

Doença de Chagas cardíaca crônica na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência do processo de notificação compulsória e classificação dos casos

Chronic cardiac Chagas disease in Primary Health Care: experience report on the compulsory notification process and case classification

Enfermedad de Chagas cardíaca crónica en Atención Primaria de Salud: relato de experiencia sobre el proceso de notificación obligatoria y clasificación de casos

Mateus Lopes de Faria

Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal de Uberlândia; Centro Universitário de Patos de Minas, Patos de Minas, MG, Brasil; E-mail: lopes.mateusfaria@gmail.com; ORCID: 0000-0003-1157-3026

Daniela Nepomuceno Mello

Residente em Medicina de Família e Comunidade, Fundação Educacional de Patos de Minas, Patos de Minas, MG, Brasil; E-mail: dnepomucenomello@gmail.com; ORCID: 0009-0003-9417-7420

Rivaldo Mauro Faria

Doutor em Geografia pela Universidade Estadual de Campinas; Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil; E-mail: rivaldofaria.geo@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9171-461X

Jean Ezequiel Limongi

Doutor em Imunologia e Parasitologia Aplicadas pela Universidade Federal de Uberlândia; Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil; E-mail: jeanlimongi@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2649-9842

Contribuição dos autores: MLF e JEL contribuíram para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. DNM e RMF atuaram como supervisores da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 31/05/2025

Aprovado em: 06/04/2026

Editor responsável: Julio César Schweickardt

Resumo: Objetivo: avaliar a viabilidade de implantação de um fluxo para diagnóstico, notificação e classificação de casos de doença de Chagas cardíaca crônica na atenção primária à saúde no município de Patos de Minas- MG. **Relato de experiência:** Os participantes do estudo foram acompanhados entre setembro de 2023 e junho de 2024. Para a notificação compulsória da doença de Chagas crônica é necessário cadastro e posterior liberação de acesso por gestor municipal, estadual ou federal, o que, nessa experiência, demonstrou-se ser um processo burocrático, confuso e ineficiente. Houve baixa adesão para a realização exames sorológicos confirmatórios (16; 48,5%). Para a realização dos exames cardiológicos também não houve adesão completa dos pacientes recrutados: eletrocardiograma (31; 93,9%), radiografia de tórax (31; 93,9%) seguidos pelo ecocardiograma (29; 87,9%) e holter (24; 72,7%). Houve um caso de doença de Chagas cardíaca autorreferido que não teve comprovação sorológica e que não tinha nenhum dano cardiológico. O viés de memória dos pacientes dificultou a pesquisa em relação a aspectos sobre início da doença, diagnóstico progresso entre outros aspectos epidemiológicos. Esses achados podem estar associados à média de idade elevada dos pacientes ($68,9 \pm 9,5$ anos). Diante disso, foi proposto um protocolo de diagnóstico e acompanhamento da doença de Chagas cardíaca crônica adaptado para a realidade local. **Conclusão:** O processo de notificação da forma como está disposto atualmente pode prejudicar sobremaneira as estimativas da prevalência da doença de Chagas crônica no país. A baixa adesão dos pacientes recrutados para testagem sorológica, associado a elevada faixa etária, chama a atenção para a necessidade de busca ativa das equipes de saúde nas comunidades, sobretudo em áreas de intensa transmissão no passado. Exames cardiológicos são importantes para a classificação dos casos em relação ao risco de óbito, estadiamento cardíaco e direcionamento adequado para os diferentes níveis de atenção em saúde.

Palavras-chave: Doença de Chagas; Cardiomiopatia chagásica; Atenção Primária à Saúde; Estudo de intervenção.

Abstract: Objective: to evaluate the feasibility of implementing a flow for diagnosis, notification and classification of cases of chronic cardiac Chagas disease in primary health care in the city of Patos de Minas, Minas Gerais.

Experience report: The study participants were followed between

September 2023 and June 2024. For compulsory notification of chronic Chagas disease, registration and subsequent release of access by a municipal, state or federal manager is required, which, in this experience, proved to be a bureaucratic, confusing and inefficient process. There was low adherence to confirmatory serological tests (16; 48.5%). There was also no complete adherence of the recruited patients to perform cardiological tests: electrocardiogram (31; 93.9%), chest X-ray (31; 93.9%) followed by echocardiogram (29; 87.9%) and Holter (24; 72.7%). There was one case of self-reported cardiac Chagas disease that had no serological confirmation and that did not have any cardiological damage. Patients' memory bias made it difficult to conduct research on aspects of disease onset, previous diagnosis, and other epidemiological aspects. These findings may be associated with the high mean age of patients (68.9 ± 9.5 years). In view of this, a protocol for diagnosing and monitoring chronic cardiac Chagas disease adapted to the local reality was proposed. **Conclusion:** The current reporting process may significantly impair estimates of the prevalence of chronic Chagas disease in the country. The low adherence of patients recruited for serological testing, associated with their advanced age, highlights the need for active search by health teams in communities, especially in areas of intense transmission in the past. Cardiological examinations are important for classifying cases in relation to risk of death, cardiac staging, and appropriate referral to different levels of health care.

Keywords: Chagas disease; Chagas Cardiomyopathy; Primary Health Care; Clinical Trial.

Resumen: Objetivo: evaluar la viabilidad de la implementación de un flujo para diagnóstico, notificación y clasificación de casos de enfermedad de Chagas cardíaca crónica en la atención primaria de salud en el municipio de Patos de Minas-MG. **Informe de experiencia:** Se realizó un seguimiento a los participantes del estudio entre septiembre de 2023 y junio de 2024. Para la notificación obligatoria de la enfermedad de Chagas crónica se requiere un registro y posterior liberación del acceso por parte de un gestor municipal, estadual o federal, lo que en esta experiencia resultó ser un proceso burocrático, confuso e ineficiente. Hubo baja adherencia a la realización de pruebas serológicas confirmatorias (16; 48,5%). Tampoco hubo adherencia completa entre los pacientes reclutados para la realización de los exámenes

cardiológicos: electrocardiograma (31; 93,9%), radiografía de tórax (31; 93,9%) seguido de ecocardiograma (29; 87,9%) y holter (24; 72,7%). Se presentó un caso autoreportado de enfermedad de Chagas cardíaca que no tuvo confirmación serológica y que no presentó daño cardíaco. El sesgo de memoria de los pacientes dificultó la investigación sobre aspectos del inicio de la enfermedad, el diagnóstico previo y otros aspectos epidemiológicos. Estos hallazgos pueden estar asociados con la elevada edad media de los pacientes ($68,9 \pm 9,5$ años). Ante ello, se propuso un protocolo para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad de Chagas cardíaca crónica adaptado a la realidad local. **Conclusión:** El proceso de notificación tal como está organizado actualmente podría perjudicar significativamente las estimaciones de prevalencia de la enfermedad de Chagas crónica en el país. La baja adherencia de los pacientes reclutados para pruebas serológicas, asociada al alto rango de edad, llama la atención sobre la necesidad de búsqueda activa por parte de los equipos de salud en las comunidades, especialmente en áreas de intensa transmisión en el pasado. Los exámenes cardiológicos son importantes para clasificar los casos en relación con el riesgo de muerte, la estadificación cardíaca y la derivación adecuada a los diferentes niveles de atención médica.

Palabras clave: Enfermedad de Chagas; Cardiomiopatía Chagásica; Atención Primaria de Salud; Ensayo Clínico.

INTRODUÇÃO

A doença de Chagas é uma doença infecciosa que pode ocorrer nas formas aguda ou crônica e é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. A transmissão acontece de diversas formas: transmissão vetorial por meio de triatomíneos hematófagos, ingestão de alimentos contaminados, via materno-fetal, transfusão de sangue, acidentes por contato com material contaminado e transmissão sexual¹.

A doença é classificada pela Organização Mundial da Saúde como uma doença negligenciada e estima-se que exista aproximadamente 6 a 7 milhões de infectados em todo o mundo, sendo que a maioria dos casos se concentra na América Latina. Entretanto, devido ao aumento da mobilidade populacional, há uma elevação da detecção desta doença em outros países

e continentes. Cerca de 70 milhões de pessoas vivem em áreas de exposição, apresentando maior risco de contrair a infecção¹.

No Brasil, estima-se que exista em torno de um milhão de pessoas infectadas². Porém, uma revisão sistemática e metanálise de 2014 indicou que a prevalência no país pode ser equivalente a 4,6 milhões de pessoas infectadas³.

O diagnóstico da doença em sua fase aguda é baseado na suspeição clínica ou fatores epidemiológicos característicos. Habitualmente, essa fase é caracterizada por sintomas inespecíficos como, febre e astenia ou até mesmo assintomática. Nessa fase, a doença de Chagas pode ser diagnosticada por exames parasitológicos diretos, devido ao elevado número de parasitos que circulam na corrente sanguínea. O Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde recomenda que, exames parasitológicos diretos e métodos de concentração devam ser realizados simultaneamente¹.

Na fase crônica da doença, que pode acontecer após 4 a 10 semanas da infecção, os indivíduos podem evoluir para as seguintes formas: forma crônica indeterminada, forma cardíaca, forma digestiva ou mista². Em torno de 60 a 70% dos pacientes permanecem na fase indeterminada e sem comprometimento clínico. Cerca de 30% dos pacientes na fase crônica da doença de Chagas evoluem para a forma cardíaca, caracterizada pela cardiomiopatia dilatada inflamatória crônica. Além disso, 10% decorrem para as formas digestivas da doença⁴.

O diagnóstico na fase crônica da doença é realizado essencialmente por métodos sorológicos. Esse diagnóstico deve transcorrer com um teste com alta sensibilidade em conjunto com outro de elevada especificidade: HAI, IFI, ELISA ou quimioluminescência. O diagnóstico é confirmado quando ocorre positividade em dois testes sorológicos distintos¹.

O Brasil é uma das principais áreas endêmicas da doença e a importância de se organizar ações de vigilância para a doença de Chagas se expressa por meio da ampliação do acesso à rede de atenção, da promoção de diagnóstico e do tratamento adequado⁴.

A atenção primária em saúde (APS) é o eixo que compreende a base do cuidado e da coordenação do trabalho dos demais níveis de atenção à saúde. É a atenção responsável por organizar e racionalizar o uso dos recursos direcionados para a promoção, a manutenção e a melhoria da saúde⁵. Nesse sentido, a APS se configura como o ponto da rede de saúde capaz de promover um cuidado longitudinal e oportuno da doença de Chagas crônica, sendo o espaço ideal para ampliar as ações de investigação epidemiológica e manejo efetivo dos casos⁴.

Face ao exposto, com o intuito de reforçar e ampliar as ações de vigilância epidemiológica e aprimoramento das ações em saúde em relação à doença de Chagas, o Ministério da Saúde incluiu a doença de Chagas crônica na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública⁶.

Além da inclusão da doença de Chagas crônica na lista nacional de notificação compulsória, existe atualmente um consenso entre especialistas sobre a necessidade de protagonismo da APS no acompanhamento dos pacientes com esta condição^{2,4,7,8}. Diante disso, realizamos um estudo de intervenção para avaliar a viabilidade de um fluxo para diagnóstico, notificação e classificação dos casos para o acompanhamento longitudinal de pacientes com doença de Chagas cardíaca crônica neste nível de atenção à saúde no município de Patos de Minas- MG.

METODOLOGIA

Desenho

Trata-se de um relato de experiência sobre um estudo de intervenção, não randomizado, com o objetivo de avaliar a viabilidade de um fluxo de acompanhamento de pacientes portadores de doença de Chagas cardíaca crônica na APS do município de Patos de Minas-MG. Para isso, uma série de casos da doença foi acompanhada em relação ao diagnóstico, notificação e classificação dos casos para manejo no município de Patos de Minas-MG.

Recrutamento dos participantes

Esta pesquisa foi apresentada à Secretaria de Saúde do Município de Patos de Minas-MG com o intuito de convidar esta instituição para colaborar no estudo. A Secretaria de Saúde ofereceu espaço físico para a abordagem

inicial (reunião com os pacientes) e se disponibilizou na realização dos exames de eletrocardiograma, ecocardiograma, holter e radiografia de tórax.

Para o recrutamento dos pacientes, foi utilizada como estratégia a busca ativa de pacientes acometidos pela doença de Chagas cardíaca crônica no Programa Vivver, sistema de informação utilizado no município de Patos de Minas-MG,

O objetivo era localizar e fazer contato com os pacientes a fim de avaliar sua elegibilidade ao estudo. Após o cadastramento, foi feito um contato inicial por telefone para avaliar se os pacientes atendiam aos critérios de inclusão (pacientes com diagnóstico de doença de Chagas cardíaca crônica que se dispusessem a participar voluntariamente do estudo). Nesse primeiro contato, foi agendado um encontro para que a coleta dos dados fosse então iniciada.

Procedimentos e instrumento para coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de um formulário único contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, naturalidade, endereço, estimativa do primeiro diagnóstico, qual exame foi realizado, estimativa de quando os sintomas se manifestaram, tempo em que mora em área urbana, tempo em que residiu em área rural, informações sobre a afastamento do trabalho por causa da doença de Chagas, informação referente ao acompanhamento na unidade de saúde de referência e presença de comorbidades (HIV/aids, hipertensão, hepatite crônica, diabetes, cardiopatia por outra etiologia, neoplasias e condições de imunossupressão). No mesmo instrumento foram registrados posteriormente os resultados dos testes sorológicos (Hemaglutinação indireta, Imunofluorescência indireta, Ensaio imunoenzimático ou quimioluminescência) e cardiológicos (ecocardiograma, eletrocardiograma, Radiografia de tórax e Holter). Os exames sorológicos tinham como objetivo a confirmação dos casos autorrelatados e posterior notificação enquanto os exames cardiológicos serviam para a avaliação do estadiamento cardíaco e para estratificação de risco de óbito, conforme Xavier, Sousa; Hasslocher-Moreno (2005)⁹ e Rassi et al. (2006)¹⁰/Rassi; Rassi; Rassi (2007)¹¹, respectivamente.

Os exames cardiológicos, de forma específica, tinham as seguintes funções:

a) Exame ecocardiograma – classificar a presença de disfunção ventricular e avaliar a fração de ejeção afim de classificar o grau do paciente junto aos sintomas clínicos vigentes;

b) Exame eletrocardiograma – avaliar alterações eletrocardiográficas que sugerem o comprometimento cardíaco na doença de chagas como bloqueio do ramo direito, bloqueio de divisão anterossuperior do ramo esquerdo, alterações do segmento ST e da onda T, arritmias ventriculares complexas, áreas eletricamente inativas, graus diversos de bloqueios atrioventriculares e fibrilação atrial²;

c) Radiografia de tórax – avaliar a presença de área cardíaca aumentada que podia indicar comprometimento cardíaco;

d) Holter – avaliar presença de arritmias ventriculares como extrassístoles ventriculares, taquicardia ventricular não sustentada (TVNS), taquicardia ventricular sustentada e fibrilação ventricular. Sobretudo a presença de TVNS tem relação com o grau de disfunção ventricular e o holter é o exame de escolha para rastreamento dessa condição e auxiliar no estadiamento e risco cardíaco⁴

O encontro agendado com os pacientes para o início da coleta dos dados aconteceu nas dependências da Clínica de Especialidades do município. Aqueles pacientes que não compareceram ao encontro foram contatados por telefone e agendada visita domiciliar para a coleta dos dados.

Nesse encontro, o pesquisador coletou as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como dados referentes ao perfil sociodemográfico e à história pregressa da doença de Chagas. Ainda nesse primeiro encontro, os pacientes foram submetidos ao exame de

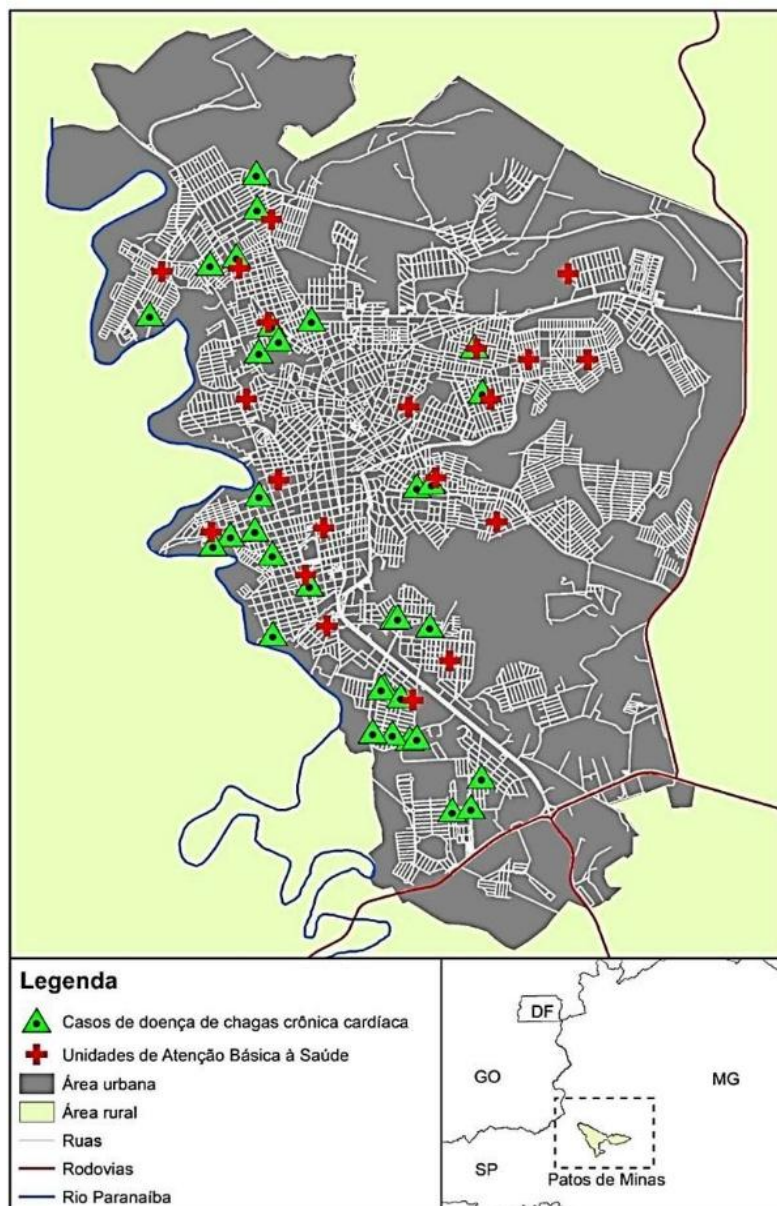
eletrocardiograma. Os exames de ecocardiograma, radiografia de tórax e Holter foram solicitados para que fossem agendados pela Secretaria Municipal de Saúde de Patos de Minas, conforme disponibilidade da Regulação Municipal. Os pacientes ainda foram orientados a buscar o laboratório credenciado no município para a coleta de amostras de sangue. As amostras foram encaminhadas para a testagem sorológica no Serviço de Doenças Parasitárias da Fundação Ezequiel Dias, laboratório de referência em doença de Chagas no estado de Minas Gerais, conforme fluxo já padronizado pela vigilância epidemiológica municipal.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas - UNIPAM (Parecer nº 6.242.382/2023), em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo fez parte do Trabalho de Conclusão de Curso do primeiro autor no Mestrado Profissional em Saúde da Família do programa PROFSAUDE da Universidade Federal de Uberlândia/Fundação Oswaldo Cruz.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Durante o estudo, foram avaliados 33 indivíduos, a maioria era do sexo feminino (19; 57,6%) e com média de idade $68,9 \pm 9,5$ anos. Apenas 16 (48,5%) compareceram para a coleta de sangue para testagem sorológica. Destes, 15 (93,8%) tiveram confirmação da doença de Chagas. Os exames com melhor adesão para a realização foram o eletrocardiograma (31; 93,9%) e radiografia de toráx (31; 93,9%) seguidos pelo ecocardiograma (29; 87,9%) e holter (24; 72,7%). Quando analisado o estadiamento inicial do comprometimento cardíaco, 21 indivíduos (77,8%) estavam classificados no estágio A (ECG alterado e ECO normal). Na classificação de risco de óbito, realizada por duas metodologias diferentes,^{10, 11} foi evidenciado que a maioria dos pacientes se enquadravam na classificação de baixo risco (86,4% e 66,6%, respectivamente). Os casos estudados se distribuíam por todo o município e tinham uma unidade de saúde de referência próximo à residência (Figura 1).

Figura 1. Mapa de georreferenciamento dos casos de doença de Chagas cardíaca crônica analisados e as unidades de atenção básica no município de Patos de Minas – MG, 2024.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Detalhes dos achados epidemiológicos serão discutidos em uma outra publicação já que este relato tem o intuito de apresentar os nós críticos encontrados durante o processo de diagnóstico, notificação e classificação dos casos. Dentre os observados, destacam-se os seguintes:

a) Sistema de informação para a notificação

Apesar da inclusão da doença de Chagas crônica na lista nacional de doenças de notificação compulsória ter ocorrido em 2020, a disponibilização do formulário para notificação na plataforma e-SUS Notifica para o registro dos casos confirmados ocorreu somente em

2023¹². Para a notificação, é preciso que haja liberação de acesso pela equipe responsável do território para o profissional de saúde notificante¹³. Não obstante, até a escrita deste trabalho, o acesso ao autor do estudo, o qual foi solicitado há um ano, não havia sido liberado, impossibilitando a notificação dos casos confirmados em tempo hábil.

b) Recrutamento dos pacientes

A proposta inicial para o recrutamento dos pacientes seria por meio da divulgação da pesquisa entre os usuários, o que seria feito pelas equipes de saúde do município. Os pacientes então fariam o cadastro inicial por meio de um formulário no *Google Forms*. Contudo, não houve adesão das equipes de saúde para a divulgação do formulário. Assim, foi necessária a mudança de estratégia de recrutamento, que foi realizado por meio do sistema de informação em saúde do município, como relatado anteriormente.

c) Caso de doença de Chagas autorreferida

Dentre os pacientes relacionados no estudo, um se autodeclarou portador da doença de Chagas, no entanto, os resultados dos exames sorológicos ELISA, RIFI e quimioluminescência foram não reagentes. Tal ocorrido pode ser explicado pelo fato de que no passado, quando a prevalência da doença de Chagas era alta no Brasil, indivíduos com alguma sintomatologia semelhante à doença, podem ter sido declarados como doentes, porém sem a realização de testes diagnósticos. Além disso, o exame de Machado Guerreiro, muito utilizado no passado, possuía baixa sensibilidade e especificidade, o que podia levar a muitos resultados falsos negativos e falsos positivos, respectivamente¹⁴.

Por isso, a confirmação sorológica é importante em dois aspectos: (i) para a confirmação diagnóstica dos indivíduos, já que muitos não tiveram diagnóstico laboratorial formal realizado no passado ou não se lembram do diagnóstico e (ii) para a notificação do caso, visto que, no caso da doença de Chagas crônica, somente os casos confirmados

são notificados^{1,14}. A estimativa de casos crônicos da doença de Chagas no Brasil até recentemente era feita apenas por meio de estimativas de metanálise ou por dados aproximados, como os estudos realizados com dados da previdência e assistência social^{3,15-17}.

d) Falta de insumos para a realização dos exames sorológicos no laboratório de referência

Durante o estudo ocorreu a falta de insumos para a realização dos exames sorológicos no Serviço de Doenças Parasitárias da Fundação Ezequiel Dias. Essa situação postergou o processamento das amostras e por conseguinte a finalização da notificação/comprovação do caso.

e) Baixa adesão na realização dos exames sorológicos

A maioria dos pacientes avaliados eram idosos, o que pode ter interferido na locomoção independente até o laboratório. Os idosos necessitavam da colaboração de um membro da família ou pessoa conhecida, para que fossem levados à reunião de direcionamento do estudo e em seguida na realização dos exames solicitados. Tal fato pode ter contribuído para a baixa adesão na realização dos exames sorológicos.

f) Adesão insatisfatória na realização dos exames cardiológicos

Para a classificação dos casos em relação ao estadiamento cardíaco e risco de óbito é necessário a realização de exame clínico e exames cardiológicos. Somente assim é possível avaliar se o paciente poderá ser acompanhado integralmente na APS ou se haverá necessidade de encaminhamento para um serviço especializado. Todos os pacientes incluídos nesta casuística foram examinados clinicamente por um dos autores do estudo e tiveram os exames cardiológicos, com exceção do eletrocardiograma, agendados pelas suas unidades de saúde de referência. No entanto, como demonstrado acima, não houve 100% de adesão dos pacientes para a realização dos exames.

Com isso, não foi possível avaliar toda a casuística em relação ao estadiamento cardíaco e risco para o óbito, conforme recomendado⁹⁻¹¹. No caso de pacientes mais idosos, foi observado a falta de interesse de familiares em relação aos exames e classificação dos casos, com o argumento que os pacientes estavam no fim da vida e por isso a avaliação seria desnecessária. Ressalta-se ainda que, no Sistema Único de Saúde (SUS), o tempo de espera para realização destes exames cardiológicos pode ser longo, e por isso a classificação completa dos casos pode ser inviável.

g) Falta de informação dos pacientes sobre o histórico da doença (viés de memória)

A dificuldade dos pacientes em relatar seu histórico sobre a doença, como por exemplo, o início dos sintomas, a realização do diagnóstico entre outros aspectos foi recorrente. Tal fato se deve principalmente à faixa etária dos indivíduos e ao longo tempo decorrido desde o período provável de infecção.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O Brasil representa uma área endêmica importante para a doença de Chagas. Apesar da queda da incidência da doença nos últimos 40 anos, o país ainda possui um grau de morbidade importante devido ao grande número de doentes crônicos ainda existentes que foram infectados no passado¹⁶. Por isso, as equipes de vigilância epidemiológica devem atuar de forma integrada com as equipes de saúde da família para a detecção, notificação e acompanhamento dos casos crônicos da doença de Chagas, sobretudo em áreas consideradas *hotspots* da doença, como os estados de Minas Gerais, Bahia e Goiás^{16,18}.

A suspeita diagnóstica da doença de Chagas na fase crônica é baseada nos achados clínicos e nos fatores de risco pregressos do paciente. Porém, na maioria dos casos, a infecção permanece assintomática. São consideradas pessoas em contexto de risco aquelas que (i) Residam ou tenham residido em área/habitação com registro de infecção por *Trypanosoma cruzi*; (ii) Tenham realizado transfusão de sangue ou hemocomponentes antes de

1992; (iii) Tiveram contato com triatomíneos ou suas excretas; (iv) Tenham familiares/mãe com Doença de Chagas¹⁹.

A maioria dos casos crônicos de doença de Chagas existentes atualmente foram diagnosticados há décadas, muitos sem confirmação por diagnóstico laboratorial ou que fizeram exames com baixa sensibilidade e especificidade¹⁴. A notificação obrigatória dos casos crônicos, por meio de confirmação sorológica, representa um resgate desses casos há muito tempo negligenciados. No entanto, muitos familiares ou até mesmo os próprios doentes não demonstraram interesse na confirmação do caso, seja pelo fato da idade avançada ou por não vislumbrar a necessidade de diagnóstico confirmatório. A detecção neste estudo de um caso falso positivo chama a atenção para a necessidade de confirmação laboratorial.

Os resultados de baixa adesão aos exames sorológicos neste estudo chamam a atenção que a coleta de amostras em ambiente domiciliar pode ser a forma mais eficiente no processo de confirmação diagnóstica da doença de Chagas na APS.

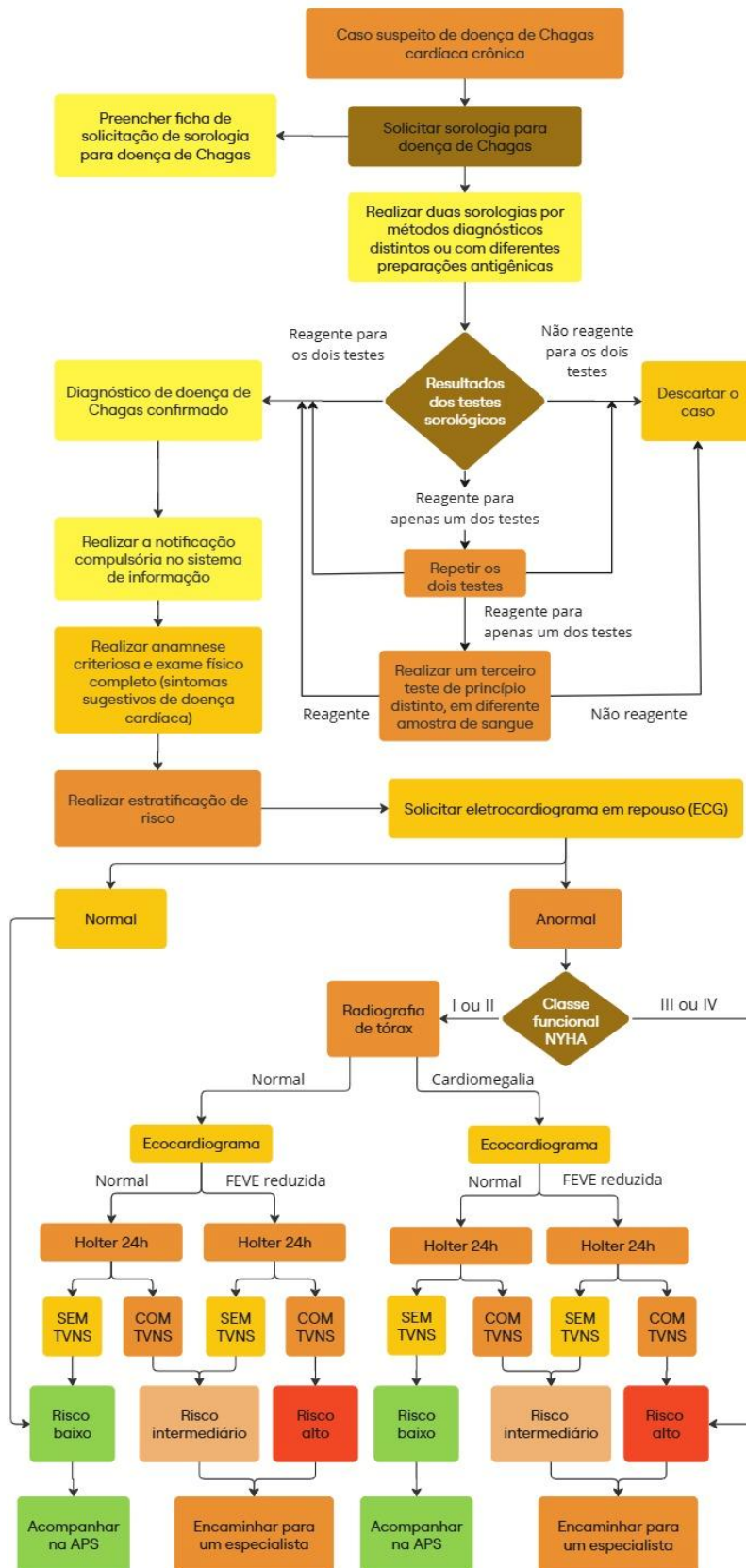
A partir dos nós críticos observados neste estudo propomos uma metodologia para a notificação e classificação de casos de doença de Chagas cardíaca crônica. O protocolo é ilustrado na Figura 2. Conforme padronizado no Brasil, deve ser solicitado dois testes sorológicos (anticorpo IgG) por técnicas ou antígenos diferentes¹. Atualmente são disponibilizados os testes imunoenzimático – ELISA, a imunofluorescência indireta – IFI a hemaglutinação – HAI, a quimioluminescências (CLIA) e o Western Blot (WB).

Após a confirmação do diagnóstico de doença de Chagas crônica, deve ser realizado a anamnese e exame físico completo, focando em sintomas sugestivos de doença cardíaca tais como arritmia, insuficiência cardíaca e tromboembolismo. Exames cardiológicos são necessários para a classificação de risco de óbito e estadiamento dos pacientes, conforme mostrado na Figura 2. Sendo assim, para o conhecimento da real situação desses pacientes, deve haver esforços da saúde pública para garantir a execução desses exames. Pacientes assintomáticos e sem alterações nos exames de eletrocardiograma ou radiografia de tórax são classificados como portadores da forma clínica indeterminada, a mais comum da doença. Sugere-se repetir

anualmente o eletrocardiograma de repouso e com reavaliação do surgimento de sintomas cardíacos ou digestivos.



Figura 2. Fluxograma para manejo de pacientes com doença de Chagas cardíaca crônica na APS.



Fonte: Adaptado de Brasil (2024)¹, Xavier, Sousa; Hasslocher-Moreno (2005)⁹ e Brasil (2018)¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a obrigatoriedade da notificação da doença de Chagas crônica a partir do ano de 2020 e a disponibilização do formulário para registro dos casos a partir de 2023 esperava-se obter uma melhor estimativa da real prevalência da doença de Chagas crônica no Brasil. No entanto, alguns entraves observados neste processo podem interferir sobremaneira no sucesso da estimativa. Para a notificação da doença de Chagas crônica, o profissional de saúde deverá realizar o cadastro no E-SUS Notifica e aguardar a aprovação de acesso por um gestor municipal ou estadual, conforme fluxos locais¹³. Nesse relato de experiência foi constatado que esta metodologia de notificação se apresentou burocrática, confusa e ineficiente. Após um ano de solicitação de acesso, um dos autores desse estudo ainda não tinha a liberação para a notificação dos casos confirmados. Somente após o contato com técnicos da esfera federal e estadual foi solucionado a liberação de acesso. Técnicos da gestão municipal sequer sabiam sobre o processo hierárquico de liberação de acesso para os profissionais de saúde. Neste sentido, é contraditório que o processo de notificação da doença de Chagas crônica, como é realizado atualmente, ofereça tantos entraves para os profissionais notificantes, com o risco de se perder a oportunidade de conhecimento da estimativa mais fidedigna da doença no país por conta dessa problemática.

O presente estudo mostrou os principais nós críticos encontrados durante uma pesquisa de intervenção que propunha o diagnóstico, notificação e classificação de casos de doença de Chagas crônica para manejo na APS.

Os nós críticos encontrados podem ser facilmente superados perante o planejamento e atuação integrada das equipes de APS e vigilância em saúde. Foi demonstrado que a maioria dos casos eram classificados como baixo risco e por isso o acompanhamento na APS é indicado, inclusive com tratamento clínico, sendo necessário o encaminhamento para serviços especializados apenas os casos mais graves. A APS possui um papel importante na redução da sobrecarga dos serviços dos outros níveis de atenção à saúde e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com doença de Chagas é um efeito direto que pode ser esperado com o protagonismo da APS nesse cuidado.

Além disso, somente com a sensibilização dos profissionais de vigilância em saúde, APS e portadores da doença de Chagas teremos uma estimativa mais fidedigna da prevalência atual da doença no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: volume 2 [Internet]. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 4 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf
2. 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 USP; 2018.
3. Martins-Melo FR, Ramos Jr AN, Alencar CH, Heukelbach J. Prevalence of Chagas disease in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Acta Trop*. 2014;130:167-74. doi:10.1016/j.actatropica.2013.10.002.
4. Dias JCP, Ramos Jr AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR, et al. II Consenso brasileiro em doença de Chagas, 2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(spe):7-86. doi:10.5123/s1679-49742016000500002.
5. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. p. 19-42.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e 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.
7. Limongi JE, Peres TAF, Lima GLR, Soares LC, Gomes DC, del Prado IGN, et al. Megaesôfago e megacólon na Doença de Chagas: classificação de casos e possibilidades de atuação da Atenção Primária à Saúde. *Rev APS* 2021;24(Supl. 1):70-85. doi:10.34019/1809-8363.2021.v24.34983.
8. Peres TAF, Oliveira SV, Gomes DC, Del Prado IGN, Lima GLR, Soares LC, et al. Chronic Chagas cardiomyopathy: characterization of cases and possibilities of action of the primary healthcare. *Cad Saude Publica*. 2022;38(6):e00290321. doi:10.1590/0102-311XEN290321.
9. Xavier SS, Sousa AS, Hasslocher-Moreno A. Application of the new classification of cardiac insufficiency (ACC/AHA) in chronic Chagas cardiopathy: a critical analysis of the survival curves. *Rev SOCERJ*. 2005;18(3):227-32
10. Rassi Jr A, Rassi A, Little WC, Xavier SS, Rassi SG, Rassi AG, et al. Development and validation of a risk score for predicting mortality in Chagas' heart disease. *N Engl J Med*. 2006;355(8):799-808.
11. Rassi Jr A, Rassi A, Rassi SG. Predictors of mortality in chronic Chagas disease: a systematic review of observational studies. *Circulation*. 2007;115(9):1101-8
12. Brasil. Boletim Epidemiológico - Análise descritiva: um ano de implementação da notificação de doença de Chagas crônica no Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-08.pdf>

13. Brasil. Ministério da Saúde. [Internet]. Guia para notificação de doença de Chagas crônica (DCC) E-SUS Notifica. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/guia-para-notificacao-de-doenca-de-chagas-cronicas-dcc/view>
14. Cunha CLPD. Chagas Heart Disease: The Evolution of the Disease and its Complementary Exams. *Arq Bras Cardiol.* 2022;119(1):12-3.
15. Perissato IL, Santos KAR, Oliveira AMM, Limongi JE. Chagas disease and social welfare: characterization of the disease in the Brazilian social security and social assistance, 2004-2016. *Epidemiol Serv Saude.* 2022;31(2):e2021777. doi:10.1590/S2237-96222022000200006.
16. Limongi JE, Perissato IL, de Oliveira AMM, Santos KAR. Cardiac and digestive forms of chronic Chagas disease in Brazilian social welfare, 2004-2016. *Rev Bras Med Trab.* 2024;16;21(4):e20221038.
17. Limongi JE, Santos KAR, Perissato IL, Pinto RMC, Mendonça TMDS, Rinaldi AEM. Survival analysis of Chagas disease patients, beneficiaries of social security and social assistance in Brazil, 1942-2016. *Rev Bras Epidemiol.* 2024;17(27):e240020.
18. Limongi JE, Santos KAR, Perissato IL, Faria RM. Spatial analysis of granting of social welfare benefits to people with gastrointestinal Chagas disease in Brazil, 2004-2016: a time series study. *Epidemiol Serv Saude.* 2025;34:e20240622.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Chagas, no Âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.