

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

**Declaração de entrega do Trabalho de Conclusão de
Curso**

Declaro que o trabalho intitulado “Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Doença de Chagas na Policlínica da Zona Sul de São Paulo” realizado pelo(s) aluno(s) Mariana Kasuga Morya e Stephanie Tasselli Alencar da Assunção está apto para entrega, apresentação e avaliação das bancas nomeadas.

Prof. Dr. Ryan Emiliano da Silva

Assinatura do Orientador do Trabalho

Prof. Dra. Paula Yuri Sugishita Kanikadan

Assinatura da Co-orientadora do Trabalho

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

CURSO DE MEDICINA

Mariana Kasuga Morya

Stephanie Tasselli Alencar da Assunção

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA DE
CHAGAS NA POLICLÍNICA DA ZONA SUL DE SÃO PAULO**

São Paulo

2024

Mariana Kasuga Morya
Stephanie Tasselli Alencar da Assunção

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA DE
CHAGAS NA POLICLÍNICA DA ZONA SUL DE SÃO PAULO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Santo Amaro – UNISA,
como requisito parcial para obtenção
do título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Ryan Emiliano da
Silva

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Paula Yuri
Sugishita Kanikadan

São Paulo

2024

M891p

Morya, Mariana Kasuga.

Perfil epidemiológico dos pacientes com doença de Chagas na policlínica na zona sul de São Paulo / Mariana kasuga Morya, Stephanie Tasselli Alencar da Assunção. – São Paulo, 2024.

22 p. : il., color.

Orientador: Prof. Dr. Ryan Emiliano da Silva, Prof. Dr. Paula Yuri Sugishita Kanikadan.

TCC Graduação. (Curso Superior em Medicina) – Universidade Santo Amaro, 2024.

Bibliografia incluída.

1. Saúde pública. 2. Cardiologia. 3. Doença de Chagas. I. Assunção, Stephanie Tasselli Alencar. II. Silva, Ryan Emiliano, orient. III. Kanikadan, Paula Yuri Sugishita, orient. IV. Universidade Santo Amaro. V. Título.

CDD 616.9363

Mariana Kasuga Morya
Stephanie Tasselli Alencar da Assunção

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM DOENÇA DE
CHAGAS NA POLICLÍNICA DA ZONA SUL DE SÃO PAULO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da
Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do
título Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Ryan Emiliano da Silva

Co-orientadora: Profa. Dra. Paula Yuri Sugishita Kanikadan

São Paulo, 12 de dezembro de 2024

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ryan Emiliano da Silva

Orientador

Profa. Dra. Paula Yuri Sugishita Kanikadan

Co-orientadora

Profa. Dra. Renata Tonhosolo

Avaliador

Prof. Dr. Jorge Figueiredo Senise

Avaliador

Conceito Final _____

Mariana Kasuga Morya, Stephanie Tasselli Alencar da Assunção, Ryan Emiliano da Silva, Paula Yuri Sugishita Kanikadan. *Perfil Epidemiológico dos pacientes com doença de Chagas na Policlínica da Zona Sul de São Paulo*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Santo Amaro, 2024.

INTRODUÇÃO: A Doença de Chagas (DC) ao longo dos anos ainda continua sendo problema de saúde pública, com elevada morbidade e mortalidade em vários países da América Latina. O Brasil é uma das áreas mais afetadas, com altos números de casos confirmados, especialmente na região Norte. Apesar da notificação compulsória da doença, subnotificações são comuns, embora haja uma tendência de redução nos casos recentes. Muitos casos da DC presentes no estado de São Paulo podem ser oriundos de outras regiões do Brasil. Preencher as lacunas no conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes nessa região é crucial para orientar políticas públicas de vigilância e controle da DC. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo transversal por meio da análise de 100 prontuários de pacientes que realizaram consultas ambulatoriais no Complexo de Saúde Doutor Wladimir Arruda na área de cardiologia nos anos de 2022 e 2023 com potencial diagnóstico para DC. Entre as variáveis analisadas estavam: sexo, idade, etnia, estado de nascimento, procedência e bairro de residência, informações referente ao quadro clínico que o paciente apresentava na consulta, familiares com DC, suspeita e também positividade para a DC. Os dados analisados foram expressos em medidas de tendência central e frequências absolutas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos prontuários analisados, foi observado a presença da DC em 6 pacientes, oriundos dos estados da PB, BA, PR e MG. Foram observados que a maior parte é do sexo feminino, idade média de 68,8 anos, de baixa renda e com comorbidades associadas, principalmente a hipertensão arterial sistêmica. **CONCLUSÃO:** Foram observado padrões e características marcantes entre os pacientes com diagnóstico para DC no qual todos os casos possuem transmissão fora do estado de São Paulo, as idades dos pacientes sugerem uma associação com a terceira idade, houve também uma predominância do sexo feminino entre os casos analisados. Foi verificado que apesar de muitos pacientes serem de regiões com maior transmissão para DC, poucos pacientes foram testados no Complexo de Saúde, no qual é necessário assim ampliar os testes sorológicos para a doença.

Palavras-chave: Doença de Chagas. Cardiologia. Saúde Pública.

ABSTRACT

BACKGROUND: Chagas disease (CD) has continued to be a public health problem over the years, with high morbidity and mortality rates in various Latin American countries. Brazil is one of the most affected areas, with high numbers of confirmed cases, especially in the northern region. Despite mandatory reporting of the disease, underreporting is common, although there is a trend toward a reduction in recent cases. Many CD cases found in the state of São Paulo may originate from other regions of Brazil. Filling gaps in knowledge about the epidemiological profile of patients in this region is crucial for guiding public health policies on CD surveillance and control. **METHODOLOGY:** A cross-sectional study was conducted through the analysis of 100 patient records from outpatient consultations in the Cardiology department of the Doutor Wladimir Arruda Health Complex in 2022 and 2023, with potential diagnostic indicators for DC. Among the variables analyzed were: sex, age, ethnicity, place of birth, origin, and neighborhood of residence, as well as clinical information regarding the patient's condition during the medical consultation, family history of DC, suspected diagnosis, and confirmed cases of DC. The analyzed data were presented as measures of central tendency and absolute frequencies. **RESULTS AND DISCUSSION:** In the records analyzed, CD was observed in 6 patients, from the states of PB, BA, PR, and MG. It was observed that the majority are female, with an average age of 68.8 years, low income, and associated comorbidities, mainly systemic arterial hypertension. **CONCLUSION:** Distinctive patterns and characteristics were observed among patients diagnosed with CD, all of whom acquired the disease outside the state of São Paulo. The patients' ages suggest an association with the elderly, and there was a predominance of female cases. It was noted that, although many patients are from regions with higher CD transmission, few were tested at the Health Complex, highlighting the need to expand serological testing for the disease.

Keywords: Chagas disease. Cardiology. Public Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 METODOLOGIA	15
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
4 CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	20

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH CHAGAS DISEASE AT THE SOUTH ZONE POLYCLINIC IN SÃO PAULO

MORYA, Mariana Kasuga¹

ASSUNÇÃO, Stephanie Tasselli da²

SILVA, Ryan Emiliano da³

SUGISHITA, Paula Yuri⁴

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Doença de Chagas (DC) ao longo dos anos ainda continua sendo problema de saúde pública, com elevada morbidade e mortalidade em vários países da América Latina. O Brasil é uma das áreas mais afetadas, com altos números de casos confirmados, especialmente na região Norte. Apesar da notificação compulsória da doença, subnotificações são comuns, embora haja uma tendência de redução nos casos recentes. Muitos casos da DC presentes no estado de São Paulo podem ser oriundas de outras regiões do Brasil. Preencher as lacunas no conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes nessa região é crucial para orientar políticas públicas de vigilância e controle da DC. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo transversal por meio da análise de 100 prontuários de pacientes que realizaram consultas ambulatoriais no Complexo de Saúde Doutor Wladimir Arruda na área de cardiologia nos anos de 2022 e 2023 com potencial diagnóstico para DC. Entre as variáveis analisadas estavam: sexo, idade, etnia, estado de nascimento, procedência e bairro de residência, informações referente ao quadro clínico que o paciente apresentava na consulta, familiares com DC, suspeita e também positividade para a DC. Os dados analisados foram expressos em medidas de tendência central e frequências absolutas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos prontuários analisados, foi observado a presença da DC em 6 pacientes, oriundos dos estados da PB, BA, PR e MG. Foram observados que a maior parte é do sexo feminino, idade média de 68,8 anos, de baixa renda e com comorbidades associadas, principalmente a hipertensão arterial sistêmica. **CONCLUSÃO:** Foi observado padrões e características marcantes entre os pacientes com diagnóstico para DC no qual todos os casos possuem transmissão fora do estado de São Paulo, as idades dos pacientes sugerem uma associação com a terceira idade, houve também uma predominância do sexo feminino entre os casos analisados. Foi verificado que apesar de muitos pacientes serem de regiões com maior transmissão para DC, poucos pacientes foram testados no Complexo de Saúde, no qual é necessário assim ampliar os testes sorológicos para a doença.

Palavras-chave: Doença de Chagas. Cardiologia. Saúde Pública.

¹ Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. marianamorya@gmail.com

² Graduando em Medicina da Universidade Santo Amaro. tass.steph@gmail.com

³ Professor Orientador. Titulação, Universidade Santo Amaro -SP – e-mail@email.com

⁴ Professora orientadora/ Doutorado em Saúde Pública. Docente Universidade Santo Amaro - psugishita@prof.unisa.br

ABSTRACT

BACKGROUND: Chagas disease (CD) has continued to be a public health problem over the years, with high morbidity and mortality rates in various Latin American countries. Brazil is one of the most affected areas, with high numbers of confirmed cases, especially in the northern region. Despite mandatory reporting of the disease, underreporting is common, although there is a trend toward a reduction in recent cases. Many CD cases found in the state of São Paulo may originate from other regions of Brazil. Filling gaps in knowledge about the epidemiological profile of patients in this region is crucial for guiding public health policies on CD surveillance and control. **METHODOLOGY:** Analysis of 100 medical records of patients who had outpatient cardiology consultations at the Dr. Wladimir Arruda Health Complex in 2022 and 2023 with potential CD diagnosis. **RESULTS AND DISCUSSION:** Of the records analyzed, CD was observed in 6 patients, from the states of PB, BA, PR, and MG. It was observed that the majority are female, with an average age of 68.8 years, low income, and associated comorbidities, mainly systemic arterial hypertension. **CONCLUSION:** Distinctive patterns and characteristics were observed among patients diagnosed with CD, all of whom acquired the disease outside the state of São Paulo. The patients' ages suggest an association with the elderly, and there was a predominance of female cases. It was noted that, although many patients are from regions with higher CD transmission, few were tested at the Health Complex, highlighting the need to expand serological testing for the disease.

Keywords: Chagas disease. Cardiology. Public Health.

1 INTRODUÇÃO

O brasileiro e médico Dr. Carlos Chagas, no início do século XX descobriu o protozoário *Trypanosoma Cruzi*, agente causador da DC. A DC é uma doença negligenciada e silenciosa que está ocupando cada vez mais espaço na importância global, já que afeta populações de quase todos os continentes. Além disso, é válido ressaltar que o impacto desproporcional em populações vulneráveis influenciam na iniciativa de um controle mais rigoroso da DC^{1,2}.

Alguns fatores são relevantes para alcançar o controle da doença, como a limitação da vigilância pública, limitações de acesso ao diagnóstico e a serviços da atenção primária. Assim, para o controle eficiente da doença é necessária uma abordagem abrangente e multisetorial. Apesar disso, algumas iniciativas coletivas têm colaborado para a redução dos indicadores da doença

^{1,2}.

Os movimentos migratórios permitiram que a doença, que previamente era ligada a áreas rurais da América Latina se disseminasse e alcançasse diferentes regiões. Assim, a identificação correta e precoce acompanhada do tratamento antiparasitário da DC adequado têm benefícios relevantes desde a prevenção de transmissão congênita até a redução do avanço da doença para formas graves¹.

A DC é uma zoonose causada pelo *Trypanosoma cruzi* que pode ter consequências fatais. A doença é transmitida por insetos do grupo dos triatomíneos, que se distribuem nos gêneros *Triatoma*, *Rhodnius* e *Panstrongylus*, os quais são chamados popularmente de “barbeiros”. Além da transmissão vetorial, é possível citar rotas de transmissão envolvendo transfusão de sangue, transplante de órgãos, transmissão vertical e contaminações orais a partir da ingestão de frutos tais como açaí. Algumas das complicações que a DC pode causar estão a cardiomegalia, doença gastrointestinal e também neuropatia periférica^{3,4}.

O protozoário *Trypanosoma cruzi* apresenta um ciclo heteroxeno, ou seja, para que se complete o ciclo, é necessária a presença de mais de um hospedeiro, nesse caso o homem (hospedeiro vertebrado) e o mosquito Barbeiro (hospedeiro invertebrado). O ciclo se inicia, quando o parasita é eliminado pelas fezes do mosquito triatomíneo, no qual se apresenta na forma de tripomastigota metacíclico (forma predominante no Barbeiro). Ao entrar no hospedeiro vertebrado, após a picada do barbeiro, as células são infectadas pelos tripomastigotas, que passam para uma forma sem flagelo e em formato oval, e de alta multiplicação, chamados de amastigotas. A partir dessa alta multiplicação, as células são rompidas e o protozoário chega à corrente sanguínea e ao sistema linfático, e então assumem a forma de tripomastigotas sanguíneos (forma predominante nos vertebrados), sendo capazes de se espalharem por todo o organismo, acometendo principalmente tecidos musculares³.

Dando continuidade ao ciclo, o Barbeiro é infectado a partir da alimentação do sangue dos hospedeiros vertebrados infectados pelo tripanossomas. Sendo assim, ingerem tripomastigotas sanguíneos, que ao encontrarem o intestino do inseto, são transformados em epimastigotas, que

assumem a forma de tripomastigotas metacíclicos ao encontrarem a porção final do intestino do mosquito. Posteriormente serão eliminados nas fezes, e poderão infectar o hospedeiro vertebrado por meio da picada, dando início a um novo ciclo³.

Cerca de 30% dos pacientes apresentam manifestações clínicas cardíacas desenvolvidas pela DC. Isso se dá pelo contato do parasita com a corrente sanguínea e sistema linfático do hospedeiro vertebrado, no qual o *Trypanosoma cruzi*, passa a acometer as células musculares, principalmente cardíacas devido ao seu tropismo. O parasita se multiplica no músculo, gerando uma fibrose, lesionando sobretudo o miocárdio, dando origem a uma miocardite aguda e, posteriormente, uma cardiomiopatia crônica. As lesões incessantes levam a um dano miocárdico acumulativo, resultando em uma cardiomiopatia dilatada acompanhada de alterações como dispneias, tonturas, taquicardia, bradicardia e edema de membros inferiores. É válido ressaltar que a doença no seu estágio inicial é, em sua maioria, assintomática, portanto as manifestações cardíacas só estarão presentes a partir da fase crônica da doença, no qual já apresenta um comprometimento considerável do órgão. Além disso, o protozoário poderá causar lesões no sistema digestório, acometendo principalmente o fígado e baço resultando em uma hepatoesplenomegalia importante⁵⁻⁸.

O Brasil é uma das principais regiões de casos confirmados para DC, com mais de 900.000 mil casos, quando comparamos de forma global com outras regiões. É válido ressaltar que países da América do Sul e da América Central também possuem uma incidência significativa para a doença⁹.

acompanhado de dificuldades, principalmente quando se trata de uma doença majoritariamente assintomática. De acordo com a FioCruz, menos de 10% dos pacientes infectados foram diagnosticados^{11,12}.

Em um estudo realizado pela OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde, cerca de 70% dos pacientes chagásicos desconhecem sua condição devido à ausência dos sinais e sintomas clínicos. Sabendo das possíveis evoluções acarretadas pela doença, o rastreamento médico nesses pacientes, inclusive os assintomáticos, se torna significativo, a fim de evitar uma possível complicação sistemática para o paciente, garantindo uma melhor qualidade de vida¹³.

O diagnóstico da DC é presumido a partir da História Natural da Doença do paciente e confirmada posteriormente pelos exames laboratoriais. O tipo de exame é inerente à fase clínica em que o paciente se encontra, sendo assim, se o paciente está em fase aguda, em virtude da alta parasitemia, é realizado prioritariamente o exame parasitológico, em que se busca visualizar o parasita no sangue do indivíduo infectado. Já em fase crônica, são preferidos os exames sorológicos (hemaglutinação indireta - HAI); imunofluorescência indireta (IFI); teste imunoenzimático (ELISA); aglutinação direta com 2 mercapto-etanol (AD2ME), devido à baixa parasitemia, objetivando a busca da presença de anticorpos¹⁴.

Desse modo, acredita-se que existe uma prevalência de casos da DC no extremo da zona sul de São Paulo, uma vez que a região recebe constantemente uma migração de regiões como o Norte do Brasil. Assim, devido à necessidade de acompanhamento desses pacientes, o presente trabalho se mostra relevante para um delineamento do perfil dos pacientes para compreensão dos tratamentos e possíveis prevenções.

Assim, torna-se fundamental que sejam preenchidas as lacunas existentes no conhecimento quanto ao perfil epidemiológico dos chagásicos nesta região. Essas informações poderão indicar a viabilidade de tratamentos, prevenção, além de inclusive contribuir para aumentar o impacto das políticas públicas de vigilância da cidade de São Paulo.

Existem pacientes chagásicos no território verificado, entretanto, o perfil epidemiológico dos mesmos não está completamente tipificado, dificultando o delineamento de políticas públicas de vigilância.

O presente estudo buscou traçar este perfil epidemiológico, com destaque para identificação dos casos existentes de DC, comorbidades associadas e história de origem desses usuários.

2 METODOLOGIA

Um estudo observacional quantitativo foi conduzido no Complexo de Saúde Doutor Wladimir Arruda (HEWA), que se situa na Rua Cássio de Campos Nogueira, 2031, no Bairro Jardim das Imbuías - Distrito Cidade Dutra.

A amostra foi composta por prontuários de indivíduos atendidos na área de cardiologia, de ambos os sexos atendidos no HEWA, selecionados por conveniência. Os critérios de inclusão foram: (a) idade igual ou superior a 18 anos; (b) prontuários com dados clínicos satisfatórios. Os critérios de exclusão foram: (a) idade inferior a 18 anos; (b) prontuários inconsistentes ou com informações insuficientes. Os critérios éticos seguidos incluíram o sigilo do paciente, autorização do serviço e a maioridade do paciente (igual ou superior a 18 anos).

Foram buscados os prontuários de pacientes que realizaram consultas ambulatoriais na área de cardiologia nos anos de 2022 e 2023. Após essa identificação, foram analisados a recorrência de pacientes chagásicos em uma amostra de 100 pacientes. Nesses prontuários foram identificadas as múltiplas variáveis de importância epidemiológica e um valor de frequência para o agravo estudado.

As variáveis relevantes para o estudo incluíam positividade para a doença de Chagas, tipo de teste utilizado para confirmação clínica, idade, sexo, etnia, local de procedência e local de nascimento.

Os prontuários foram reunidos e segregados quanto à confirmação para a DC. Após a seleção, foram realizadas análises de perfil epidemiológico utilizando instrumentos de estatística descritiva, incluindo análise e tabulação de dados. Os dados foram expressos em frequências absolutas e medidas de tendência central.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os registros de pacientes que frequentaram consultas ambulatoriais de cardiologia nos anos de 2022 e 2023, com potencial diagnóstico para DC. Dentre os 100 prontuários analisados, que incluíam pacientes chagásicos e não chagásicos, foi observado que todos moram no extremo da região Sul de São Paulo e possuindo idade média de 62,97 anos.

Cabe neste momento, mencionar que em um estudo realizado na Colômbia, demonstrou que pacientes com DC, com menor nível de escolaridade experimentaram mais sofrimento mental e estigma, sugerindo que o nível educacional pode influenciar a percepção da doença e o estigma associado. Ainda, neste estudo, embora a DC não cause deformidades, é altamente estigmatizada devido à percepção social de que a doença reduz a produtividade e o bem-estar¹⁵.

Nos prontuários analisados, foram coletados dados cadastrais como: sexo, idade, etnia, estado de nascimento, procedência e bairro de residência, além disso foram registradas informações referente ao quadro clínico que o paciente apresentava na consulta, se possuía familiares, suspeita e também positividade para a DC. Ao final, foram observados a presença de 11 pacientes com histórico familiar (5 pacientes) ou positividade para DC (6 pacientes).

Dentre os 5 pacientes (QUADRO 1) que possuem histórico familiar (pai ou mãe com Chagas), foi observado que eles têm como origem São Paulo, Bahia, Alagoas (2 pacientes) e Pernambuco. É válido ressaltar que não é conhecida a região de origem dos familiares do paciente que é de São Paulo, assim estes podem ter se contaminado em áreas com maior índice de transmissão.

QUADRO 1: PACIENTES COM HISTÓRICO FAMILIAR DE DC.

Paciente	Sexo	Idade	Dados Completos	Etnia	Local de nascimento	Bairro Residente (São Paulo - SP)	Quadro Clínico	Familiar com Chagas	Doença de Chagas	Exame Diagnóstico
16	M	53	Sim	Pardo	SP	Jardim Ganhembu	Hipertensão arterial sistêmica.	Pai falecido por Chagas	Não	Exame sorológico não realizado.
36	F	58	Sim	Branco	BA	Jardim Coloneal	Taquicardia.	Mãe com Chagas	Não	Exame sorológico não realizado.
58	M	45	Não	Branco	AL	-	Interção por fibrilação atrial de alta resposta ventricular e bloqueio do ramo esquerdo com aberrância.	Pai com Chagas.	Não	-
60	M	60	Não	Branco	PE	-	Síncope.	Mãe com Chagas.	Não	-
79	F	63	Não	-	AL	-	Dispneia paroxística noturna. Refere internação por insuficiência cardíaca no qual solicitaram sorologia para Chagas com resultado negativo.	Mãe com Chagas.	Não	Sorologia Negativa.

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos em estudo.

Segundo informações da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em estudo divulgado em 2021, no território brasileiro, dentre os 2.777 incidentes agudos, documentados entre 2010 e 2020, a predominância se deu na região Norte; com 1.996 casos registrados apenas no Estado do Pará¹³.

Referente aos pacientes diagnosticados com DC nos prontuários analisados (QUADRO 2), foi observado que eles são originários da Paraíba (2 pacientes), Bahia (2 pacientes), Paraná e Minas Gerais. Dentre estes 6 pacientes, apenas 2 foram testados sorologicamente para a doença no Complexo de Saúde Doutor Wladimir Arruda.

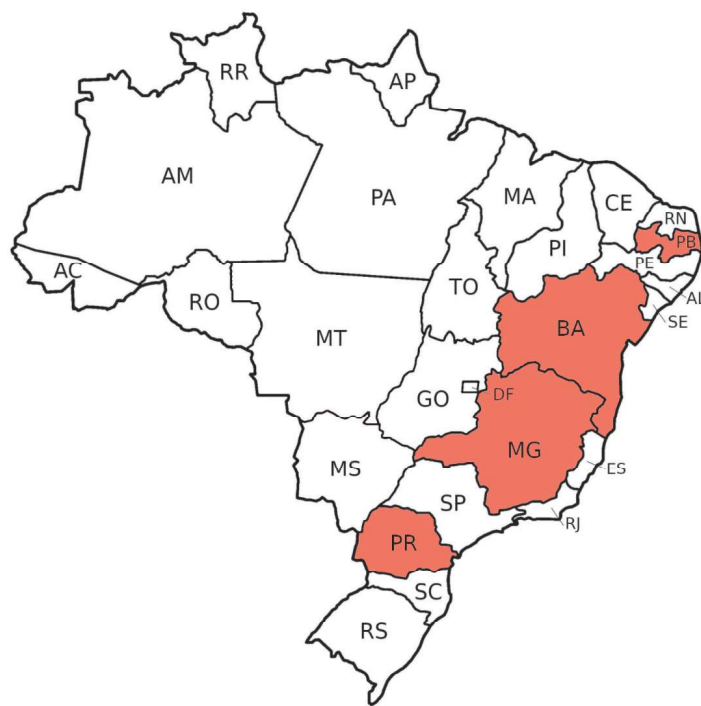
QUADRO 2: PACIENTES COM DC.

Paciente	Sexo	Idade	Dados Completos	Etnia	Local de nascimento	Bairro Residente (São Paulo - SP)	Quadro Clínico	Familiar com Chagas	Doença de Chagas	Exame Diagnóstico
6	F	87	Sim	Branca	PB	Vargem Grande	Encaminha pelo Hospital Geral do Grajaú pós cardiomegalia e derrame pleural. Apresenta insuficiência cardíaca devido isquemia e bloqueio de ramo direito. Possui hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, dislipdemia e anemia ferropriva.	Não	Sim	Sologia positiva para Chagas em 19/08/2022. Imunofluorescência indireta IgG reagente, título 40, IgM não reagente.
38	F	70	Sim	Parda	BA	Jardim Shangriá	Acompanhamento do infarto agudo do miocárdio e realizou cirurgia de ponte de safena. Possui diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca e AVC previo.	Pai com Chagas.	Sim, há 30 anos	Exame sorológico não realizado na unidade.
67	M	49	Sim	Branco	PB	Cantinho do Céu	Refere palpitação, dispneia aos grandes esforços, edema de membros inferiores, queixa de disfagia e constipação. Possui parkinson, hipertensão arterial sistêmica, dislipdemia, doença do refluxo gastroesofágico.	Não	Sim, desde 2001.	Não sabe método de diagnóstico. Acompanhou no Dante Pazzanese até 2003.
71	F	72	Sim	Branca	PR	Santo Amaro	Encomendada devido a AVC isquêmico. Possui hipertensão arterial sistêmica, psoríase palmo plantar, artrose e dislipdemia.	Não	Sim, há 40 anos	-
89	M	76	Não	-	MG	Jardim São Bernardo	Dor no peito há 5 anos aos médios esforços. Possui hipertensão arterial sistêmica, dislipdemia, diabetes mellitus II, doença renal crônica, hiperplasia prostática benigna, gota. Já teve AVCs.	Mãe com Chagas.	Sim	Não sabe método de diagnóstico.
90	F	58	Não	-	BA	-	Paciente com Chagas há 30 anos. Há um ano com dor em hemitórax esquerdo e membro superior esquerdo, dor em aperto e associado aos esforços, dispneia, fraqueza associada a dor. Perda de 11kg em 1 ano por falta de apetite. Possui hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.	Pai, mãe e irmãos com Chagas.	Sim	Sorologia positiva.

FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos em estudo.

A seguir, foi elaborado um mapa (FIGURA 2) para ilustrar as regiões de origem dos pacientes diagnosticados DC.

FIGURA 2: MAPA DE ORIGEM DOS PACIENTES CHAGÁSICOS



FONTE: Elaboração própria a partir dos dados obtidos em estudo.

A doença de Chagas permanece uma preocupação de saúde pública no Brasil, especialmente em regiões do Norte, onde a transmissão oral e vetorial é mais frequente. Ao longo dos anos, houve um aumento na transmissão por via oral, o que ressalta a necessidade de medidas sanitárias rigorosas. Essa doença é a principal causa de mortes entre as Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) no Brasil, devido ao seu impacto crônico na morbidade e mortalidade precoce¹⁶.

Ainda é necessário ressaltar que a baixa quantidade de prontuários no qual identifica pacientes com a doença pode estar relacionada às dificuldades estruturais e operacionais para o controle, como a ausência de dados confiáveis sobre sua prevalência, diagnóstico demorado e caro, falta de integração com políticas de saúde materno-infantil, impacto desproporcional em populações vulneráveis, estigma e discriminação, e pouca mobilização social e política. Além disso, a pandemia de COVID-19 afetou negativamente o

controle da DC, com redução de esforços de vigilância e aumento da morbidade e mortalidade².

Foram notadas algumas peculiaridades entre os pacientes diagnosticados com a DC (QUADRO 2). Dos 6 indivíduos, 4 estão na terceira idade, com uma média de idade de 68,8 anos. A maioria dos casos é do sexo feminino (4 pacientes dos 6 com positividade para DC). Em relação à origem étnica, apenas dados de 4 pacientes estão disponíveis, sendo que 3 são de ascendência branca e 1 de ascendência parda.

Cabe ressaltar que em estudos desenvolvidos no Brasil, existe uma prevalência de pessoas com DC sendo do sexo masculino, idosos, raça/cor da pele negra, indivíduos com baixa escolaridade e em regiões/estados brasileiros que abrangem importantes áreas endêmicas no passado¹⁷.

Nos registros médicos do Complexo de Saúde Doutor Wladimir Arruda, foi observado que os pacientes chagásicos apresentam algumas condições médicas coexistentes (TABELA 2), como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e doença renal crônica, além de complicações como acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca, Doença de Parkinson e hiperplasia prostática benigna. É importante destacar que todos os 6 pacientes com DC compartilhavam a condição de hipertensão arterial sistêmica.

Nos prontuários foram observados que dois pacientes com acompanhamento cardiológico apresentaram suspeita de DC devido à presença de cardiomegalia, uma complicação frequente desta doença. Ambos foram submetidos a testes no Complexo de Saúde Doutor Wladimir Arruda, mas os resultados sorológicos foram negativos. Esses pacientes com suspeita da doença são oriundos de Minas Gerais e Rio Grande do Norte, sendo uma mulher de 58 anos e um homem de 68 anos.

Por fim, a coleta de dados para este estudo apresentou diversas dificuldades logísticas, principalmente relacionadas à disponibilidade e ao acesso aos prontuários médicos. Em primeiro lugar, apenas os prontuários dos anos de 2022 e 2023 estavam acessíveis, já que os registros anteriores a 2022 estavam armazenados em outro local, sem possibilidade de acesso. Além

disso, os prontuários não eram digitalizados, estando apenas em formato físico, o que exigia a busca manual em pastas físicas dentro do acervo, tornando o processo de coleta mais demorado e trabalhoso. Outro fator limitante foi o acesso restrito ao acervo: não era permitido o acesso livre, sendo necessário agendar data e hora para consulta. Mesmo com o agendamento, o tempo máximo permitido para permanência no acervo era de 2 horas por dia, o que reduziu ainda mais a eficiência e agilidade na obtenção dos dados necessários para o estudo. Essas restrições impactaram o tempo e a flexibilidade na coleta dos dados, exigindo uma adaptação constante para otimizar o pouco tempo disponível.

4 CONCLUSÃO

Analisando os registros dos pacientes que frequentaram consultas ambulatoriais de cardiologia nos anos de 2022 e 2023, com potencial diagnóstico para DC, observamos alguns padrões e características marcantes. Essas informações fornecem insights valiosos para o entendimento da epidemiologia, características clínicas e desafios no diagnóstico e manejo da DC em uma população específica atendida em consultas ambulatoriais de cardiologia. Além disso, destaca-se a importância da integração entre as ações de vigilância e atenção à saúde, ainda tão essenciais para nosso país, para otimizar o atendimento e promover melhores resultados de saúde para esses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Mendes FSNS, et al. Critical analysis of Chagas disease treatment in different countries. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2022;117:1-9.
2. Ramos Jr. AN, et al. Response to Chagas disease in Brazil: strategic milestones for achieving comprehensive health care. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2022;55:1-4.

3. Ferreira MU. Parasitologia Contemporânea. 2ª ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2021.
4. Nguyen T, Wassem M. Chagas Disease. 1ª ed. Nova Iorque: StatPearls Publishing LLC; 2022.
5. Simões MV, et al. Cardiomiopatia da Doença de Chagas. International Journal of Cardiovascular Sciences. 2017;31(2):173-189.
6. Fio Cruz [internet]. Mecanismo de Interação: Adesão, reconhecimento, sinalização e invasão. Rio de Janeiro. 2017. [Acesso em 2023 mai 05] Disponível em: <http://chagas.fiocruz.br/parasita/interacao/#:~:text=O%20tropismo%20de%20Trypanosoma%20cruzi,cr%C3%B4nica%20da%20doen%C3%A7a%20de%20Chagas.>
7. Argolo AM, Felix M, Pacheco R, Costa J. Doença de Chagas e seus Principais Vetores. 1ª ed. Rio de Janeiro: Imperial Novo Milênio; 2008.
8. Ministério da Saúde [internet]. Doença de Chagas. Brasil: 2005. [acesso em 2023 mai 04] Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/doenca-de-chagas-10/>.
9. World Health Organization [internet]. Global distribution of cases of Chagas disease, based on official estimates, 2018. [acesso em 2023 abr 10] Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ntds/chagas-disease/chagas-2018-cases.pdf?sfvrsn=f4e94b3b_2
10. Ministério da Saúde [internet]. Boletim Epidemiológico: Doença de Chagas. Brasil: 2021. [acesso em 2023 mar 15] Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim_especial_chagas_14abr21_b.pdf.
11. Ribeiro ALP, Rocha MOC. Forma indeterminada da doença de Chagas: considerações acerca do diagnóstico e do prognóstico. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 1998;31(3):301-314.
12. Fio Cruz [internet]. Doença de Chagas no calendário mundial da Saúde. Brasil; 2019. [acesso em 2023 abr 6] Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=3300&sid=32>

13. Organização Pan-Americana Da Saúde [internet]. OPAS: 70% das pessoas com Chagas não sabem que estão infectadas. Brasil: 2021. [acesso em 2023 abr 10] Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/13-4-2021-opas-70-das-pessoas-com-chagas-nao-sabem-que-estao-infectadas>.
14. Dias JCP, Coura JR. Clínica e terapêutica da doença de Chagas: uma abordagem prática para o clínico geral. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz; 1997.
15. Gomez LJ, et al. Stigma, participation restriction and mental distress in patients affected by leprosy, cutaneous leishmaniasis and Chagas disease: a pilot study in two co-endemic regions of eastern Colombia. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2020;114(7):476-482.
16. Sousa AS, Vermeij D, Ramos AN, Luquetti AO. Chagas Disease. *The Lancet*. 2024;403(10422):203-218.
17. Melo FRM, Castro MC, Wernerck GL. Levels and trends in Chagas disease-related mortality in Brazil, 2000-2019. *Acta Tropica*. 2021;220:105948. doi: 10.1016/j.actatropica.2021.105948
18. Aiello VD, Campos FPF. Chronic Chagas cardiomyopathy. *Autopsy and Case Reports*. 2015;5(3):7-9.