

PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES NO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO EM PORTADORES DA DOENÇA DE CHAGAS

Prevalence of alterations in the stomatognathic system among patients with chagas disease

Daniele Andrade da Cunha ⁽¹⁾, Hilton Justino da Silva ⁽²⁾,
Silvia Regina Arruda de Moraes ⁽³⁾, Tetsuo Tashiro ⁽⁴⁾

RESUMO

Objetivo: investigar a presença de manifestações clínicas relacionadas ao Sistema Estomatognático em portadores da Doença de Chagas. **Métodos:** foram avaliados 50 portadores de Doença de Chagas, de ambos os gêneros, de 33 a 76 anos, do Ambulatório da Doença de Chagas da Universidade de Pernambuco (UPE), de Fevereiro a Abril de 2002. **Resultados:** os sintomas mais relevantes para o comprometimento do Sistema Estomatognático foram: ingestão de Líquidos na refeição 86%, plenitude gástrica 80%, boca amarga 68%, pirose 66%, entalhos 56%, dificuldade de respiração 54%, apnéia 52%, tosse noturna 52%, engasgos 46%, perda ponderal 42%, disfagia para sólido 40%, vômito 24%, disfagia para líquidos 12%, odinofagia 12%, entre outros. **Conclusão:** os resultados demonstraram que a Doença de Chagas pode causar uma desarmonia no Sistema Estomatognático, havendo a necessidade de mais pesquisas nesta área, bem como a possibilidade de intervenção fonoaudiológica nesses pacientes.

DESCRITORES: Doença de Chagas; Sistema Estomatognático; Fonoaudiologia

INTRODUÇÃO

O Sistema Estomatognático é descrito como um conjunto de estruturas bucais que desenvolvem funções comuns ¹⁻³, presente no contexto morfofuncional da face, utilizando-se de elementos ósseos, den-

tários (estruturas passivas ou estáticas) e neuromusculares (estruturas ativas) ⁴. Este sistema apresenta funções clássicas (respiração, mastigação, sucção, deglutição e fonoarticulação) que cumprem uma finalidade digestiva, bem como respiratória e as funções adaptativas (bocejo, beijo, mordida, expressão, vocalização, o ato de cuspir, sopro, fáceis, sorriso, uivo, o ranger dos dentes) e funções antiabrais (vômito, regurgitação, ânsias, eructação) com finalidade de comunicação, agressão ou defesa ⁵. As estruturas do Sistema Estomatognático precisam agir de forma conjunta, para realização das funções, de modo que, ao haver uma desordem em qualquer uma delas, ocorre um desequilíbrio generalizado ⁶. Porém em algumas situações, essa homeostase é rompida trazendo uma série de perturbações para o Sistema Estomatognático, como por exemplo a disfagia e dor torácica de origem não cardíaca. A disfagia é decorrente do retardo ou da resistência à passagem do bolo, que pode chegar a impactação dele na luz esofágica. A dor esofágica mais específica é a odinofagia, ou dor a deglutição que cessa após finalizado o ato de deglutição. Além disso, podem surgir outros sintomas referentes a essas manifes-

(1) Fonoaudióloga, Mestranda em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco, Docente da Universidade Federal de Pernambuco e da Faculdade Integrada do Recife.

(2) Fonoaudiólogo, Doutorando em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco, Docente da Universidade Federal de Pernambuco e da Faculdade Integrada do Recife.

(3) Fisioterapeuta, Doutora em Ciências (Anatomia Funcional: Estrutura e Ultra-Estrutura) pela Universidade de São Paulo, Docente da Universidade Federal de Pernambuco.

(4) Bacharel em Física, Mestre em Ciências Biológicas (Biofísica) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Docente da Universidade Federal de Pernambuco.

tações, como a azia ou pirose, e a regurgitação, com ou sem eructação ⁷.

Na sua forma digestiva, a moléstia de Chagas determina extenso comprometimento do aparelho digestivo, sobretudo das vísceras ocas. Essas alterações podem ser tão pronunciadas, que comprometem o normal desempenho das atividades do indivíduo, no setor social e econômico ⁸. O acometimento do tubo digestivo se manifesta principalmente no cólon e no esôfago, decorrentes de lesões nos gânglios do plexo mientérico e também, na túnica muscular do órgão ⁹⁻¹³. Tem como base fisiopatológica as alterações da motilidade do tubo digestivo, sobretudo a do esôfago e do cólon ¹⁴⁻¹⁷ com conseqüente aumento do calibre das porções finais do intestino grosso, denominado megacólon ou do esôfago (megaesôfago) ¹⁸. Os principais sintomas encontrados na esofagopatia chagásica são: disfagia, regurgitação, dor esofagiana, pirose, soluço, tosse, constipação intestinal, sialose, hipertrofia das glândulas salivares e desnutrição ^{17,19}.

Embora a literatura sobre Doença de Chagas e sua sintomatologia sejam bastante estudadas, há necessidade de estudos específicos que investiguem a presença das alterações do Sistema Estomatognático na Doença de Chagas. Assim, o objetivo desse estudo foi verificar a presença de manifestações clínicas relacionados ao Sistema Estomatognático em portadores da Doença de Chagas.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no Ambulatório da Doença de Chagas, do Hospital Universitário Oswaldo Cruz da Universidade de Pernambuco, que detém a maior concentração de pacientes portadores da Doença de Chagas atendido na cidade do Recife. Há aproximadamente 1.800 pacientes cadastrados, e atendimento mensal de 150 a 200 pacientes, dentre estes 70% do interior e 30% da região metropolitana do Recife. A população alvo deste estudo consistiu de 50 pacientes atendidos na Unidade de Insuficiência Cardíaca do Ambulatório da Doença de Chagas, a fim de detectar portadores da Doença de Chagas que apresentavam em seu quadro sintomatologia (quadro clínico), alterações na deglutição em virtude das possíveis complicações digestivas causadas pela doença.

A população estudada caracterizou-se por voluntários de ambos os gêneros, sendo predominantemente a participação dos voluntários do gênero feminino em relação ao masculino. A faixa etária predominante foi entre 56 e 60 anos (Tabela 1).

Estes pacientes foram entrevistados no período de fevereiro a abril de 2002. A coleta foi realizada através de entrevista dirigida, com o auxílio de questionário especialmente elaborado para esta pesqui-

sa. Neste questionário foram enfocados os prováveis sintomas relacionados ao sistema estomatognático. As questões foram realizadas de forma diretiva, onde o pesquisador abordava o paciente utilizando nomenclatura "popular" para os sintomas, visando facilitar o entendimento dos voluntários, baseando-se na literatura ²⁰⁻²¹. Os dados eram anotados no questionário pelo próprio pesquisador. Todos os voluntários tinham sorologia positiva para a Doença de Chagas e foram selecionados aleatoriamente.

Como método de análise, os resultados encontrados foram submetidos à estatística descritiva pelo programa SPSS, utilizando o teste de KENDALL'S para obtenção de freqüência e porcentagem, apresentadas na forma de tabela.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Hospital Universitário Oswaldo Cruz - Universidade de Pernambuco (CEP/HUOC/UPE) com número do protocolo 11.01.00015.

Questionário (investigação sobre a etiologia das manifestações clínicas)

Nº do prontuário:

Sorologia para doença de Chagas:

Estágio da doença /Forma da doença

Nome:

Idade:

Gênero:

SINTOMAS	SIM	NÃO
1. líquidos na refeição		
2. plenitude gástrica		
3. boca amarga		
4. pirose		
5. entalo		
6. difícil respirar		
7. apnéia		
8. tosse noturna		
9. intolerância à gordura		
10. tosse seca		
11. regurgitação		
12. engasgo		
13. halitose		
14. falta de apetite		
15. perda de peso		
16. sialorréia		
17. disfagia sólidos		
18. fáceis felina		
19. difícil eructar		
20. disgeusia		
21. soluço		
22. vômito		
23. mudança na voz		
24. disfagia líquidos		
25. odinofagia		

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto ao gênero e faixa etária

	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
<i>Gênero</i>		
Feminino	35	70%
Masculino	15	30%
<i>Idade</i>		
30 – 35	2	4%
36 – 40	0	0%
41 – 45	0	0%
46 – 50	5	10%
51 – 55	11	22%
56 – 60	14	28%
61 – 65	5	10%
66 – 70	9	18%
71 – 75	2	4%
76 – 80	2	4%

Tabela 2 – Distribuição dos sintomas relacionados ao Sistema Estomatognático presentes na amostra

SINTOMAS	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Líquidos na refeição	43	86%
Plenitude gástrica	40	80%
Boca amarga	34	68%
Pirose	33	66%
Entalo	28	56%
Difícil respirar	27	54%
Apnéia	26	52%
Tosse noturna	26	52%
Intolerância à gordura	25	50%
Tosse seca	25	50%
Regurgitação	24	48%
Engasgo	23	46%
Halitose	23	46%
Falta de apetite	21	42%
Perda de peso	21	42%
Sialorréia	21	42%
Disfagia sólidos	20	40%
Fáceis felina	20	40%
Difícil eructar	19	38%
Disgeusia	18	36%
Soluço	17	34%
Vômito	12	24%
Voz mudou	12	24%
Disfagia líquidos	6	12%
Odinofagia	6	12%

RESULTADOS

As principais manifestações clínicas que podem estar associadas à forma digestiva da Doença de Chagas, desequilibrando o Sistema Estomatognático, mais encontradas neste estudo estão representadas na Tabela 2.

DISCUSSÃO

As pesquisas têm abordado vários aspectos envolvidos na Doença de Chagas: caracterização dos principais sintomas encontrados na esofagopatia chagásica (megaesôfago)^{17,19,22}, caracterização da população²⁰, estudos sobre abordagens cirúrgicas²³⁻²⁴, aspectos clínicos e evolutivos das fases da Doença de Chagas²⁵, sobre as crenças populares relativas à Doença de Chagas¹⁵, sobre a influência da idade no comprometimento do esôfago¹³. Contudo, não foram encontrados estudos que sejam direcionados especificamente a correlacionar todas as possíveis manifestações da forma digestiva da Doença de Chagas com o Sistema Estomatognático.

Em um estudo retrospectivo com 83 pacientes²⁴, a disfagia foi apontada como queixa pré-operatória em 34,9%. Ao estudar 300 pacientes na fase crônica da Doença de Chagas e seus aspectos clínicos e evolutivos²⁵, encontrou-se disfagia em 9 (3%). Em pesquisa prospectiva com 500 indivíduos portadores de megaesôfago, a disfagia foi mencionada em 96,6% dos casos¹⁷. Em estudo com 50 pacientes portadores de megaesôfago chagásico, sem predominância por gênero e com idade variando de 20 a 74 anos (média de 44 anos), os autores perceberam que todos os pacientes tinham quadro clínico de disfagia²³. Sendo este o trabalho que melhor pode ser comparado com a presente pesquisa em virtude do número da amostra, percebe-se que apenas 12% apresentaram dificuldade para engolir líquidos, e 40% apresentaram disfagia para sólidos, referindo ter dificuldade de engolir alimentos mais duros. Cabe aqui ressaltar que, a literatura não aponta em quais consistências predomina a disfagia^{16,19,21-22,25}, sendo este dado de extrema importância, pois é sugestivo da fase em que esta disfagia se encontra, já que a literatura relata que a disfagia para líquidos só ocorre em casos mais avançados e iniciando com sólidos. No estudo aqui apresentado observa-se uma predominância para disfagia com sólidos, presente em 40% dos casos, ao comparar-se com a disfagia para líquidos, apontada por 12% dos casos analisados. Sugere-se estudos mais direcionados em relação às dificuldades de deglutição para diferentes consistências e estágios da doença.

A sensação de plenitude gástrica foi citada por 80% da nossa amostra. Este sintoma pode vir acom-

panhado de entalhos (56%) e de engasgos (46%). Para melhorar essa sensação de plenitude os indivíduos desenvolvem manobras que auxiliam o trânsito alimentar, sendo a ingestão de líquidos a forma mais apontada na literatura como mecanismo facilitador^{17,19}. Este achado foi comprovado nesta pesquisa, já que a maioria dos indivíduos pesquisados referiu ingerir líquidos durante as refeições (86%).

Algumas vezes os portadores da Doença de Chagas podem apresentar episódios de vômitos, e conseqüentemente, o contato constante do ácido com a mucosa das pregas vocais pode levar a mudança da voz¹⁹. Neste estudo, episódios constantes de vômito foram relatados por 24% dos indivíduos entrevistados.

As doenças esofagianas geralmente estão associadas à presença de soluços²³, referida na literatura como sintoma do megaesôfago¹⁰. Mesmo quando ainda não existe a dilatação do esôfago, o soluço pode ser um sintoma precoce da futura esofagopatia²¹. Em 34% dos indivíduos entrevistados houve o relato que após ingerir algo, surgem os episódios de soluços; não havendo contudo associação direta com o sintoma do megaesôfago.

Na amostra pesquisada foi observada regurgitação em 48% dos casos. Entretanto, em 83 pacientes estudados por outros autores⁹, a regurgitação e o refluxo gastro-esofágico foram constatados em apenas 8,4%, mostrando uma prevalência grande para este sintoma na população aqui estudada.

Estudo aponta que na regurgitação, não há contato com o ácido gástrico, logo o material regurgitado não deixaria gosto amargo na boca²⁵. Este dado se contrapõe à queixa de boca amarga encontrada em 68% dos entrevistados.

Em virtude da regurgitação, os pacientes geralmente acreditam ter intolerância para alimentos gordurosos, e isso ocorre porque o conteúdo ingerido tende a dispor-se em camadas superpostas, de acordo com a densidade dos alimentos. O alimento sólido desce para a porção final do esôfago e sobre ele se dispõe uma camada líquida de menor densidade; com isso, as gorduras, como manteiga e óleo podem separar-se do restante, formando uma camada sobrenadante¹⁷. Cinquenta por cento dos entrevistados relataram ter intolerância à gordura. Os resíduos alimentares das regurgitações são alterados pelo processo de fermentação e putrefação, e exibem odor característico e o contato deste alimento regurgitado na boca pode ocasionar a halitose (mau hálito)²⁰. Quarenta e seis por cento dos entrevistados afirmaram ter “cheiro ruim na boca”.

Verificou-se que 42% dos pacientes relataram ter perdido peso desde que foi diagnosticada a Doença de Chagas. Segundo a literatura a perda ponderal e o emagrecimento, ocorrem devido à combinação da dificuldade no esvaziamento do alimento

do esôfago com a recusa absoluta de alimento²¹, e em alguns casos quando o paciente tem medo de comer em virtude da odinofagia que apresenta²⁶.

Odinofagia é o termo usado para definir a dor que aparece durante o ato da deglutição. Em estudo com 50 pacientes²³ observou-se que 27 (54%) queixaram-se de odinofagia. Encontramos 12% dos pacientes referindo dor ao deglutir, mostrando sua presença em uma parcela menor na população estudada.

A pirose, sensação de azia ou de queimação percebida no peito, atrás do esterno, ou com tendência ascendente, do estômago até a boca²⁷, é referida pelos pacientes como um “ardor ou queimação”, sendo menos freqüente que a dor esofagiana¹⁷. Em um estudo retrospectivo em 83 pacientes²⁰, 14,4% apresentaram pirose. Estudando-se 500 casos de megaesôfago, a pirose ocorreu em 32% dos casos¹⁷. Estes sintomas também estão presentes nos resultados desta pesquisa, em 66% da amostra.

Estudo com 131 pacientes chagásicos durante o tratamento etiológico contra o *Trypanosoma cruzi*²⁸, observou que 25% apresentaram distúrbios digestivos, anorexia, boca amarga, alterações no paladar e dor de estômago. Este foi um dos poucos estudos que descreveu sintomas semelhantes aos que foram avaliados nesta pesquisa. Verificou-se aqui que 42% apresentaram anorexia ou falta de apetite e o paladar estava alterado (disgeusia) em 36%.

As glândulas nos portadores de megaesôfago são hipersensíveis ao estímulo mecânico determinado pela mastigação, produzindo quantidade excessiva de saliva¹⁷. A sialorréia ocorreu em 90% dos doentes, com referência à sensação de “boca cheia de água”²⁹. Quarenta e dois por cento dos indivíduos pesquisados referiu ter uma “baba” na boca, logo após a ingestão de alimentos.

O paciente chagásico pode apresentar um rosto edemaciado ocasionado pela desnutrição decorrente do megaesôfago. Havendo uma associação deste quadro com o aumento bilateral das glândulas parótidas, poderá ser observada *faceis felina característica*¹². Quarenta por cento da amostra estudada descreveu que algumas vezes o “rosto incha”, entretanto não é possível afirmar se esse inchaço está intrinsecamente relacionado à hipertrofia das glândulas. Contudo, é um sinal importante. Não foram encontrados dados na literatura que citam estatisticamente este sintoma em pacientes chagásicos.

Em pacientes em estados mais graves da Doença de Chagas, encontra-se como sintoma freqüente a tosse, que pode ser seca ou produtiva. Surge habitualmente à noite, durante o sono, quando há, neste momento, a regurgitação noturna (passiva), levando assim à irritação reflexa determinada pelo acúmulo de alimentos no esôfago ou à aspiração

do conteúdo esofágico^{12,30}. Cinquenta e dois por cento dos pacientes referiram tosse noturna e desses, em 52% a tosse era seca.

Além destes sintomas observados nesta pesquisa e também relatados na literatura, foram observados outros igualmente relevantes na alimentação do paciente portador de Doença de Chagas. A dificuldade de eructar referida por 38% dos sujeitos pode ser uma das características da forma digestiva. A dificuldade de respirar também foi referida por 54% pacientes, os quais afirmavam piora do quadro aos esforços (como subir uma ladeira, por exemplo).

É interessante ressaltar a variabilidade de sintomas encontrados nesta pesquisa. Todos os pacientes aqui entrevistados relataram a presença de mais de um sintoma, chamando a atenção para as

diversas possibilidades de acometimento das estruturas e funções do sistema estomatognático nessa população.

■ CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo sugerem haver um quadro sintomatológico de indivíduos chagásicos crônicos que pode estar diretamente relacionado às disfunções do Sistema Estomatognático, e essas alterações podem estar associadas ao início das alterações observadas no esôfago. Os dados também mostram a importância da detecção precoce desses sintomas com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores da Doença de Chagas.

ABSTRACT

Purpose: to investigate the presence of clinical manifestations related to Stomatognathic System among patients with Chagas Disease. **Methods:** 50 male and female patients with Chagas Disease and 33 to 76 years old were evaluated at the Chagas Disease Clinic of the University of Pernambuco (UPE) from February to April 2002. **Results:** the following symptoms were the most relevant compromising the Stomatognathic System: ingestion of liquids at meals (86%), gastric fullness (80%), bitter taste in the mouth (68%), pyrosis (66%), food caught in throat (56%), breathing difficulty (54%), apnea (52%), night coughing (52%), gagging (46%), weight loss (42%), dysphagia with solids (40%), vomiting (24%), dysphagia with liquids (12%), odinophagia (12%), and others. **Conclusion:** the results demonstrated that Chagas Disease could cause disharmony to the Stomatognathic System. There is a need for more research in this field, as well as the possibility of phonaudiologic interventions with such patients.

KEYWORDS: Chagas Disease; Stomatognathic System; Speech, Language and Hearing Sciences

■ REFERÊNCIAS

1. Marchesan IQ. Motricidade oral: visão clínica do trabalho fonoaudiológico integrado com outras especialidades. São Paulo: Pancast; 1993. p. 70.
2. Douglas CR. Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde. 1. ed. São Paulo: Robe; 2000.
3. Ferraz MCA. Manual prático de motricidade oral: avaliação e tratamento. 5. ed. Revinter: Rio de Janeiro; 2001.
4. Sousa DOCO. Sistema estomatognático no respirador bucal: fundamentos básicos para um diagnóstico precoce [monografia]. São Paulo (SP): Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica; 1999.
5. Douglas CR. Patofisiologia oral: fisiologia normal e patológica aplicada à odontologia e fonoaudiologia. São Paulo: Pancast; 1998.
6. Bianchini EMG. A cefalometria nas alterações miofuncionais orais: diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. São Paulo: Pró-Fono; 1995.
7. Magistris A, Douglas CR. Patofisiologia do sistema de transporte aboral. In: Douglas CR. Patofisiologia oral. São Paulo: Pancast; 1998. p. 287-94.
8. Pinotti HW. Aspectos sócio-econômicos do megaesôfago e megacólon. In: Raia AA. Manifestações digestivas da moléstia de Chagas. São Paulo: Sarvier; 1993. p. 21-34.
9. Maifrino LBM. Aspectos morfológicos, histoquímicos e imunohistoquímicos do plexo mioentérico do colo do camundongo "swiss" (*mus*

- musculus*) na fase crônica da infecção por *T. cruzi* (Cepa Y) [doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1996.
10. Moraes SRA. Aspectos morfoquantitativos, histoquímicos e ultraestruturais do plexo mioentérico e da túnica muscular do esôfago do camundongo "swiss" (*mus musculus*) na fase crônica da infecção por *T. cruzi* (Cepa Y) [doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1996.
 11. Ribeiro ALP, Rocha MOC. Forma indeterminada da doença de Chagas: considerações acerca do diagnóstico e do prognóstico. *Rev Soc Bras Med Tropical* 1998; 31(3):301-14.
 12. Rocha A, Oliveira LCM, Alves RS, Lopes ER. Despopulação neuronal pancreática em chagásicos crônicos. *Rev Soc Bras Med Tropical* 1998; 31(1):43-9.
 13. Raia AA. Megaesôfago. In: Raia AA. Manifestações digestivas da moléstia de Chagas. São Paulo: Sarvier; 1993. p. 191-202.
 14. Rocha A, Miguel OF, Barbosa HMR, Candelori I, Silva AM, Lopes ER. O plexo pampiniforme na fase crônica da doença de Chagas humana: avaliação histológica. *Rev Soc Bras Med Tropical* 2000; 33(5):413-6.
 15. Ximenes NM. Distúrbios da motilidade esofagiana: síndromes acalásicas. *Brasileira Médica* 1994; 31(1):25-42.
 16. Domingues GRS, Lemme EMO. Diagnóstico diferencial dos distúrbios motores esofagianos pelas características da disfagia. *Arq Gastroenterol* 2001; 38(1):14-8.
 17. Vasconcelos D. Quadro clínico: forma digestiva. In: Malta J. Doença de Chagas. São Paulo: Sarvier; 1996. p. 39-79.
 18. Dantas RO, Ciscato JG. Influência da idade no comprometimento do esôfago pela doença de Chagas. *Gastroenterol Endoscop Digest* 1997; 16(1):1-5.
 19. Santos SL, Barcelos IK, Mesquita MA. Total and segmental colonic transit time in constipated patients with Chagas' disease without megaesophagus or megacolon. *Braz J Med Biol Res* 2000; 33(1):43-9.
 20. Blangero SW, Vandeberg JL, Teixeira ARL. Crenças populares relativas à doença de Chagas em uma comunidade de área endêmica do Brasil. *Cadernos Saúde Pública* 1999; 15(1):7-13.
 21. Huggins DW, Malta J, Medeiros LB. Quadro clínico. In: Malta J. Doença de Chagas. São Paulo: Sarvier; 1996. p. 39-80.
 22. Rezende JM, Moreira H. Forma digestiva da doença de Chagas. In: Brener Z, Andrade ZA, Barral-Neto M. *Trypanosoma cruzi e doença de Chagas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 297-343.
 23. Pilon B, Teixeira FV, Terrazas JPI, Moreira EP, Pillon EY. Aspectos técnicos da esofagocardiomiectomia com divulsão para o tratamento cirúrgico do megaesôfago chagásico não avançado. *Rev Assoc Med Bras* 1998; 44(3):179-84.
 24. Herbella FAM, Del Grande JC, Lourenço LG, Mansur NS, Haddad CM. Resultados tardios da operação de Heller associada à funduplicatura no tratamento do megaesôfago: análise de 83 casos. *Rev Assoc Med Bras* 1999; 45(4):317-22.
 25. Silva MAD, Costa JM, Barbosa JM, Cabral F, Fragata FAA, Correa EB, Borges RJ, Sousa EMR. Fase crônica da doença de Chagas: aspectos clínicos e evolutivos. *Arq Bras Cardiol* 1994; 63(4):281-5.
 26. Lemme EMO. Doença do refluxo gastroesofágico: sintomas atípicos: como avaliar e tratar. *Revista Gastroenterologia Contemporânea. Seção Especial*. n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.epub.org.br/gastro/>
 27. Laserna KJL. Compromiso digestivo en la enfermedad de Chagas. *Gaceta Medica Boliviana* 1991; 15(2):88-91.
 28. Troncon LEA, Lopes RP, Simão MN, Iquegami M, Silva LR, Souza MAN, Foss MC. Freqüência de sintomas digestivos em pacientes brasileiros com diabetes Mellitus. *Rev Assoc Med Bras* 2000; 47(2):157-64.
 29. Araújo SM, Andó MH, Cassarotti DJ, Mota DCGD, Borges SMR, Gomes ML. Programa Achei: atenção ao chagásico com educação integral no município de Maringá e Região Noroeste do Paraná, Brasil. *Rev Soc Bras Med Tropical* 2000; 33(6):565-72.
 30. Kasten LF, René HG, Kasten M, Magallón EG, Soto MG, Ramírez MGA. Manifestaciones digestivas en la fase crónica de la enfermedad de Chagas. *Revista Cirugía Y Cirujanos* 1997; 65(1):10-4.

RECEBIDO EM: 03/02/05
 ACEITO EM: 04/06/06

Endereço para correspondência:
 Av. Norte, 8042
 Recife – PE
 CEP: 52091-000
 e-mail: danyfono@aol.com