociodemográficas (sexo, idade, cor, profissão, escolaridade, procedência, zona rural, residência em casa de taipa), dados sobre a Doença de Chagas (sintomas, contato com o barbeiro, doação ou transfusão de sangue, presença de armazém ou galinheiro, uso contínuo de medicamentos), achados em exames (eletrocardiograma, ecocardiograma, esofagograma, enema opaco), comorbidades associadas (hipertensão, diabetes, dislipidemia, doenças cardíacas e Acidente Vascular Encefálico) e hábitos de vida (tabagismo, etilismo, atividade física).

Antes de serem incluídos no programa assistencial do ambulatório, todos os pacientes leram ou ouviram a leitura e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP UERN), sob o número 1.160.553. CAAE: 43783915.3.00005294 de 21 de julho de 2015.

## RESULTADOS

Os dados sociodemográficos da população estudada (65 sujeitos) foram descritos na tabela 1. Nesse sentido, 60% (39) dos pacientes eram do sexo feminino e 40% (26) do masculino. A idade variou dos 37 aos 90 anos, com uma média de

61,6 anos. Em relação à ocupação, 15,4% (10) relataram estar aposentados e dentre os que realizam alguma atividade laboral (55) teve destaque as profissões de agricultor (a), com 40% (26) e “dona de casa”

com 26,2% (17).

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos pacientes possuíam o ensino fundamental incompleto, com 58,5% (38), seguido de 16,9% (11)

que tinham o ensino médio completo e apenas 1,5% (1) se apresentavam com o ensino superior completo. Ademais, a maioria (56,9% - 37) se identificou com a cor de pele parda.

**Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos pacientes com acometimento digestivo e cardiodigestivo atendidos no ADOC (n = 65), em Mossoró-RN.**

| Variáveis            | Categoria              | N° | %     |
|----------------------|------------------------|----|-------|
| Sexo                 | Masculino              | 26 | 40    |
|                      | Feminino               | 39 | 60    |
|                      | Total                  | 65 | 100,0 |
| Idade                | 37-52                  | 15 | 23,0  |
|                      | 53-68                  | 32 | 49,2  |
|                      | 69-84                  | 17 | 26,2  |
|                      | > 84                   | 1  | 1,54  |
|                      | Total                  | 65 | 100,0 |
| Ocupação             | Aposentado (a)         | 10 | 15,4  |
|                      | Agricultor (a)         | 24 | 36,9  |
|                      | Dona de casa           | 17 | 26,2  |
|                      | Agente de saúde        | 3  | 4,6   |
|                      | Outros*                | 11 | 16,9  |
|                      | Total                  | 65 | 100,0 |
| Grau de Escolaridade | Analfabeto (a)         | 5  | 7,7   |
|                      | Fundamental Incompleto | 38 | 58,5  |
|                      | Fundamental completo   | 6  | 9,2   |
|                      | Médio completo         | 11 | 16,9  |
|                      | Médio incompleto       | 4  | 6,2   |
|                      | Superior completo      | 1  | 1,5   |
|                      | Total                  | 65 | 100,0 |
| Cor da Pele          | Pardo                  | 37 | 56,9  |
|                      | Branco                 | 23 | 35,4  |
|                      | Negro                  | 5  | 7,7   |
|                      | Total                  | 65 | 100,0 |

\*Outros: Comerciante, eletricista, professor(a), pescador, salineiro, promotor de vendas e operador de máquina de construção civil.  
 Fonte: ADOC (2023).

Após a seleção, foram identificados 65 prontuários de pacientes com a forma digestiva ou mista (cardiodigestiva) da DC, de um total de 528 prontuários, o que representa uma prevalência de cerca de 12,3%. Ainda, desses 65 pacientes,

52,3% (34) apresentam a forma digestiva, e 47,7% (31) a forma cardiodigestiva.

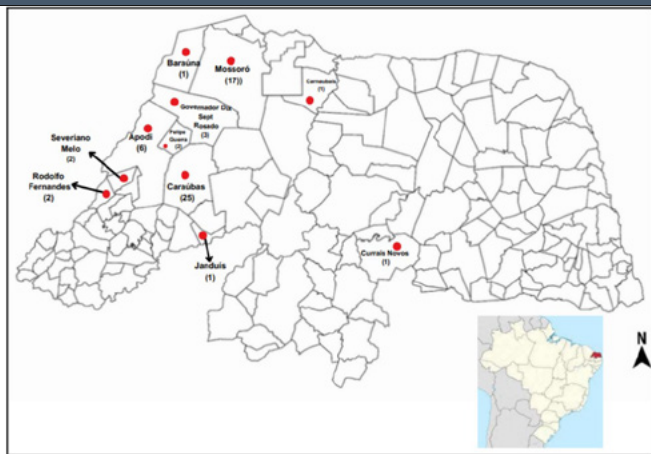
Em relação à procedência, a maioria dos pacientes residem em cidades no interior da mesorregião do Alto Oeste Potiguar, com destaque para Caraúbas, com 24 (38,4%), Mossoró, que é cidade sede do ADOC com 17 (26,2%), e Apodi, com 6 (9,2%).

Esses municípios fazem parte da mesorregião Alto Oeste potiguar. Além disso, 3,2% (2) dos pacientes procedem da cidade de São José do Brejo do Cruz, no estado da Paraíba e 1,5% (1) da cidade de São José do Rio Preto, no estado de São Paulo. As outras cidades referidas podem ser visualizadas na figura 1.

# Artigo Original

Pinheiro MA, Barbosa ES, Fernandes HMA, Medeiros SG, Cardoso PV, Chaves MJC, Martins WS, Lopes GCB  
Perfil Clínico e Epidemiológico de Pacientes Com Doença de Chagas Com Acometimento Digestivo e Cardiodigestivo

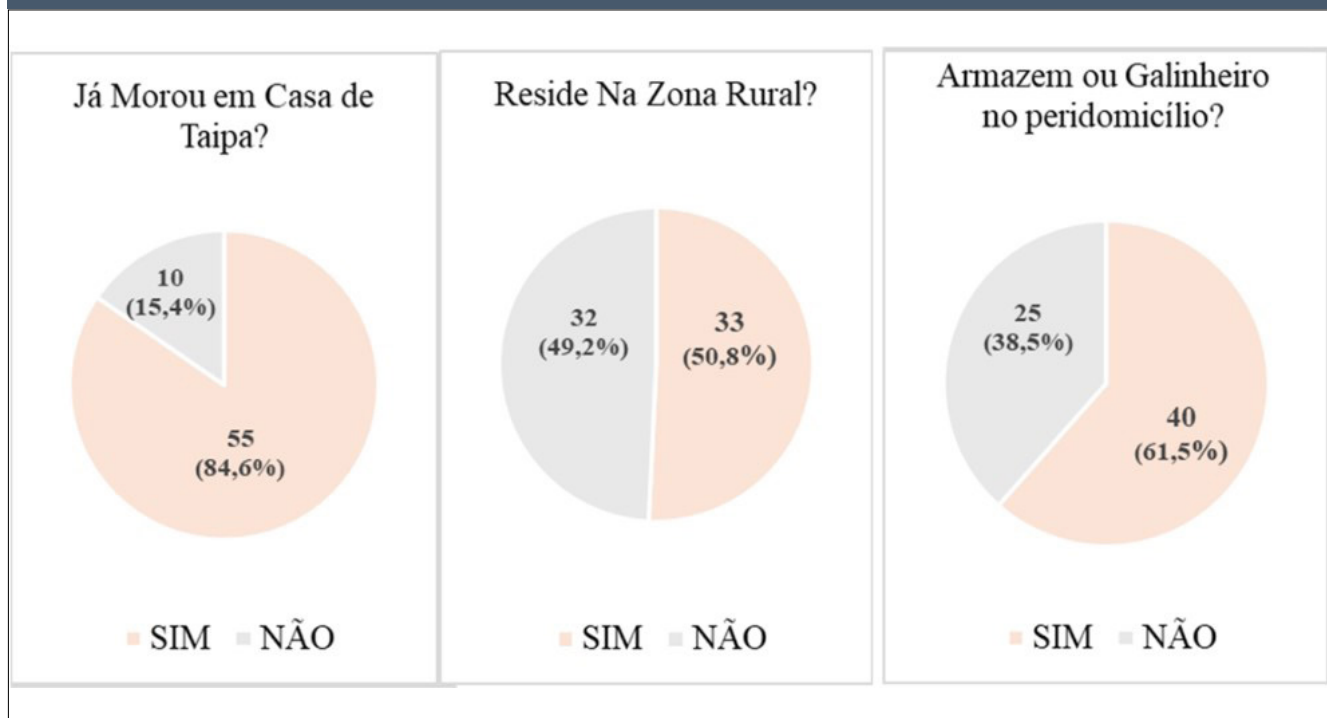
**Figura 1 - Cidades de procedência dos pacientes com acometimento digestivo e cardiodigestivo acompanhados no ADOC no estado do RN (n= 65).**



Fonte: Autoria Própria a partir de dados do ADOC (2023).

Ao serem questionados se já residiram em casa de pau a pique, ou seja, “casa de taipa”, 84,6% (55) dos pacientes afirmaram que já moraram nesse tipo de residência. Também, cerca de 3,1% (2) afirmaram que ainda residem nesse tipo de domicílio. Outrossim, 50,8% (33) residem na zona rural e 61,5% (40) possuíam armazém ou galinheiro no peridomicílio.

**Gráfico 1 – Dados epidemiológicos referentes ao tipo de moradia no passado, à presença de locais de proliferação do vetor e à zona de moradia atual dos pacientes selecionados para o estudo (n = 65), em Mossoró-RN.**



Fonte: ADOC (2023).

Os pacientes foram questionados se já tiveram contato direto com o *Triatoma infestans*, popularmente conhecido como “barbeiro”, 84,4% (54) afirmaram que sim. No que tange ao tratamen-

to etiológico, cerca de 53,8% (35) dos pacientes não tinham realizado o tratamento antes de serem acompanhados no ADOC. Com isso, esses pacientes realizaram o tratamento em dose usual no ambulatório.

No que se refere à doação e transfusão sanguínea, 7,7% (5) já doaram sangue, enquanto 13,8% (9) já receberam transfusão. Na tabela 2 são visualizadas com mais detalhes as variáveis apresentadas.

**Tabela 2 - Aspectos relacionados à DC sobre tratamento etiológico, contato com o vetor, doação e transfusão sanguínea aos pacientes com acometimento digestivo e cardiodigestivo acompanhados no ADOC (n = 65), em Mossoró-RN.**

| Variáveis                    | Categoria          | N° | %    |
|------------------------------|--------------------|----|------|
| Tratamento etiológico        | Fora do ADOC       | 30 | 46,2 |
|                              | No ADOC            | 35 | 53,8 |
|                              | Total              | 65 | 100  |
| Contato com o Barbeiro       | Sim                | 54 | 83   |
|                              | Não                | 11 | 17   |
|                              | Total              | 65 | 100  |
| Realizou doação Sanguínea    | Não                | 60 | 92,3 |
|                              | Sim, 1 vez         | 3  | 4,6  |
|                              | Sim, mais de 1 vez | 2  | 3,1  |
|                              | Total              | 65 | 100  |
| Recebeu transfusão sanguínea | Não                | 56 | 86,2 |
|                              | Sim, 1 vez         | 6  | 9,2  |
|                              | Sim, mais de 1 vez | 3  | 4,6  |
|                              | Total              | 65 | 100  |

Fonte: ADOC (2023)

Quanto aos sintomas atribuídos à patologia, na primeira consulta e nos atendimentos subsequentes, questionou-se ao paciente sobre as queixas características da DC. Nesse sentido, 8 pacientes (12,3%) eram assintomáticos, enquanto

57 (87,7%) apresentavam alguma sintomatologia digestiva ou digestiva e cardíaca, simultaneamente. Dentre os principais sintomas digestivos, destaca-se a disfagia, com 43,1% (28), constipação com 46,2% (30) e pirose com 15,4% (10). Dentre os sintomas cardíacos, des-

tacam-se a palpitação, com 52,3% (34), dispneia com 44,6% (29) e fadiga com 40% (26). A média de sintomas foi de 3,4. Os demais sintomas apontados pelos pacientes podem ser visualizados na tabela 3.

**Tabela 3 – Sintomas mais prevalentes mencionados pelos pacientes com acometimento digestivo e cardiodigestivo acompanhados no ADOC (n = 65), em Mossoró-RN.**

| SINTOMAS       | N° | %    |
|----------------|----|------|
| Assintomático  | 8  | 12,3 |
| Digestivos     |    |      |
| Constipação    | 30 | 46,2 |
| Disfagia       | 28 | 43,1 |
| Pirose         | 10 | 15,4 |
| Epigastralgia  | 1  | 1,5  |
| Entalo         | 4  | 6,2  |
| Obstipação     | 2  | 3,1  |
| Regurgitação   | 2  | 3,1  |
| Refluxo        | 2  | 3,1  |
| Cardíacos      |    |      |
| Palpitação     | 34 | 52,3 |
| Dispneia       | 29 | 44,6 |
| Fadiga         | 26 | 40   |
| Lipotimia      | 25 | 38,5 |
| Dor precordial | 5  | 7,6  |
| Edema de MMII  | 13 | 20   |
| Síncope        | 11 | 16,9 |

Fonte: ADOC (2023)



## DISCUSSÃO

Neste estudo, reportou-se para a compilação do perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com Doença de Chagas atendidos no ADOC da FACS/UERN. Nesse sentido, torna-se, a priori, pertinente compreender a relevância desse serviço para a população potiguar e demais estados que não teriam um atendimento especializado de forma gratuita para o seguimento e tratamento da doença, pois de acordo com <sup>(13)</sup> essa enfermidade mesmo que endêmica é dispendiosa para o setor público e não lucrativa para o setor privado, por apresentar um público de perfil socioeconômico baixo.

No período analisado na presente investigação, de 2011 a 2023, 14 cidades foram abrangidas no acompanhamento da DC na forma digestiva e cardiodigestiva. Ressalta-se, entretanto, que o ADOC possui uma abrangência superior a essas 14 cidades, uma vez que as formas pesquisadas nesse trabalho (digestiva e mista) correspondem a apenas cerca de 12,5% da população total contemplada pelo serviço.

Diante disso, foi possível estabelecer o perfil sociodemográfico da população estudada, que se apresenta majoritariamente por pacientes do sexo feminino, na fase da terceira idade, de procedência da zona rural com atividade laboral no campo, autodeclarados na cor parda, com baixo grau de escolaridade, com moradias em alguma fase da vida precárias como a casa de pau a pique e que já tiveram contato com o vetor, além de um estilo de vida sedentário, apresentando múltiplas comorbidades como a HAS e com complicações tardias da doença, como: o megaesôfago, o megacólon e a cardiomiopatia.

Nesse contexto, perfil similar foi identificado em Minas Gerais, no qual foi evidenciada uma população idosa, com predominância do sexo feminino, procedentes da zona rural e com baixo nível acadêmico, variando a autodeclaração de raça, sendo a maioria nessa região autodeclarados de cor branca <sup>(14)</sup>. Isso demonstra uma relação semelhante de perfis em diferentes regiões em que a doença é conside-

rada endêmica.

Chamou a atenção a quantidade de pacientes com baixo grau de escolaridade nesta pesquisa, na qual se evidenciou que 43 (66,2%) pacientes eram analfabetos ou apresentavam o ensino fundamental incompleto. Pode-se observar que esse é um fator predominante em outros estudos, que conferem a baixa escolaridade à realidade socioeconômica dessa população, em que se destaca o baixo poder aquisitivo e a baixa infraestrutura educacional da zona rural, o que condiciona um acesso precário ao sistema educacional de qualidade <sup>(15)</sup>.

No que se refere ao sexo e à idade, houve predomínio do feminino com 60% (39) da amostra e de pessoas idosas, cuja média de idade foi de 61,6 anos. Esses achados podem estar relacionados ao predomínio de mulheres na população brasileira, pois, de acordo com o último censo demográfico, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), 51% da população brasileira é composta por mulheres. Merece ênfase o fato de que, a partir dos 30 anos de idade, a proporção de mulheres se torna ainda maior em todas as regiões, ou seja, a população idosa também é em sua maioria composta por mulheres, pela maior expectativa de vida em relação aos homens <sup>(16)</sup>.

Além disso, estudos <sup>(17)</sup> demonstram uma menor busca dos homens aos serviços de saúde quando comparada às mulheres, tendo, dessa forma, um diagnóstico mais tardio de suas doenças. Por fim, associa-se a esses fatores à cronicidade da DC, na qual os sintomas da apresentação crônica podem aparecer décadas após a infecção, fazendo com que os indivíduos busquem atendimento quando já estão com complicações da doença, como o megaesôfago, o megacólon ou a cardiomiopatia <sup>(18)</sup>.

Quanto à procedência, foi visto um discreto predomínio da zona rural em relação à zona urbana, na qual a primeira representa 50,8% (33) da amostra e a segunda 49,2% (32). Destacou-se principalmente as cidades que fazem parte da mesorregião do Alto Oeste Potiguar. Nesse sentido, essa região representa uma área endêmica

para a DC, como evidencia estudo <sup>(19)</sup> no qual se realizou uma pesquisa com 423 indivíduos no município de Felipe Guerra e cidades circunvizinhas, chegando ao resultado que 6,6% (27) dessa amostra era infectada pelo *Trypanosoma cruzi*.

Além desse, surtos de DC na região, confirmou 18 casos de DC em 4 cidades da região após ingestão de caldo de cana, advindo da mesma procedência <sup>(20)</sup>. Nesse sentido, a zona rural da mesorregião do Alto Oeste potiguar se torna uma área endêmica, tanto pelos seus aspectos naturais de vegetação e clima, quanto das ocupações humanas de forma não controlada.

Outrossim, foi identificada que a grande prevalência da DC nessa região está relacionada à associação entre a zona de habitação, a atividade laboral e as condições de moradia. Nesse estudo, foi visto que 43% (28) desempenhavam atividades no campo, como a agricultura e a pesca. Além disso, 84,6% (55) dessa população residiu em algum momento da vida em casa de pau a pique, sendo que 3,1% (2) ainda residem nessas condições e que 62,5% (40) possuem armazém ou galinheiro no peridomicílio.

Esses dados, como ponderam <sup>(21)</sup> contribuem para identificar as possíveis formas de transmissão da doença, pois a precariedade da habitação e a presença de reservatórios naturais como armazéns ou galinheiros, assim como a atividade laboral no campo são grandes condicionantes para a transmissão vetorial da doença, uma vez que são fatores comuns entre os infectados pelo *Trypanosoma cruzi* nessa pesquisa.

Reforça, ainda, essa hipótese o fato de que 84,6% (55) dos pacientes já tiveram contato com o *Triatoma infestans*, bem como 86,2% (56) nunca receberam transfusão sanguínea e 92,3% (60) nunca doaram, o que demonstra uma baixa probabilidade de transmissão da doença por meio transfusional. Dessa forma, entende-se que a principal forma de transmissão presente na população de estudo é a vetorial.

Em relação à prevalência da DC na forma digestiva e cardiodigestiva no ADOC, de um total de 528 paciente analisados, 65

pacientes apresentavam pelo menos a forma digestiva da doença, o que representa uma prevalência de cerca de 12,3% (65) de todos os pacientes do ambulatório. Ainda, desses 65 pacientes, 52,3% (34) apresenta a forma digestiva e 47,7% (31) a forma cardiodigestiva.

No contexto brasileiro, a prevalência da forma digestiva da DC tem sido estimada por meio do diagnóstico da esofagopatia e colonopatia, conduzido em pesquisas radiológicas realizadas em populações chagásicas residentes em áreas endêmicas. Com isso, em sete estudos, que englobaram 2.073 casos, a prevalência variou entre 7,1% e 18,8%, com uma média de 8,8% (22). Dessa forma, compreende-se que a prevalência no ADOC, de 12,3% está dentro da média nacional.

No presente estudo, 87,7% (57) dos pacientes apresentavam alguma sintomatologia relacionada à doença de chagas, tendo relação com as complicações decorrentes das ações dos protozoários ao longo dos anos, enquanto 12,3% (8) não apresentaram sintomatologia típica da DC. Esses pacientes sem sintomas foram enquadrados como forma digestiva pelos resultados de exames como o enema opaco e o esofagograma.

Com isso, a sintomatologia, principalmente na população idosa pode ser variável, uma vez que pode apresentar-se com sintomas mais leves, como: uma pirose ou até complicações mais graves como o megaesôfago, megacólon ou cardiomiopatia. Associado a isso, pode ocorrer a existência de outras comorbidades, como: doenças metabólicas e cardiovasculares tornam o diagnóstico e o tratamento mais difíceis. Por isso, os estudos epidemiológicos possuem uma grande importância ao identificar o público mais susceptível a essas condições. Desse modo, esses aspectos associados ao conhecimento acerca das complicações e dos aspectos clínicos da sintomatologia dessa população possibilita a condução terapêutica adequada (23).

Os sintomas gastrointestinais mais prevalentes foram a constipação com 49,3% (32), disfagia com 43,1% (28), pirose com 18,5% (12) e entalo com 6,2% (4). Nesse

prisma, esses sintomas são decorrentes dos distúrbios de motilidade tanto do esôfago quanto do cólon. Resultados parecidos foram encontrados em Teresina, no estado do Piauí, ao analisar os casos de DC em um hospital terciário da cidade. Foram avaliados, assim, 76 pacientes e a disfagia foi o principal sintoma, com 69,6% e em segundo a constipação com 39,1% dos casos, por fim a perda de peso com 39,1% (24).

Já os sintomas cardíacos são causas da cardiomiopatia fibrosante que pode gerar quatro síndromes principais, dentre elas: insuficiência cardíaca, arritmias, manifestações anginosas e eventos tromboembólicos. Dentre os sintomas mais presentes na população participante neste estudo se destacam a palpitação, com 52,3% (34), dispneia com 44,6% (29), fadiga com 40% (26), lipotimia com 38,5% (25), edema de membros inferiores com 20% (13) e dor torácica com 9,2% (6).

Esses sintomas são típicos da insuficiência cardíaca, sendo a dispneia aos pequenos esforços e a presença de edema de membros inferiores sinais de alarme e de gravidade da IC (25). Estudo semelhante mostra resultados sinérgicos, dos quais 50% de sua amostra apresentava dispneia, 47,6% palpitações e 40,5% apresentavam histórico de lipotimia/síncope (26).

Logo, os achados descritos no estudo corroboram a literatura existente sobre os sinais e sintomas típicos da insuficiência cardíaca, reforçando a importância da identificação precoce e da gestão adequada da condição para evitar complicações graves, como hospitalizações recorrentes e morte prematura. O manejo adequado dos sintomas, juntamente com intervenções farmacológicas e não farmacológicas, pode melhorar significativamente o prognóstico dos pacientes com insuficiência cardíaca.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com acometimento digestivo e cardiodigestivo atendidos no Ambulatório de Do-

enças de Chagas da UERN. Constatou-se que esse perfil é caracterizado pela maioria de mulheres, com idade avançada, com baixo nível de escolaridade, residentes na zona rural e com histórico de moradia em condições precárias, como: casas de taipa. A maioria desses indivíduos apresenta formas graves da doença, como: megaesôfago, megacólon e cardiomiopatia, associadas a comorbidades prevalentes, como: hipertensão arterial e distúrbios cardíacos.

Esses resultados destacam a importância do acompanhamento especializado oferecido pelo ADOC, que atende uma população vulnerável, cujas características clínicas e sociodemográficas demandam uma abordagem integral. As condições sociais e econômicas dessa população estão diretamente ligadas aos achados, refletindo desigualdades que dificultam o acesso a cuidados de saúde e favorecem a persistência de fatores de risco para a transmissão da Doença de Chagas, como: o contato com o vetor e as condições precárias de moradia. Esses aspectos reforçam a necessidade de uma abordagem integrada, que considere não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também os determinantes sociais da saúde.

Compreender, a partir da perspectiva da Saúde Coletiva, o perfil dessa população é essencial para desenvolver estratégias e medidas eficazes, especialmente em áreas endêmicas. Nesse contexto, é imprescindível a formulação de políticas, planejamento, avaliação e gestão públicas no combate à Doença de Chagas, especialmente em regiões endêmicas como o Alto Oeste Potiguar, com o objetivo de melhorar as condições de vida, fortalecer a prevenção e garantir o acesso ao tratamento. O atendimento especializado do ADOC da UERN é uma ferramenta crucial no controle da doença e na promoção da saúde, evidenciando a importância de serviços de saúde acessíveis e adequados às necessidades de populações em situação de vulnerabilidade social.



## REFERÊNCIAS

1. Brito JS, Killesse CTSM, Faria JL, Costa GAD, Silva LYT, Viana ATA. Doença de chagas: aspectos fisiopatológicos e históricos. *Rev Atenas Higeia*. 2019;1(2).
2. Galvão C, Junberg J. Vetores da Doença de Chagas no Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira de Zoologia; 2014.
3. Lane M, Tafuri WL, Bartholomeu DC, Neves DP, Melo ALd, Linardi PM, Almeida R. *Trypanosoma cruzi* e Doença de Chagas. *Parasitologia Humana*. 13ª ed. São Paulo: Atheneu; 2016.
4. Kratz JM, Bournissen FG, Forsyth CJ, Estani SS. Perfil clínico e farmacológico do benznidazol para o tratamento da doença de Chagas. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2018;11(10):943-957.
5. Dias JCP. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(esp):70-86.
6. Benck L, Kransdorf E, Patel J. Diagnosis and management of Chagas cardiomyopathy in the United States. *Curr Cardiol Rep*. 2018;20:1-8.
8. Bueno MMS, Alves OF. Manifestações da Doença de Chagas no esôfago. *Rev Saúde & Ciência em Ação*. 2015;1(1):119-131.
9. Santos Filho JCL. Qualidade de vida e fatores associados em indivíduos com doença de Chagas crônica. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas; 2017.
10. Marin-Neto JA, et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre diagnóstico e tratamento de pacientes com cardiomiopatia da Doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*. 2023;120(6):1-148.
11. Conitec - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de doença de chagas. Brasília: CONITEC; 2018. 141 p.
12. Freire MC, Pattussi MP. Tipos de estudos. In: Estrela C, editor. *Metodologia científica. Ciência, ensino e pesquisa*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2018. p. 109-127.
13. Silva EBD. Hospitalizações por doença de Chagas em hospital terciário em Teresina, Piauí: uma série de casos. Tese de doutorado. FIOCRUZ, Teresina; 2021.
14. Dias LF, Freitas MC, Senhorin BCS, Gorla VM, Hattori WT, Oliveira SVd. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com doença de Chagas em região endêmica no Brasil. *REFACS*. 2023;11(2):6409-6419.
15. Cardoso EJdS, Cavalcanti MAFd, Nascimento EGCd, Barreto MAFd. Perfil epidemiológico dos portadores de doença de Chagas: dos indicadores de risco ao processo de enfrentamento da doença. *Arq Ciência e Saúde*. 2017;24:41-46.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Política de revisão de dados divulgados das operações estatísticas do IBGE. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. 24 p.
17. Gonçalves FC, Faria CCC. O acesso aos serviços de saúde: uma análise na perspectiva do gênero. *Rev Centro Univ Pato de Minas: Perquirere*. 2016;1(13):135-147.
18. Almeida AMVd, Soares JABdM, Crizanto LMP, Pereira MdSV, Mota CdAX. Doença de Chagas: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e de transmissão. *Brazilian J Health Rev*. 2021;4(5):18931-18944.
19. Medeiros ACd, Nascimento EGCd, Cavalcanti MAFd, Neto EGdS, Andrade CdM, Pereira WdO. Soroepidemiologia da doença de Chagas em localidades limítrofes a áreas de risco no Oeste Potiguar. *Saúde e Meio Ambient: Rev Interdiscip*. 2022;11:131-140.
20. Vargas A, Malta JMAS, Costa VMd, Cláudio LDG, Alves RdV, Cordeiro GSdS, Aguiar LMA, Percio J. Investigação de surto de doença de Chagas aguda na região extra-amazônica, Rio Grande do Norte, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34:e00006517.
21. Silva FSP, Mello MLBd, Jorge TCdA. Doença de Chagas: enfrentando a invisibilidade pela análise de histórias de vida de portadores crônicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27:1939-1949.
22. Rezende JMd. A forma digestiva da doença de Chagas: histórico, quadro clínico e situação atual. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2019.
23. Jardim PFT, Fialho FG, Silva ALL, Sousa L, Silveira IG, Martins RAA, Martins LF, Oliveira LCd, Fernandes MM, Grillo MO. Sintomatologia da Doença de Chagas em pacientes idosos. *Rev Foco (Interdiscip J Stud)*. 2023;16(8).
24. Silva APd, Dantas GMdS, Silva PIFd, Medeiros ANGd, Junior TN. Doenças negligenciadas e indústria farmacêutica: o caso da Doença de Chagas. *Pesquisa, Sociedade e Desenv*. 2021;2:e21110212419.
25. Simões M, Romano MMD, Schmidt A, Martins KSM, Neto JAM. Cardiomiopatia da doença de Chagas. *Int J Cardiovasc Sci*. 2018;31:173-189.
26. Silva APd, Dantas GMdS, Silva PIFd, Medeiros ANGd, Junior TN. Doenças negligenciadas e indústria farmacêutica: o caso da Doença de Chagas. *Pesquisa, Sociedade e Desenv*. 2021;2:e21110212419.