

## Megaesôfago e megacólon na Doença de Chagas: classificação de casos e possibilidades de atuação da Atenção Primária à Saúde

*Megaesophagus and megacolon in Chagas Disease: classification of cases and possibilities of action in primary health care*

Jean Ezequiel Limongi<sup>1</sup>, Tiago Augusto Fernandes Peres<sup>2</sup>, Gabryella Londina Ribeiro Lima<sup>3</sup>, Lyanne Cintra Soares<sup>4</sup>, Denner Custódio Gomes<sup>5</sup>, Isabella Guzmán Núñez del Prado<sup>6</sup>, Stefan Vilges de Oliveira<sup>7</sup>

### RESUMO

Objetivos: classificar pacientes chagásicos com a forma digestiva da doença associando com variáveis demográficas, clínicas e de utilização de serviços de saúde, além de analisar as possibilidades de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no manejo e acompanhamento dos casos. Casuística e métodos: estudo transversal com base em dados secundários provenientes de prontuários. Foram utilizadas as classificações do megaesôfago e do megacólon propostas por Rezende (1982) e Silva (2013), respectivamente. Resultados: Foram analisados 156 prontuários, sendo 94 (60,2%) relativos a megaesôfagos, 29 (18,6%) a megacólons e 29 (18,6%) a ambas as formas clínicas. O maior número de internações ( $p=0,02$ ;  $OR=3,71$ ) e de dias internados ( $p<0,01$ ;  $OR=3,30$ ) foi associado aos pacientes classificados nos grupos III e IV de megaesôfago. Em relação ao sexo masculino ( $p=0,02$ ), o maior número de internações ( $p<0,0001$ ) e de dias internados ( $p<0,0001$ ) foi associado aos pacientes classificados no grau III de megacólon. Conclusões: Concluiu-se que a APS possui papel importante na diminuição da sobrecarga dos serviços de média e alta complexidade com o acompanhamento dos casos estáveis e menos graves e que a melhoria da qualidade de vida dos pacientes chagásicos é um efeito direto que pode ser esperado do protagonismo da APS neste cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Doença de Chagas. Megacólon. Megaesôfago.

### ABSTRACT

Objectives: To classify chagasic patients with the digestive form of the disease, associating with demographic, clinical, and use of health services variables, in addition to analyzing the possibilities of Primary Health Care (PHC) acting in the management and follow-up of cases. Casuistry and Methods: A cross-sectional study based on secondary data from medical records was conducted. We used the classification of megaesophagus and megacolon proposed by Rezende (1982) and Silva (2013), respectively. Results: 156 medical records were analyzed: 94 (60.2%) related to megaesophagus, 29 (18.6%) to megacolon, and 29 (18.6%) with both clinical forms. The highest number of hospitalizations ( $p=0.02$ ;  $OR=3.71$ ) and days hospitalized ( $p<0.01$ ;  $OR=3.30$ ) were associated with patients classified in groups III and IV with megaesophagus. Male gender ( $p=0.02$ ), more hospitalizations ( $p=0.0001$ ), and more days in the hospital ( $p=0.0001$ ) were all linked to patients classified as having grade III megacolon. Conclusions: We concluded that PHC has an important role in reducing the burden of medium and high-complexity services with the monitoring of stable and less severe cases. It also demonstrated the direct effect of PHC protagonism on the improvement of chagasic patients' quality of life.

**KEYWORDS:** Primary Health Care. Chagas Disease. Megaesophagus. Megacolon.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: julho de 2021 – Aceito: agosto de 2021

<sup>1</sup> Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2649-9842>. E-mail: [jeanlimongi@gmail.com](mailto:jeanlimongi@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2866-8585>

<sup>3</sup> Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9009-0238>

<sup>4</sup> Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0994-1854>

<sup>5</sup> Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8234-4322>

<sup>6</sup> Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2067-6951>

<sup>7</sup> Universidade Federal de Uberlândia (UFU). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5493-2765>

## INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC) é uma das principais doenças infecciosas negligenciadas. Há cerca de 6 a 7 milhões de pessoas infectadas por *Trypanosoma cruzi* no mundo, com dez a doze mil mortes anuais<sup>1</sup>. A América latina contempla 90% dos casos, pois o ciclo silvestre da doença ocorre nessa região<sup>2</sup>.

Na fase crônica da DC, de 60 a 70% dos casos permanecem na fase indeterminada, que é assintomática e sem comprometimento clínico. Entretanto, cerca de 30% dos casos crônicos evoluem para a forma clínica cardíaca e de 10% para as formas clínicas digestivas, quais sejam, o megaesôfago e megacólon<sup>3,4</sup>, caracterizando a fase determinada da doença.

A DC causa um grande impacto social e econômico, por causa da frequente utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos chagásicos e da necessidade precoce de benefícios previdenciários em virtude das incapacidades laborativas geradas. Em geral, a doença afeta uma população ainda economicamente ativa, gerando baixas qualidade e expectativa de vida dos doentes e causando impactos psicológicos importantes nesses pacientes, como medo, estresse, ansiedade, baixa autoestima e depressão<sup>3,5</sup>.

A estimativa para o Brasil, segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, é que haja atualmente pelo menos um (1) milhão de pessoas infectadas<sup>6</sup>. No entanto, em um estudo de revisão sistemática e metanálise publicado em 2014, estima-se que 4,6 milhões de brasileiros estejam infectados<sup>7</sup>.

A mortalidade por DC apresentou queda consistente nos últimos anos, no entanto ainda continua sendo uma causa importante e negligenciada de morte no país, sobretudo em pessoas acima de 50 anos<sup>8</sup>. Em estudo recentemente publicado sobre a mortalidade da DC no Brasil, os autores destacam a necessidade de garantir o acesso, cobertura e qualidade da atenção à saúde aos pacientes chagásicos, visando à prevenção da ocorrência de formas graves e de óbitos pela doença<sup>8</sup>. De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), foram registrados, entre 2000 e 2019 no Brasil, 94.788 óbitos por DC (causa básica). A Região Sudeste é a que contém o maior número de óbitos do País (47.285), sendo o estado de Minas Gerais (MG) a unidade da federação com o maior número de óbitos (23.825). Em números absolutos, o município de Uberlândia - MG, registrou o maior número do estado (1.937 óbitos) e o quinto maior do país, atrás apenas de São Paulo - SP, Brasília - DF, Goiânia - GO e Salvador - BA<sup>9</sup>.

A mortalidade por DC digestiva é consideravelmente menor que pela forma cardíaca, porém doentes com megaesôfago e/ou megacólon convivem com sintomas que afetam sobremaneira a qualidade de vida, causando transtornos como a disfagia, regurgitação, medo de comer, desnutrição,

prisão de ventre severa e presença de fecaloma<sup>10, 11</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro, tem papel importante na assistência a pacientes de DC e deve reconhecer, em seus territórios de abrangência, os indivíduos chagásicos para o devido acolhimento e atenção integral à saúde<sup>3, 12-16</sup>.

Este estudo teve como objetivo classificar pacientes chagásicos com a forma digestiva da doença em associação com as variáveis demográficas, clínicas e de utilização de serviços de saúde, além de analisar as possibilidades de atuação da APS no manejo e acompanhamento dos casos.

## **CASUÍSTICA E MÉTODOS**

O estudo foi realizado com base em dados secundários provenientes dos prontuários de portadores de Doença de Chagas Crônica (DCC) de municípios de Uberlândia, MG, acompanhados nas dependências do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e que tiveram seus atendimentos realizados entre março de 2018 e março de 2020. Esses pacientes foram atendidos nos setores Ambulatório, Enfermarias e Pronto Socorro. Os dados foram coletados no Setor de Arquivos Médicos do hospital (SAME). Para a busca, utilizou-se na pesquisa dos seguintes CIDs: B57. 3, K93.1 e K 23.1.

Um instrumento de coleta de dados foi criado pelos próprios pesquisadores. Nesse formulário, foram levantadas as seguintes variáveis: sexo, idade, número de internações, de dias internados, de idas ao pronto socorro e de idas ao ambulatório e as comorbidades associadas. Para a caracterização dos megaesôfagos e megacólons, foram utilizadas as classificações propostas por Rezende (1982)<sup>17</sup> e Silva e colaboradores (2003)<sup>18</sup>, respectivamente, descritas nos quadros 1 e 2, apresentados na próxima página. Esses foram classificados em graus e grupos de acordo com as alterações da função e do aspecto radiológico, possibilitando uma divisão prática da evolução da doença.

**Quadro 1** – Classificação radiológica do megaesôfago por grupos

Grupos	Descrição
GRUPO I	Apresenta diâmetro do esôfago dentro dos limites normais, sem estase alimentar, mas com aumento do tempo de trânsito dos alimentos da boca até o estômago. Predominam distúrbios motores funcionais sem dilatação correspondente.
GRUPO II	Apresenta dilatação moderada do esôfago e perda da coordenação motora. Ondas secundárias e terciárias podem ser apresentadas no esofagograma.
GRUPO III	Ocorre dilatação mais acentuada do que a do grupo II, tempo de trânsito mais prolongado e atividade motora diminuída. O esôfago se comporta como um tubo inerte.
GRUPO IV	Consiste de formas avançadas com grande dilatação e alongamento do esôfago (dolico megaesôfago).

Fonte: Rezende, 1982<sup>17</sup>.

**Quadro 2** – Classificação radiológica do megacólon em graus

Graus	Descrição
GRAU I	Grupo de interseção entre normais e patológicos. O eixo transversal mede entre 5 e 9 cm (inclusive).
GRAU II	Patológico; o eixo transversal mede entre 9 e 13 cm (inclusive).
GRAU III	Patológico; neste grupo se encaixaram todos os eixos transversais com medidas superiores a 13 cm.

Fonte: Silva et al., 2003<sup>18</sup>.

A evolução clínica dos pacientes ao longo do tempo foi considerada depois das intervenções do complexo hospitalar que ficaram registradas nos prontuários médicos. Dessa maneira, o quadro clínico I foi a classificação em que o indivíduo se encontrava no momento do primeiro relato em prontuário, afirmando este ser portador da DC. O quadro clínico II se refere aos registros mais recentes dos prontuários dos pacientes, na data limite deste estudo.

Foi construído um banco de dados específico para este estudo no programa de informática Epi Info™ 7.2.2. Ainda nesse programa, foi realizada a entrada e a análise de dados, bem como calculadas as medidas de frequência, significância e associação.

A realização da análise obedeceu às seguintes etapas: distribuição da frequência das variáveis coletadas para a população pesquisada e consistência dos dados. Inicialmente foi realizada a distribuição de frequências de todas as variáveis pesquisadas, caracterizando-se a amostra estudada segundo aspectos demográficos, clínicos, laboratoriais e de manejo. Posteriormente foi realizada a análise

bivariada. Nas comparações para duas proporções, foi utilizado o Teste Exato de Fisher ou o Teste Qui quadrado ( $\alpha=5\%$ ). Para as variáveis contínuas, foram utilizados os testes ANOVA e Kruskal-Wallis ( $\alpha=5\%$ ). Para quantificar a associação entre os possíveis fatores associados, foi usada a *Odds Ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95%.

O Sistema de Informação Geográfica QGIS, versão 2.18 (*Open Source Geospatial Foundation*, Chicago, Illinois, Estados Unidos), foi utilizado para a espacialização dos dados. Com esse sistema, foram elaborados mapas temáticos com as áreas de calor para as diferentes classificações de megaesôfago e megacólon, sobrepostos a uma camada (*Open Street Map*) com a informação territorial do município de Uberlândia.

As possibilidades de atuação da APS no manejo e acompanhamento dos casos foram avaliadas e analisadas com base nas premissas básicas da Política Nacional de Atenção Básica, com destaque para a responsabilidade sanitária das equipes pela população adscrita, cuidado centrado na pessoa, longitudinalidade do cuidado e integração entre a Vigilância em Saúde e a APS<sup>19</sup>. Além disso, foram consideradas as recomendações de acompanhamento longitudinal de pacientes chagásicos crônicos descritas no II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas<sup>3</sup> e no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas do Ministério da Saúde<sup>13</sup>.

Este estudo obteve parecer favorável (nº 3.655.664) do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia, MG.

## RESULTADOS

Foram analisados 156 prontuários. Dentre estes, 94 (60,2%) eram de pacientes com megaesôfago, 29 (18,6%) com megacólon, 29 (18,6%) com ambas as formas clínicas digestivas e 4 (2,6%) sem a especificação da forma clínica digestiva. Além disso, 99 (63,5%) desses pacientes também apresentavam a forma cardíaca da doença.

Entre os pacientes com megaesôfago, houve predominância do sexo masculino (63; 51,2%), sendo a média de idade de  $68,3 \pm 11,14$ . Hipertensão (61; 49,6%), tireoidopatias (21; 17,1%), diabetes (11; 8,9%) e doença pulmonar obstrutiva crônica (11; 8,9%) foram as comorbidades mais frequentes. Não houve significância entre a presença dessas comorbidades e a classificação radiológica do megaesôfago. Por essa classificação, 63 pacientes (51,6%) foram incluídos nos grupos III e IV. Os maiores números de internações ( $p=0,02$ ;  $OR=3,71$ ) e de dias internados ( $p<0,01$ ;  $OR=3,30$ ) foram associados aos pacientes classificados nos grupos III e IV de megaesôfago. Alguns prontuários não tinham dados suficientes para a classificação dos pacientes nos grupos propostos, por isso houve variações no total de cada variável analisada (Tabela

1).

**Tabela 1** – Análise bivariada entre a classificação do megaesôfago apresentada pelos pacientes chagásicos e fatores demográficos e de utilização de serviços de assistência em saúde

Variáveis	Classificação do megaesôfago			OR (IC 95%)	Valor de p <sup>a</sup>
	Grupo I/II N (%)	Grupo III/IV N (%)	Total N (%)		
Sexo (N=122)					
Feminino	27 (45,0)	33 (55,0)	60 (100)	1	0,58
Masculino	32 (51,6)	30 (48,4)	62 (100)	0,78 (0,37-1,57)	
Nº de internações (N=121)					
0 a 3	54 (54,0)	46(46,0)	100 (100)	1	0,02
Mais de 3	5 (23,8)	16 (376,2)	21 (100)	3,71 (1,30-13,9)	
Nº de dias internados (N=121)					
Até 10 dias	44 (60,3)	29 (39,7)	73 (100)	1	< 0,01
Mais de 10 dias	15 (31,3)	33 (68,7)	48 (100)	3,30 (1,53-7,29)	
Nº de idas ao Pronto Socorro (N=120)					
0 a 5	57 (50,9)	55 (49,1)	112 (100)	1	0,06 <sup>b</sup>
Mais de 5	1 (12,5)	7 (87,5)	8 (100)	7,15 (1,05-167,37)	
Nº de idas ao ambulatório (N=122)					
Até 10	30 (56,6)	23 (43,4)	53 (100)	1	0,15
Mais de 10	29 (47,1)	40 (57,9)	69 (100)	1,79 (0,82-3,95)	
Média ± DP					
Idade em anos (N=122)	67,76 ± 13,4	68,80 ± 8,66			0,83 <sup>c</sup>

OR: *Odds Ratio*; DP: Desvio Padrão. <sup>a</sup> Teste do Qui Quadrado; <sup>b</sup> Teste exato de Fisher; <sup>c</sup> Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: elaborada pelos autores

No Quadro 3, foi avaliada a evolução clínica dos pacientes ao longo do tempo em que foram atendidos no Hospital de Clínicas. Dos 32 pacientes que estavam classificados inicialmente no grupo I, 81,2% permaneceram nesse grupo, enquanto 9,3% tiveram piora clínica, sendo transferidos para o Grupo II, e outros 9,3%, para o Grupo III. Dos 23 pacientes que inicialmente estavam classificados no grupo II, 60,9% estabilizaram-se nessa classificação e 8,7% tiveram melhora clínica, passando para o Grupo I. No entanto também houve piora clínica, com 13,0% desses pacientes evoluindo para o grupo III e 17,4% para o grupo IV. Em relação aos 33 indivíduos que estavam classificados inicialmente no grupo III, 60,6% permaneceram nesse grupo e 24,2% tiveram melhora clínica, evoluindo para o grupo II. Piora clínica para

o grupo IV foi observada em apenas 15,2% dos casos. Dos 24 pacientes que se encontravam inicialmente no grupo IV, 75,0% se mantiveram nessa condição, sendo observada uma melhora clínica para o grupo III em 20,8% dos pacientes e 4,2% para o grupo II (Quadro 3).

**Quadro 3** – Classificação do megaesôfago avaliados em duas etapas

Classificação do megaesôfago (Quadro clínico I)	Classificação do megaesôfago (Quadro clínico II)				
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Total
Grupo I	26	3	3	0	32
% Linha	81,2	9,3	9,3	0	100
% Coluna	92,9	11,5	9,6	0	27,6
Grupo II	2	14	3	4	23
% Linha	8,7	60,9	13,0	17,4	100
% Coluna	7,1	53,8	9,7	14,8	19,8
Grupo III	0	8	20	5	33
% Linha	0	24,2	60,6	15,2	100
% Coluna	0	30,8	64,5	18,5	31,3
Grupo IV	0	1	5	18	24
% Linha	0	4,2	20,8	75,0	100
% Coluna	0	3,9	16,2	66,7	21,5
Total	28	26	31	27	112
% Linha	27,6	22,4	26,7	23,3	100
% Coluna	100	100	100	100	100

Amarelo: Estabilização do quadro clínico; Vermelho: Piora do quadro clínico; Verde: Melhora do quadro clínico. Azul: ausência de pacientes na condição apresentada

Fonte: elaborado pelos autores

Entre os pacientes de megacólon, houve predominância de pacientes do sexo feminino (32; 55,2%), com média de idade de  $69,7 \pm 11,06$ . A hipertensão (33; 56,9%), tireoidopatias (7; 12,1%) e diabetes (6; 10,3%) foram as comorbidades mais frequentes. No grau III, foram classificados 12 (21,8%) de megacólon. Em relação ao sexo masculino ( $p=0,02$ ), maior número de internações ( $p<0,0001$ ) e de dias internados ( $p<0,0001$ ) foram as variáveis associadas aos pacientes classificados nesse grau. Em alguns prontuários não havia dados suficientes para a classificação dos pacientes nos grupos propostos, por isso

houve variações no total de cada variável analisada (Tabela 2).

**Tabela 2** – Análise bivariada entre a classificação do megacólon apresentada pelos pacientes chagásicos e fatores demográficos e de utilização de serviços de assistência em saúde

Variáveis	Classificação do megacólon			Total N (%)	Valor de p <sup>a</sup>
	Grau I N (%)	Grau II N (%)	Grau III N (%)		
Sexo (N=55)					
Feminino	23 (74,2)	3 (9,7)	5 (16,1)	31 (100)	0,02
Masculino	9 (37,5)	8 (33,3)	7 (29,2)	24 (100)	
Nº de internações (N=55)					
0 a 3	31 (70,5)	8 (18,2)	5 (11,3)	44 (100)	< 0,0001
Mais de 3	1 (9,1)	3 (27,3)	7 (63,6)	11 (100)	
Nº de dias internados (N=55)					
Até 10 dias	24 (80,0)	5 (16,7)	1 (3,3)	30 (100)	< 0,0001
Mais de 10 dias	8 (32,0)	6 (24,0)	11 (44,0)	25 (100)	
Nº de idas ao Pronto Socorro (N=55)					
0 a 5	30 (62,6)	9 (18,7)	9 (18,7)	48 (100)	0,16
Mais de 5	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)	
Nº de idas ao ambulatório (N=55)					
Até 10	15 (55,6)	5 (18,5)	7 (29,3)	27 (100)	0,75 <sup>b</sup>
Mais de 10	17 (60,7)	6 (21,4)	5 (17,9)	28 (100)	
<b>Média ± DP</b>					
Idade em anos (N=55)	69,03 ± 11,04	69,80 ± 11,94	75,08 ± 7,54		0,24 <sup>c</sup>

OR: *Odds Ratio*; DP: Desvio Padrão; <sup>a</sup> Teste Exato de Fisher; <sup>b</sup> Teste do Qui Quadrado; <sup>c</sup> Teste ANOVA

Fonte: elaborada pelos autores

Dos 29 pacientes que estavam inicialmente classificados como grau I, 89,7% permaneceram nessa classificação, 6,9% tiveram piora clínica, evoluindo para o grau II e 3,4% para o grau III; 11 pacientes estavam inicialmente classificados como grau II, desses 72,7% estabilizaram-se nesse grau e 27,3% apresentaram melhora clínica, passando a ser classificados no grau I; dentre outros 11 pacientes

classificados no grau III, 63,6% permaneceram nessa classificação e 36,4% tiveram melhora clínica, passando do grau III para o grau I (Quadro 4).

**Quadro 4** – Classificação do megacólon avaliadas em duas etapas

Classificação do megacólon (Quadro clínico I)	Classificação do megacólon (Quadro clínico II)			Total
	Grau I	Grau II	Grau III	
Grau I	26	2	1	29
% Linha	89,7	6,9	3,4	100
% Coluna	78,8	20,0	12,5	56,9
Grau II	3	8	0	11
% Linha	27,3	72,7	0	100
% Coluna	9,1	80,0	0	21,6
Grau III	4	0	7	11
% Linha	36,4	0	63,6	100
% Coluna	12,1	0	87,5	21,6
Total	33	10	8	51
% Linha	64,7	19,6	15,7	100
% Coluna	100	100	100	100

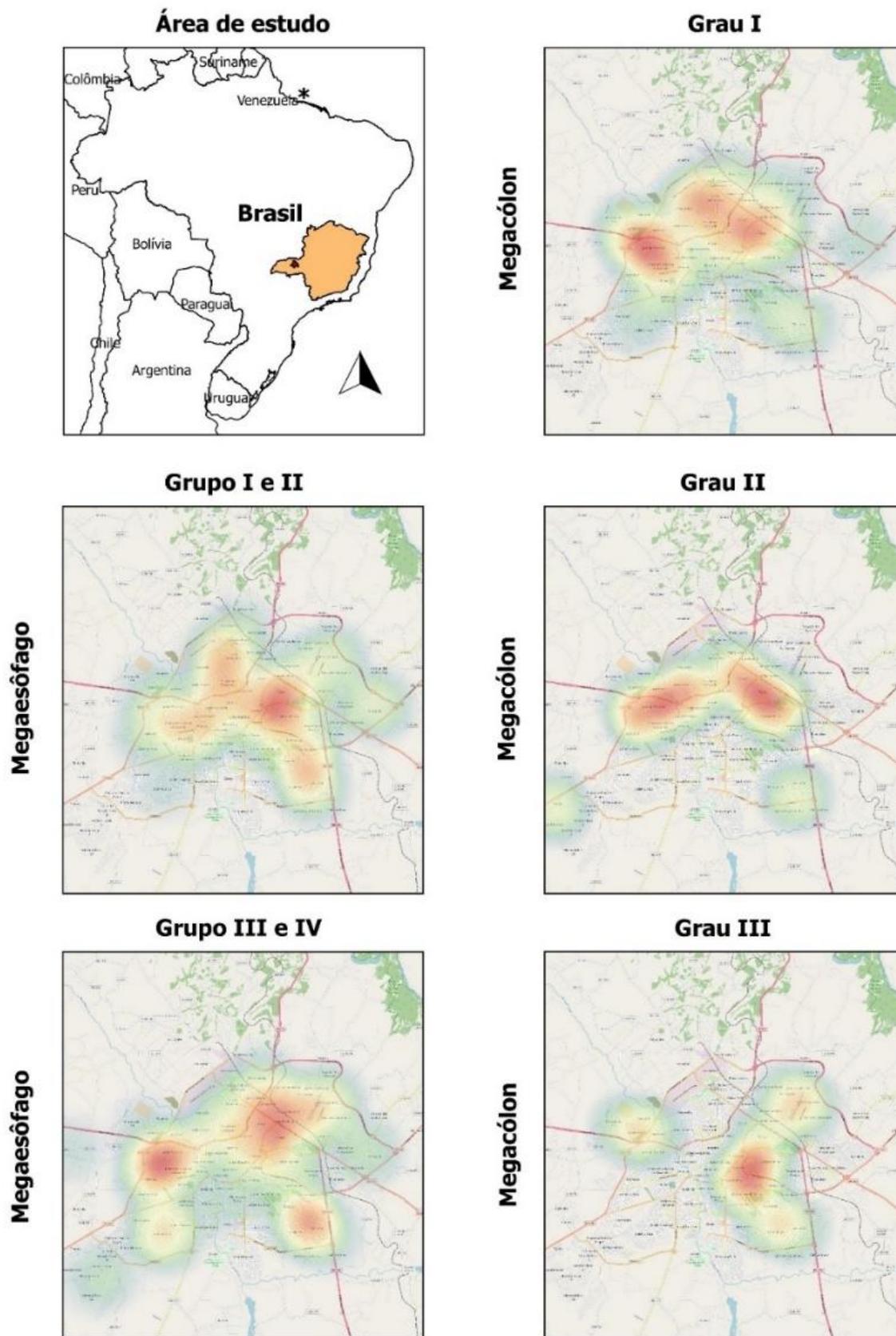
Amarelo: Estabilização do quadro clínico; Vermelho: Piora do quadro clínico; Verde: Melhora do quadro clínico.

Azul: ausência de pacientes na condição apresentada

Fonte: elaborado pelos autores

Na página seguinte, a Figura 1 mostra a distribuição de casos de megaesôfago e megacólon no território do município de Uberlândia. Para os casos de megaesôfago, áreas de calor foram mais evidentes nas zonas leste, oeste e central do município. Para os casos de megacólon, as áreas de calor também apareceram nas zonas leste, oeste e central, além de nas zonas norte e sul.

**Figura 1** – Mapas de calor de casos de DC digestiva segundo a classificação radiológica da evolução clínica de megaesôfago e megacólon, Uberlândia, MG



Fonte: elaborada pelos autores

## DISCUSSÃO

Durante as últimas décadas, o combate aos vetores da DC no Brasil obteve grande êxito, inclusive com certificação de interrupção de transmissão por *Triatoma infestans* no território brasileiro, obtida em 2006<sup>3</sup>. O sucesso do controle da transmissão vetorial da DC não foi acompanhado por políticas públicas de assistência às pessoas que convivem com a fase crônica da doença e nem por uma vigilância epidemiológica ativa desses casos. O resultado disso são estimativas imprecisas do número de infectados e doentes no país bem como a carência de programa específico de acompanhamento dos doentes chagásicos<sup>20</sup>.

Sobre a Doença de Chagas Crônica (DCC), conforme caracterizado por Siriano e colaboradores (2020)<sup>21</sup>, há um grande silêncio epidemiológico no Brasil. Isso ocorre principalmente devido à falta de dados públicos oficiais. Diante disso, em 2013 o estado de Goiás, de forma pioneira, instituiu a obrigatoriedade da notificação dos casos de DCC<sup>22</sup>. Posteriormente, em 2018, o estado de Minas Gerais também incluiu a doença em sua lista estadual e, finalmente, em 2020 o Ministério da Saúde incluiu a DCC na lista nacional de doenças de notificação compulsória<sup>23, 24</sup>. A notificação de casos crônicos ainda é incipiente e sem definição clara sobre os procedimentos de diagnóstico confirmatório dos casos, mas, sem dúvida, representa um grande avanço para o conhecimento da realidade da DC no país. Em relação a DC digestiva, de menor prevalência e mortalidade quando comparada com a forma cardíaca, o desconhecimento da real situação epidemiológica é ainda maior. Por causa disso, estudos acadêmicos que caracterizam e classificam os casos assumem importância prática imediata, com possibilidades de aplicação dos resultados na saúde pública.

Neste estudo, foi demonstrado que uma porcentagem expressiva de pacientes com megaesôfago e megacólon estavam classificados em grupos e graus mais brandos. De fato, os casos no Brasil, em sua maioria, apresentam quadro clínico não grave, devendo ser acompanhados, preferencialmente, no âmbito da APS, inclusive com possibilidade de tratamento dos pacientes com benznidazol<sup>13</sup>. É consenso atualmente que a APS se constitui em local privilegiado para o manejo e acompanhamento dos pacientes chagásicos de forma longitudinal<sup>3,12-15,25</sup>. Pacientes com a doença aguda não grave, fase crônica indeterminada, fase crônica cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva, com doença estável e não grave e gestantes com DC em fase crônica, sem comorbidades, são passíveis de acompanhamento nesse nível de atenção à saúde<sup>13</sup>. Essas ações devem ser guiadas pelos princípios que norteiam a APS, como a territorialização, intervenções multiprofissionais, atendimento humanizado, cuidado centrado na pessoa, longitudinalidade do cuidado e resolutividade<sup>3</sup>.

Em caso de evolução da doença, os pacientes devem ser encaminhados para serviços

especializados, porém com manejo integrado à APS (referência e contrarreferência)<sup>3, 25</sup>. Neste estudo, os casos mais graves de megaesôfago e megacólon estiveram associados com o maior número de internações e, conseqüentemente, de dias internados no Hospital de Clínicas, demonstrando o impacto dos casos graves no sistema de saúde. Na maioria das vezes, esses casos têm indicação cirúrgica, e isso reflete a dependência dos serviços hospitalares<sup>26</sup>. No entanto, para casos de megaesôfago e megacólon de pacientes com idade avançada, sem complicações, oligossintomáticos, com alto risco de tratamento cirúrgico ou que se recusam a fazer esse procedimento, o tratamento clínico é o mais indicado. Nesses casos, o aconselhamento e a educação em saúde, adequação dos hábitos alimentares e uso de fármacos são recomendados e passíveis de serem executados e acompanhados na APS<sup>3, 13</sup>. Mesmo antes da evolução crônica que pode levar a formação desses megas, manifestações digestivas básicas da DC, como a disfagia e constipação, também podem ser acompanhadas e avaliadas na APS<sup>3</sup>.

Os pacientes diagnosticados com megaesôfago e megacólon apresentavam, nesse estudo, idade média acima dos 65 anos e comorbidades frequentes da senilidade, como hipertensão, diabetes, tireoidopatias e DPOC, amplificando os riscos dos indivíduos e as demandas do sistema. A APS, como primeiro acesso dos indivíduos às redes de atenção, possui papel fundamental no atendimento integral desses indivíduos, com ações de diagnóstico, rastreamento, controle, prevenção, educação, tratamento e referenciamento dos casos clínicos para diminuir os impactos advindos da patologia e das comorbidades associadas<sup>14, 27</sup>. No entanto, mesmo em áreas tradicionalmente endêmicas para a DC, foi demonstrado que existem falhas na detecção e no acompanhamento de casos da doença, muito associadas ao desconhecimento da equipe de forma geral, o que resulta em um baixo número de registros de pacientes portadores da doença nas unidades básicas de saúde dos municípios<sup>15</sup>.

O desconhecimento técnico e a insegurança dos profissionais médicos que atuam na APS é uma importante barreira para a condução clínica ideal dos casos de DC<sup>29</sup>. Também entre os agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo rastreamento de casos na população e importante elo de mediação entre a comunidade e os serviços, o desconhecimento é evidente<sup>15</sup>. Essas limitações das equipes afetam sobremaneira a detecção e a atenção adequada aos casos. Nesse sentido, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) do Ministério da Saúde do Brasil elaborou o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas em 2018*<sup>13</sup>. Esse protocolo tem como público-alvo os profissionais de saúde envolvidos na atenção a pessoas com DC, em especial médicos de família e comunidade, internistas, cardiologistas, obstetras, infectologistas, gastroenterologistas e enfermeiros que atuam na APS.

O sexo masculino esteve associado aos graus mais graves de megacólon. É sabido que os homens usualmente não são assistidos de forma adequada por serviços de APS. Isso ocorre por resistência e/ou

desinteresse da própria população masculina ou por falta de programas específicos voltados para esse público. Em geral, a busca por serviços médicos concentra-se em situações de emergência e urgência ou consultas especializadas, como a demonstrada neste estudo<sup>28</sup>. Em consequência disso, casos mais graves da maioria das doenças, sejam elas transmissíveis ou não transmissíveis, têm maior prevalência nessa população. Nesse caso, a busca ativa para atingir grupos-alvo mais vulneráveis, como o sexo masculino, é imperativa, destacando mais uma vez a importância da APS no contexto da DC, principalmente a atuação do ACS no rastreamento.

Avaliando o quadro clínico dos pacientes de megaesôfago e megacólon em dois momentos distintos (primeiro registro e último registro no prontuário), foi possível observar que a estabilidade na classificação radiológica ao longo dos anos foi o evento mais comum. Isso reflete a evolução lenta e crônica da doença, possibilitando oportunidades de intervenção dos serviços de saúde em cuidados que ofereçam qualidade de vida aos pacientes. Nos casos do megaesôfago, particularmente, a classificação radiológica não reflete, necessariamente, a duração da doença. Os casos podem evoluir rapidamente para as formas avançadas ou permanecerem estabilizados nos estágios iniciais por muitos anos<sup>3, 17</sup>. A falta de informação em relação ao tempo médio de observação entre os primeiros e os últimos registros dos prontuários foi uma limitação importante para este estudo.

Neste estudo, os casos de DC estavam distribuídos em todas as zonas do município, com áreas de calor bem delimitadas no território. Em todas essas áreas existem serviços de APS e a territorialização desses casos constitui ferramenta indispensável para um primeiro diagnóstico e para o acompanhamento longitudinal dos casos. Segundo Faria<sup>30</sup>, *“A territorialização da APS é um processo social e político importante para a realização dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.”* De fato, o Sistema Único de Saúde do Brasil, com destaque para a APS, é fundamentalmente um projeto de atenção à saúde territorializado<sup>30</sup>. No entanto, na prática, a territorialização das ações de saúde ainda é incipiente e fragmentada, renunciando-se a uma forma de operacionalização do sistema altamente eficiente.

## CONCLUSÃO

Em consonância com as estimativas nacionais, foi demonstrado neste estudo que, em sua maioria, os casos de DC digestiva analisados estavam classificados em graus e grupos não graves, além de grande parte deles exibir estabilidade clínica ao longo dos anos. Nesse contexto, a APS adquire importância fundamental na longitudinalidade do cuidado dos pacientes chagásicos. Recomenda-se a busca ativa nas populações adscritas, acompanhada por classificação clínica e territorialização dos casos. Esses casos

devem ser acompanhados pela APS, inclusive com tratamento clínico, sendo referenciados para serviços especializados apenas os casos mais graves. Conclui-se que a APS possui papel importante na diminuição da sobrecarga dos serviços de média e alta complexidade e que a melhoria da qualidade de vida dos pacientes chagásicos é um efeito direto que pode ser esperado com o protagonismo da APS nesse cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization. Chagas disease. [Acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/chagas-disease>.
2. World Health Organization. Chagas disease (also known as American trypanosomiasis) – factsheet. [Acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis))
3. Dias JCP, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016 [acesso em 2020 jun 19]; 25(esp):7-86. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25nesp/2237-9622-ess-25-esp-00007.pdf>. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000500002>
4. Ministério da Saúde (Brasil). Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
5. Hueb MFD, Loureiro SR. Revisão: aspectos cognitivos e psicossociais associados à Doença de Chagas. *Psicol estud*. 2005; 10(1): 137-42.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim Especial Doença de Chagas. 2021 [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/abril/14/boletim\\_especial\\_chagas\\_14abr21\\_b.pdf](https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/abril/14/boletim_especial_chagas_14abr21_b.pdf)
7. Martins-Melo FR, Ramos AN, Alencar CH, Heukelbach J. Prevalence of Chagas disease in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Acta Trop*. 2014; 130: 167-174.
8. Martins-Melo FR, Castro MC, Werneck GL. Levels and trends in Chagas disease-related mortality in Brazil, 2000-2019. *Acta Trop*. 2021; 220: 105948.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Mortalidade. Doença de Chagas. [Acesso em 2021 jun 06]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10br.def>
10. Magri Júnior JE, Naves BL, Ramos RF, Leite MD. Laparoscopic surgical treatment of achalasia by Heller-Pinotti's cardiomyotomy and fundoplication in patient with megaesophagus stage 4: Case report. *Rev Méd Minas Gerais*. 2017 [acesso em 2020 jul 20]; 27: e-1884. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2260>. <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170072>
11. Castro C, Hernandez EB, Rezende J, Prata A. Estudo radiológico do megacólon em área endêmica de doença de Chagas. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010 [acesso em 2020 jun 26]; 43(5):562–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/63m9r4qfkPcsWR4qxNP8sNf/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000500018>
12. Carvalho NB, Atala MM, Leite RM, Yasuda MAS. Manual de atendimento a pacientes com doença de Chagas: atenção básica 2014/2015. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2015.

13. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas Doença de Chagas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
14. Melo HNS, Oliveira AC, Lima IGM, Fonseca DV, Silva AL. Análise da Importância da atenção primária à saúde na prevenção e controle da Doença de Chagas. In: Sousa IC, organizador. Ciências da saúde no Brasil. Impasses e desafios 2. Ponta Grossa: Atena; 2020. p. 160-71.
15. Rodrigues FCS, Souza ICA, Araujo AP, Souza JMB, Diotaiuti LG, Ferreira RA. Agentes comunitários de saúde: percepção sobre os serviços de saúde relacionados à doença de Chagas. Cad Saúde Colet, 2020, 28(1):130-139.
16. Ivancko GM, Querino RA, Silva GCS, Borges RD, Limongi JE. Estratégia Saúde da Família e Vigilância em Saúde: conhecimento de médicos de família e comunidade sobre Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021 [acesso em 2020 jun 29]; 16:2733. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2733>. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2733](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2733)
17. Rezende JM. Classificação radiológica do megaesôfago. Rev Goiana Med. 1982, 28(3/4):187-91.
18. Silva AL, Giacomini RT, Quirino V do A, Miranda ES de. Proposta de classificação do megacólon chagásico através de enema opaco. Rev Col Bras Cir. 2003 [acesso em 2020 jun 26]; 30:4-10. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/yNGBKnQZkWvRWK6YrT4rP6w/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912003000100002>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 2017 set 22. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
20. Fundação Oswaldo Cruz (Brasil). Políticas de Controle e Notificação da Doença de Chagas: enfrentando o silêncio epidemiológico com a notificação dos casos crônicos. 2018 [acesso em 2021 jun 21]. Disponível em: <http://chagas.fiocruz.br/informacoes/controle-e-notificacao/>
21. Siriano LR, Marchiol A, Certo MP, Cubides JC, Forsyth C, Sousa FA. Mandatory Notification of Chronic Chagas Disease: Confronting the Epidemiological Silence in the State of Goiás, Brazil. Tropical Med Infect Dis. 2020 [acesso em 2020 jun 30]; 5:92. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7344818/pdf/tropicalmed-05-00092.pdf>. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed5020092>
22. Secretária Estadual de Saúde de Goiás. Resolução n. 004 de 6 de maio de 2013. Acrescenta agravos de interesse à saúde no elenco de doenças de notificação compulsória e dá outras providências. Diário Oficial de Goiás. 2013 mai 14; Ano 176. Nº 21.588.
23. Secretaria Estadual de Minas Gerais. Resolução nº 6.532, de 05 de dezembro de 2018. Acrescenta Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública de Interesse Estadual à Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Diário Oficial de Minas Gerais. 2018 dez 12; Ano 126. Nº 229:13
24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União. 2020 fev 19; (seção 1):97.
25. Dias JCP, Siqueira IOC, Dias RB. Doença de Chagas: diagnóstico e manejo na atenção primária à saúde. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed; 2012; 2067-80.

26. Morais BB, Martins P, Maiolini DD, Silva AL, Melo JRC. Concomitant lesions in Chagas' disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1991;3(7):523-6.
27. Mendes EV. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde—CONASS, 2015.
28. Moura EC de, Santos W dos, Neves ACM das, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2014 [acesso em 2020 jun 29]; 19:429–38. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SvzSh9fTZwFRGwTfKm4KXPF/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>
29. Ferreira AM, Sabino EC, Moreira HF, Cardoso CS, Oliveira CL, Ribeiro ALP et al. Avaliação do conhecimento acerca do manejo clínico de portadores da doença de chagas em região endêmica no Brasil. *Rev APS*. 2018 [acesso em 2020 jun 25]; 21(3):345-54. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16230>. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16230>
30. Faria RM. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2020 jun 26]; 25(11):4521–30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SvzSh9fTZwFRGwTfKm4KXPF/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>