



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO
DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA
NATUREZA (ILACVN)**

MEDICINA

**ABORDAGEM DA DOENÇA DE CHAGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:
UM RELATO DE CASO**

HEITOR JOSÉ NEGRI DARIVA

Foz do Iguaçu
2023

**ABORDAGEM DA DOENÇA DE CHAGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM
RELATO DE CASO**

HEITOR JOSÉ NEGRI DARIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora Prof. Me. Rosana Álvarez Callejas

Foz do Iguaçu
2023

HEITOR JOSÉ NEGRI DARIVA

**ABORDAGEM DA DOENÇA DE CHAGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM
RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Me. Rosana Álvarez Callejas
UNILA

Prof. Dr. Seidel Guerra Lopez
UNILA

Prof. Esp. Tatiana Pinheiro Rocha de Souza Alves
UNILA

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Heitor José Negri Dariva

Curso: Medicina

Tipo de Documento

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> graduação | <input type="checkbox"/> artigo |
| <input type="checkbox"/> especialização | <input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso |
| <input type="checkbox"/> mestrado | <input type="checkbox"/> monografia |
| <input type="checkbox"/> doutorado | <input type="checkbox"/> dissertação |
| | <input type="checkbox"/> tese |
| | <input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais |
| | <input type="checkbox"/> _____ |

Título do trabalho acadêmico: ABORDAGEM DA DOENÇA DE CHAGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM RELATO DE CASO

Nome do orientador(a): Rosana Álvarez Callejas

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável

À minha família, cujas raízes são o alicerce do meu crescimento e cujos ramos são o suporte do meu futuro. Aos meus antepassados, cujas escolhas e sacrifícios ecoam até os dias de hoje. Este trabalho é um tributo a cada passo que trilharam para que eu pudesse chegar até aqui. Às mãos que me guiaram, aos corações que me acalentaram e às mentes que me inspiraram. Aos meus professores, cuja sabedoria moldou o meu caminho, e a todos que diretamente ou não impactaram em minha formação.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado pai, Ademir, cuja figura paterna foi o mais nobre exemplo de honra e integridade. Suas virtudes moldaram meu caráter e guiaram meus passos, tornando-me alguém melhor a cada dia. Suas palavras de sabedoria e sua presença constante foram bússolas em minha jornada, lembrando-me sempre da importância de ser íntegro e resiliente.

A minha querida mãe, Roselia, cuja dedicação e amor incondicional foram a fonte de inspiração para minha jornada acadêmica. Seu estímulo constante foi luz em meu caminho, mostrando-me a importância de persistir e de nunca desistir dos meus sonhos.

À minha querida irmã Hellen, parceira de risadas, confidente e amiga. Mesmo com a distância física, sua presença esteve sempre próxima em cada desafio. Agradeço por fazer parte da minha história, tornando-a mais rica e colorida com sua alegria e parceria.

A minha amada, Celeste, que esteve ao meu lado em cada etapa desta jornada. Seu amor, paciência e compreensão foram minha fortaleza nos momentos de desafio. Com você, aprendi que o apoio e a cumplicidade são verdadeiros motores para o sucesso.

Aos meus professores, que foram não apenas mentores, mas também guias na busca pela medicina ética e humana. Cada lição, cada conselho, cada desafio proposto foi um presente valioso. Suas palavras ecoam, lembrando-me sempre do privilégio e da responsabilidade de ser um profissional de saúde.

Aos meus amigos, que foram verdadeiros irmãos durante a faculdade. Longe de casa, vocês foram minha família, meu suporte emocional e minha fonte de alegria. Cada risada compartilhada, cada desafio superado juntos, é uma lembrança preciosa que levarei para toda a vida.

A todos vocês, minha gratidão é tão vasta quanto o universo que nos inspira. Obrigado por serem constelações na minha jornada.

*“Never accept an inferior position to anyone.
It is the strongest spirit that wins, not the most expensive sword.”*

– Miyamoto Musashi

RESUMO

A doença de chagas é uma doença infecciosa transmitida principalmente pelos vetores triatomíneos, e é causada pelo parasita *Trypanosoma cruzi*, que acomete majoritariamente o coração. A infecção tem cura difícil, normalmente progredindo de forma crônica, com várias fases clínicas, sendo a principal a cardiomiopatia crônica chagásica, já que o parasita causa danos contínuos ao miocárdio. Além disso, é uma patologia negligenciada e portanto, afeta populações vulneráveis, fator comprometedor do diagnóstico e tratamento. Portanto, é encargo da Atenção Primária em Saúde assistir tais pacientes, utilizando-se dos atributos para fomentar a melhor abordagem e acompanhamento possível, integrando mediante necessidade os diferentes níveis de atenção. O presente trabalho demonstra o caso de uma mulher de 70 anos de idade, com diagnóstico de doença de chagas há 28 anos, associada a insuficiência cardíaca, doença renal crônica e arritmia, em um acompanhamento irregular com o serviço de Atenção Primária em Saúde. Ainda, busca demonstrar o primeiro contato da paciente com a equipe que a atendeu após demanda espontânea, e como a Atenção Primária em Saúde pode coordenar o cuidado de tais casos. Não obstante, é realizada comparação da literatura com os sintomas, terapias e condutas instituídas anteriormente, findando-se com reflexão sobre os atributos da Atenção Primária em Saúde em relação ao caso, e o papel desta na articulação do cuidado.

Palavras-Chave: Cardiomiopatia Chagásica; Doença de Chagas; *Trypanosoma cruzi*; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Chagas disease is an infectious disease primarily transmitted by triatomine vectors, caused by the parasite *Trypanosoma cruzi*, predominantly affecting the heart. The infection is challenging to cure and typically progresses chronically, manifesting through various clinical phases, with chronic chagasic cardiomyopathy being the main concern due to continuous myocardial damage caused by the parasite. Furthermore, it is a neglected pathology, which predominantly affects vulnerable populations, complicating diagnosis and treatment. Therefore, it falls upon Primary Health Care to assist such patients, utilizing its attributes to foster the best possible approach and follow-up, integrating, as needed, the different levels of care. This study presents the case of a 70-year-old woman, diagnosed with Chagas disease 28 years ago, associated with heart failure, chronic kidney disease, and arrhythmia, with irregular follow-up in the Primary Health Care service. Additionally, it aims to showcase the patient's first contact with the team that attended to her after spontaneous demand, and how Primary Health Care can coordinate the care for such cases. Nevertheless, a comparison is made between the literature and the previously instituted symptoms, therapies, and conducts, concluding with a reflection on the attributes of Primary Health Care in relation to the case and its role in care coordination.

Keywords: Chagasic Cardiomyopathy; Chagas Disease; *Trypanosoma cruzi*; Primary Health Care.

RESUMEN

La enfermedad de Chagas es una enfermedad infecciosa transmitida principalmente por vectores triatomíneos, causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*, que afecta principalmente al corazón. La infección es difícil de curar y generalmente progresa de manera crónica, con varias fases clínicas, siendo la cardiomiopatía chagásica crónica la principal, ya que el parásito causa daño continuo al miocardio. Además, es una patología descuidada y, por lo tanto, afecta a poblaciones vulnerables, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento. Por lo tanto, es responsabilidad de la Atención Primaria en Salud atender a estos pacientes, utilizando sus atributos para fomentar el mejor enfoque y seguimiento posible, integrando, según sea necesario, los diferentes niveles de atención. Este estudio presenta el caso de una mujer de 70 años, diagnosticada con enfermedad de Chagas hace 28 años, asociada con insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y arritmia, con un seguimiento irregular en el servicio de Atención Primaria en Salud. Además, tiene como objetivo mostrar el primer contacto de la paciente con el equipo que la atendió después de una demanda espontánea, y cómo la Atención Primaria en Salud puede coordinar la atención para casos como este. Además, se realiza una comparación entre la literatura y los síntomas, terapias y conductas previamente instituidas, concluyendo con una reflexión sobre los atributos de la Atención Primaria en Salud en relación con el caso y su papel en la articulación de la atención.

Palabras clave: Cardiomiopatía Chagásica; Enfermedad de Chagas; *Trypanosoma cruzi*; Atención Primaria en Salud.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DESCRIÇÃO DO CASO	14
3 DISCUSSÃO	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNCIDE A	27
APÊNDICE B	28

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC) é uma doença infecciosa causada pelo parasita *Trypanosoma cruzi*, e é também nomeada tripanossomíase americana, já que o vetor, o inseto “barbeiro” ou “percevejo” (*Triatominae, Hemiptera, Reduviidae*) se limita ao continente (DIAS *et al.* 2016). É considerada pela OMS uma doença infecciosa negligenciada, principalmente devido a sua associação entre pobreza e doença, sendo prevalente em populações carentes, com acesso limitado à saúde, especialmente em áreas rurais e favelas, o que reforça o quadro de desigualdade (LIMA *et al.* 2021).

Dias *et al.* (2016) citam que em 2015, mais de 80% das pessoas atingidas pela DC não tinham acesso algum a diagnóstico ou tratamento, reforçando a morbimortalidade e custo social da patologia. Segundo Simões *et al.* (2018), ocorrem 300.000 casos novos/ano na América Latina, com 8 milhões de pessoas infectadas no mundo. Acredita-se que 1,0 a 2,4% da população atual brasileira esteja infectada por *T. cruzi* (DIAS *et al.* 2016).

Essa característica, segundo Pereira-Silva *et al.* (2022), é resultante de uma problemática complexa, englobando questões de informação, comunicação e educação em saúde. Para os autores, a problemática da DC pode ser fundamentada em quatro dimensões: 1) Dimensão político-econômica, incluindo condições macroeconômicas e políticas públicas; 2) dimensão sociocultural, integrando preconceitos, representações sociais, valores e culturas; 3) dimensão epidemiológica, relacionado a indicadores e características da doença referente a populações humanas e de vetores; 4) Dimensão biomédica, envolvendo todos os temas biomédicos e semelhantes.

Conforme Sengenito *et al.* (2020), uma das maiores adversidades em relação à doença é o subfinanciamento crônico, de 2008 a 2018, os investimentos somados em pesquisas sobre a doença foram de cerca de 236,31 milhões de dólares americanos, aproximadamente 0,67% do total aplicado para doenças negligenciadas em geral. Ainda, a responsabilidade de financiamento da doença é quase que exclusiva do setor público, sendo responsável por 74% de todo o investimento, com a indústria participando com 19% dos investimentos. Tal realidade demonstra a

negligência de atenção à doença mesmo dentro das doenças negligenciadas (AIDS, malária, tuberculose, entre outras).

A transmissão da DC na forma vetorial, segundo Dias *et al.* (2016) ocorre após os triatomíneos se alimentarem do potencial hospedeiro, excretando fezes contaminadas com o parasita, que penetra no organismo através do orifício da picada ou abrasões cutâneas devido ao ato de coçar. Além disso, existem outras formas de transmissão, como a transfusional, que ocorre durante transfusões de sangue contaminado, e a transplacentária, em que a mãe pode passar o parasita para o feto durante a gestação ou o parto. A transmissão oral envolve a ingestão de alimentos contaminados com o parasita.

Após a infecção, a doença de Chagas pode ser dividida em duas fases: aguda e crônica. A fase aguda cursa com quadro clínico inespecífico e sintomas leves de síndrome infecciosa (febre, inflamação local ou chagoma, sinal de Romaña (edema palpebral unilateral), hepatoesplenomegalia e linfadenopatia) durando 4 a 12 semanas (LIMA *et al.*, 2021). Após infecção, se ausência de terapia antitripanossômica bem-sucedida (BERN, 2022), ocorre progressão para a fase Crônica, a qual é dividida em latente (pré-clínica) e determinada (clínica), sendo a clínica subdividida em cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva (PERES *et al.* 2022). Conforme Marin-Neto, Rassi e Simões (2022), a fase crônica cardíaca pode ser denominada como Cardiomiopatia crônica chagásica (CCC).

A cardiomiopatia crônica chagásica, culmina em alterações estruturais e funcionais do coração, abrangendo dilatação das cavidades cardíacas, comprometimento da contratilidade e distúrbios na condução elétrica. Como consequência, emerge a predisposição a quadros de insuficiência cardíaca, arritmias e demais disfunções cardíacas, refletindo a gravidade intrínseca da condição e a necessidade premente de intervenções clínicas hábeis e contínuas (MARIN-NETO, RASSI, SIMÕES, 2022).

Nesse contexto, a atenção primária em saúde (APS) se destaca como um componente fundamental na detecção precoce e manejo eficaz da cardiomiopatia chagásica. Em regiões endêmicas, onde a doença é mais prevalente, a APS desempenha um papel crucial na identificação de casos suspeitos, fornecendo encaminhamentos adequados e orientação aos pacientes. A relevância desse cenário transcende os limites clínicos, com implicações profundas para a saúde

pública e socioeconômicas, visto que a DC afeta predominantemente populações vulneráveis.

Assim, a APS desempenha um papel crucial no acesso ao acompanhamento de pacientes com cardiomiopatia chagásica crônica (CCC), reduzindo custos e intervalos de espera. Existem evidências da prevalência de casos de baixo risco em todo o Brasil, e aproximadamente 70% dos pacientes com CCC apresentam doença estável ao longo da vida, ressaltando a importância da APS no cuidado continuado desses casos. (PERES *et al.*, 2022).

Desta forma, o presente relato objetiva descrever um caso de CCC em acompanhamento no serviço de atenção primária, além de instruir médicos quanto a apresentação clínica da doença, bem como formas de diagnóstico em populações vulneráveis e tratamento da doença/consequências. Além disso, busca demonstrar a relevância da atenção primária na abordagem e acompanhamento desta complexa síndrome cardíaca.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminina, 70 anos, branca, aposentada, natural de Tibagi, área endêmica da DC no Paraná, comparece à Unidade Básica de Saúde em Foz do Iguaçu, referenciada pela atenção especializada, para continuidade e acompanhamento do tratamento de cardiomiopatia crônica chagásica.

Diante da primeira consulta com a paciente e ausência de informações em prontuário, foi realizada anamnese completa. Na infância, habitou em casa de taipa (fator de risco para DC), onde encontrava triatomíneos, possível local da infecção. Descobriu a doença aos 42 anos de idade, quando ao doar sangue foram realizados testes sorológicos que acusaram a doença. Na época, foi orientada a realizar eletrocardiogramas periódicos, sem instituir-se nenhuma terapia.

Após 21 anos assintomática, iniciou em 2015 um quadro de dispneia aos pequenos esforços, astenia, fadiga, palidez, edema em membros inferiores e dispneia paroxística noturna. Procurou Unidade de Pronto Atendimento, onde por meio de radiografia foi constatado edema pulmonar e cardiomegalia. Nesta internação, devido história anterior, foi encaminhada ao hospital terciário e de referência para patologias cardiológicas, onde foi realizado teste sorológico ELISA e HAI para *T. Cruzi*, verdadeiramente comprovando a DC crônica. Desde então, realiza acompanhamento semestral irregular com cardiologista e nefrologista, com crises de descompensação da IC, a última há 3 meses. Durante momentos de descompensação, procurava atendimento médico nas unidades de pronto atendimento da cidade.

O histórico clínico da paciente revela a influência significativa da CCC na sua rotina, culminando em um estilo de vida predominantemente sedentário. Segundo relata, a presença de dispneia aos pequenos esforços tem inibido a participação em atividades físicas, impactando na qualidade de vida de forma substancial. Refere uma má aderência ao tratamento, o que contribui para um tratamento subótimo e agravamento dos sintomas, o que, por sua vez, desencadeia os episódios de descompensação da insuficiência cardíaca (IC).

Em tempo, apresenta as seguintes patologias: CCC associada a Insuficiência cardíaca com função de ejeção reduzida (ICFEr) de 40% (ICC NYHA Classe III, Perfil B, CHA2DS2VASc 4), Fibrilação atrial permanente de alta responsividade

ventricular e Doença renal crônica estágio III. Possui diabetes mellitus não-insulino-dependente, hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo como comorbidades.

Na história familiar, referiu óbito de mãe aos 41 anos e pai aos 45 anos, ambos por IC, possivelmente por DC segundo relata. Ao ser questionada sobre descendentes, refere 4 filhos, atualmente hígidos, porém nunca testados para DC.

Ao exame físico, apenas presença de ritmo cardíaco irregular, com bulhas cardíacas hipofonéticas arrítmicas, sem sopros. Foram renovadas receitas de uso contínuo: digoxina, carvedilol, furosemida, espironolactona, sacubitril/valsartana, hidroclorotiazida, rivaroxabana, omeprazol, levotiroxina e metformina. Também foram solicitados exames laboratoriais de rastreio de doenças cardiovasculares e eletrocardiograma e requisitado o comparecimento dos filhos à consulta médica para rastreio de DC.

Durante visita domiciliar, foram visualizados prontuários e exames anteriores, aqui relatados os mais recentes. Ecocardiograma com doppler apresenta ventrículo esquerdo dilatado com hipocontratilidade difusa leve e disfunção diastólica grau I, dilatação leve em átrio esquerdo, dupla lesão valvar aórtica e hipertensão pulmonar leve, FEr 40%. Tomografia computadorizada de tórax apresenta aumento de área cardíaca às custas de câmaras esquerdas.

Por fim, foi estabelecido um acordo colaborativo com a paciente, visando assegurar um acompanhamento regular na Atenção Primária à Saúde (APS). Durante a consulta, enfatizou-se a importância da aderência terapêutica para otimizar o controle da CCC e melhorar a qualidade de vida. Além disso, foram discutidas e implementadas estratégias personalizadas, incluindo a simplificação da posologia e a integração de lembretes no cotidiano da paciente. Recomendou-se a manutenção de um diário de sintomas para melhor monitoramento da condição e uma comunicação mais eficaz durante as consultas. Ressaltou-se que a equipe de saúde está disponível para esclarecer dúvidas e fornecer suporte contínuo, promovendo uma abordagem proativa e centrada na paciente para o manejo da CCC.

3 DISCUSSÃO

Classicamente na literatura, a DC crônica em sua forma clínica cardíaca, também nomeada cardiomiopatia crônica chagásica (CCC), ocorre em cerca de 30% a 50% dos indivíduos, sendo considerada um problema de saúde pública, assumindo grande parcela como causa de insuficiência cardíaca (IC) e morte súbita (SIMÕES *et al.* 2018).

A CCC apresenta-se com extenso espectro de manifestações, cursando de anormalidades clinicamente inaparentes, até suas principais 4 síndromes: IC, tromboembólica, arritmica e de dor torácica, ocorrendo isoladas ou associadas (DIAS *et al.*, 2016; MARIN-NETO, RASSI E SIMÕES, 2022).

Conforme a doença progride, evoluindo da fase aguda para a fase crônica, uma miocardite fibrosante ocorre de maneira incessante e com baixa intensidade, resultando na CCC. O acometimento cardíaco tardio é extenso, e resulta no impacto na qualidade de vida do doente, sendo responsável por relevante morbidade e mortalidade (SIMÕES *et al.* 2018).

A etiopatogenia da CCC ainda não é completamente compreendida como afirma Torres *et al.* (2022). Durante quadro agudo, o dano é relacionado a infestação e multiplicação do parasita em tecidos. A persistência do *T. cruzi* leva ao quadro crônico, principalmente por 2 formas: dano tecidual diretamente relacionado à inflamação de baixa intensidade devido parasitismo do miocárdio; e resposta imune adversa do hospedeiro, retroalimentada pela permanência do parasita e seus antígenos no miocárdio. Além disso, existem evidências que sugerem mais dois mecanismos associados à lesão miocárdica, distúrbios de perfusão cardíaca, associados a alterações estruturais da circulação coronária, e anormalidades da inervação autonômica cardíaca (SIMÕES *et al.* 2018).

A paciente em questão, vivenciou ativamente a fase crônica indeterminada da doença, com uma sintomatologia ausente ou praticamente inexistente. Assim como afirma Simões *et al.* (2018), durante este período, sinais e sintomas são inespecíficos, e até mesmo exames complementares como radiografias ou eletrocardiogramas podem não apresentar alterações. A única forma então é confirmação através de testes sorológicos ou parasitológicos, o que ocorreu no momento em que a paciente doou sangue.

O tratamento nesse período é controverso, mas evidências corroboram com uma atuação de forma a monitorar as alterações possíveis de ocorrerem pela DC, a fins de se realizar uma abordagem precoce. Uma sugestão é a realização de eletrocardiograma a cada 1 ou 2 anos, além de radiografia de tórax a cada 3 ou 5 anos (MARIN-NETO, RASSI E SIMÕES, 2022). Assim, as orientações fornecidas à paciente no momento do descobrimento da doença foram corretas, já que existiu a orientação da realização de eletrocardiogramas periódicos. Contudo, poder ser elencada crítica quanto a não referência ao serviço de atenção primária, bem como não orientação do acompanhamento regular com a equipe de APS.

Ao longo do curso temporal, a apresentação crônica indeterminada evoluiu para a fase crônica cardíaca da patologia, figurando como uma das quatro principais síndromes nesse estágio. A síndrome tromboembólica compreende embolias pulmonares e sistêmicas, frequentemente originadas de trombozes cardíacas e venosas; a síndrome arritmogênica, abrange uma ampla gama de arritmias atriais e ventriculares, variando de assintomáticas a sintomas de baixo débito; a Síndrome anginosa, manifesta-se com episódios de dor precordial, muitas vezes atípicos para isquemia miocárdica, relacionados a distúrbios de microcirculação, e por fim, a síndrome de insuficiência cardíaca, ou CCC, apresentada pela paciente (SIMÕES *et al.* 2018).

Conforme Simões *et al.* (2018), a IC na CCC inicia com sintomas de fadiga e dispneia aos esforços, evoluindo para dispneia paroxística noturna, ortopneia e congestão pulmonar, semelhante ao caso. Pode evoluir ainda a congestão venosa sistêmica (ascite, turgência jugular, edema de membros inferiores e hepatomegalia), findando-se em adinamia, anasarca e caquexia cardíaca. No exame físico podem existir sinais de cardiomegalia por desvio de ictus, abafamento de B1 em foco mitral, B3 e sopros regurgitativos de valvas atrioventriculares, o que não foi evidenciado na paciente. A característica marcante é maior prevalência de insuficiência ventricular esquerda (consonante com o caso), podendo ocorrer progressão para IC biventricular (SIMÕES *et al.* 2018).

As arritmias por sua vez, podem ser atriais ou ventriculares de qualquer tipo (DIAS *et al.* 2016). Como no relato, clinicamente apresentam-se assintomáticas ou com mal-estar inespecífico, e ao exame físico pode ocorrer irregularidades no ritmo cardíaco e palpação de pulsos. A fibrilação atrial, achado presente no caso, é uma manifestação tardia, associada a cardiomegalia pronunciada e deve ser tratada se

CHA₂DS₂VASc \geq 2, o que foi realizado. Freitas, Sampaio e Aras (2018) descrevem a incidência de 11,9% de FAARV em populações com CCC, com maior prevalência em pacientes do sexo feminino, uma semelhança direta com o caso.

Manifestações como redução do débito cardíaco, estase venosa, trombose mural intracardíaca, fibrilação atrial e dilatação de câmaras cardíacas são fatores de risco para a síndrome tromboembólica na CCC (DIAS *et al.*, 2016), presentes em 44% dos casos de óbitos em portadores de CCC (SIMÕES *et al.* 2018).

Por fim, sintomas anginosos são guiados pela queixa de precordialgia, com dor atípica para isquemia miocárdica, descrita com uma duração longa (horas a dias), em forma de pontada e não bem localizada, sem relação a esforços, com padrão recidivante durante o dia (SIMÕES *et al.* 2018). A maior explicação para tais sintomas justifica-se em distúrbios de microcirculação como causa das dores (SIMÕES *et al.* 2018).

A DRC grau III evidenciada pode ser explicada como consequência direta das alterações deletérias da IC, e conforme Kiernan, Udelson e Sarnak (2022), a SCR prevalece em 29% dos pacientes com IC, assim como ocorre no caso. Zhao *et al.* (2021) postula que ativação neuro-humoral e inflamatória na IC favorece a perda progressiva da função renal, já que a hipoperfusão renal devido baixo débito cardíaco e redirecionamento do fluxo sanguíneo para órgãos nobres, resultam em respostas compensatórias deletérias ao longo do tempo.

Como diagnóstico de DC crônica, são utilizados testes sorológicos (ELISA, IFI, HAI) para antígeno do *T. cruzi*, obrigatoriamente 2 positivos. Para CCC, o ECG é escolha diagnóstica, com distúrbios de condução direita e hemibloqueio anterior esquerdo em 50% dos pacientes. A fibrilação atrial do caso é achado incomum, encontrada em 4 a 12% das CCC (DIAS *et al.*, 2016; SIMÕES *et al.* 2018).

O ecocardiograma por sua vez, possibilita estadiar a CCC, além de diagnóstico estrutural/funcional (SIMÕES *et al.* 2018). Assim como no caso, 50% dos pacientes podem apresentar dilatação e disfunção ventricular esquerda, não sendo presente a disfunção ventricular direita típica da CCC (TORRES *et al.* 2022). Dilatações em átrios, como a evidenciada na paciente, são característicos de CCC em estágio avançado, representando risco aumentado para morte devido manifestações tromboembólicas (MARIN-NETO, RASSI E SIMÕES, 2022).

A classificação clínica da CCC foi proposta por Dias *et al.* (2016), dividida em 5 estágios considerando-se ECG, ecocardiograma e análise de grau de IC segundo

NYHA, assim como mostra o Quadro 1 em Apêndice A. A FEr que a paciente apresenta, segundo Marin-Neto, Rassi, Schmidt (2022), está associada a risco aumentado de mortalidade de até 13,9% para paciente com CCC estágio C.

O prognóstico da doença é multifatorial e a ferramenta mais utilizada é o escore de Rassi (Quadro 2 - Apêndice B), que utiliza sistema de pontos para características simples da doença, permitindo estratificar o risco de mortalidade (SIMÕES *et al.* 2018). No caso, a paciente apresenta 13 pontos, sendo alto o risco de mortalidade nos próximos 10 anos (84 a 85%) (alteração de mobilidade de VE = 3, cardiomegalia = 5, IC grau III = 5).

Como tratamento, existem controvérsias para a forma crônica indeterminada. Preconiza-se com fracas evidências o uso de antitripanossômicos (benznidazol ou nifurtimox), com relativa soroconversão à negatividade após anos (LIMA *et al.* 2021). Um dos maiores problemas associados são os efeitos adversos da medicação (MARIN-NETO, RASSI, SCHMIDT, 2022). Para pacientes como a do caso, com CCC, ela não é indicada. Contudo, no primeiro diagnóstico de DC da paciente, não foi realizada terapia alguma, somente orientada quanto à realização de ECG. O benznidazol é disponível desde década de 70 (CUNHA-FILHO *et al.* 2012), e poderia ter sido utilizado, modificando o curso da doença.

Já o tratamento da CCC, é estruturado no controle de sintomas, evolução da doença e prevenção de morte súbita das apresentações sindrômicas (BESTETI, 2016): IC utiliza-se mudança de estilo de vida, diuréticos, digitálicos, BRA ou IECA (especialmente em FE <45% como o caso), inibidores duplos, betabloqueadores e antagonistas da aldosterona; Complicações Tromboembólicas são prevenidas pelo uso de anticoagulantes orais; Em Arritmias são utilizados antiarrítmicos, principalmente amiodarona, além de cardioversores-desfibriladores implantáveis; Na Dor torácica utiliza-se antagonista do cálcio, nitratos ou betabloqueadores.

Em conformidade com a literatura, a paciente recebeu toda a terapia preconizada. A digoxina é empregada para fortalecer as contrações cardíacas (efeito inotrópico positivo), além de reduzir a fibrilação atrial. O carvedilol, um betabloqueador, atua no controle da pressão arterial e frequência cardíaca, e a furosemida, um diurético de alça, auxilia na eliminação de urina e sódio, aliviando a sobrecarga de fluidos nos tecidos. A espironolactona, por sua vez, é um diurético poupador de potássio e antagonista da aldosterona, importante para equilibrar os níveis de sódio e potássio. A combinação sacubitril/valsartana tem efeito

vasodilatador e natriurético, melhorando o fluxo sanguíneo e reduzindo a carga sobre o coração. Por fim, a rivaroxabana, é um anticoagulante oral, prevenindo trombos (ROHDE *et al.* 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem assumido um papel crucial no cuidado a pacientes crônicos com doença de Chagas no Brasil. Sua proximidade com a comunidade a torna o primeiro ponto de acesso aos serviços de saúde, desempenhando um papel fundamental na educação para a saúde e na promoção de cuidados abrangentes e personalizados. A APS deve abraçar o desafio de diagnosticar, monitorar, tratar e orientar os casos clínicos, resultando em uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes e na redução dos custos associados à doença (PERES *et al.*, 2022).

No entanto, é crucial ressaltar que a eficácia desse papel depende da capacitação dos profissionais de saúde e da integração efetiva entre os diferentes níveis de atenção. A falha em identificar e acompanhar previamente esta paciente evidencia uma lacuna na atuação da APS. Ademais, a referência tardia da atenção especializada revela uma desconexão entre os níveis de atendimento, retardando a intervenção necessária para proporcionar o suporte adequado.

Ocorreu déficit na longitudinalidade. Presente de certa forma no nível da atenção especializada, praticamente inexistiu na APS, deixando a paciente desassistida da relação pessoal com os profissionais e conseqüentemente os benefícios que este atributo produz, como diagnósticos e tratamentos mais precisos (OLIVEIRA E PEREIRA, 2013). Nesse contexto, é importante notar que a falta de referenciamento por parte da atenção especializada também contribuiu para o quadro. No entanto, a APS também compartilha a responsabilidade, uma vez que as equipes, em certa medida, desconhecem a população a que servem.

A longitudinalidade do cuidado inclusive, é fundamental para acompanhamento e manejo da doença, evitando agravamento do caso, dado o alto risco de mortalidade, bem como possibilidade de pioras na condição de saúde da paciente, atuando não só para reduzir a sobrecarga na atenção especializada, mas para prevenção de piores prognósticos e garantia do autocuidado/adesão ao tratamento. Ainda, pontos que reforçam a obrigatoriedade do acompanhamento da paciente são a possibilidade de transmissão da doença independente do estado clínico (SIMÕES *et al.* 2018), principalmente pelo município ser local endêmico do vetor da DC.

O desconhecimento da equipe de APS sobre a paciente e território demonstra falha na territorialização. A territorialização é um dos princípios fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS), que envolve o conhecimento aprofundado da comunidade atendida (FARIA, 2020). Ao não compreender plenamente as características, necessidades e particularidades da população local, a equipe da APS acaba por não oferecer um cuidado verdadeiramente centrado no paciente. Isso resulta em uma perda significativa na qualidade do atendimento, já que não se pode fornecer intervenções e tratamentos precisos sem esse entendimento contextual (FARIA, 2020). Portanto, é imperativo que a territorialização seja uma prioridade na prática da APS para garantir um cuidado eficaz e de alta qualidade. A falta desse alicerce compromete a eficácia do sistema de saúde como um todo e prejudica diretamente a saúde e bem-estar dos pacientes.

Outro ponto singular do caso (também na APS) foi a negligência em relação vigilância epidemiológica. A DC congênita pode ocorrer em até 10% dos bebês de mães infectadas (BERN, 2022), devendo ser suspeitada em filhos de mães que habitaram ou transitaram por áreas com transmissão vetorial da doença. No caso em questão, nenhum dos 4 filhos da paciente foram testados para DC, o que deve urgentemente ocorrer, seja por meio da busca ativa ou outras formas de contato direto com o paciente.

Não obstante, ocorreu ausência da coordenação do cuidado por parte dos médicos especialistas, os quais não referenciaram corretamente a paciente para a UBS, tendo ela buscado o serviço de APS por demanda espontânea. Por outro lado, a atenção no primeiro contato foi muito aplicada, tanto em episódios passados, como durante consulta. Também se fez presente a integralidade, historicamente demonstrada na utilização dos diferentes níveis de atenção em saúde pela paciente, mesmo que de maneira irregular. A terceira dimensão deste princípio, da articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação não ocorreu de forma plena.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato oferece uma visão clara e concisa de um caso de Cardiomiopatia Chagásica Crônica (CCC), alinhado com o conhecimento estabelecido na literatura. No entanto, ele também destaca lacunas históricas na gestão do caso, cujas ramificações continuam a ser sentidas até o presente momento.

É crucial reconhecer que uma intervenção correta, no devido tempo, poderia ter alterado significativamente a trajetória e o prognóstico da doença. Em especial, a estratificação de risco precoce é uma peça-chave, capaz de informar abordagens mais assertivas, evitando complicações e progressões adversas da patologia. Em pacientes estágio C/D como o caso, que apresentam manejo complexo, com alta dependência hospitalar, a APS deve se posicionar como protagonista do cuidado.

Em pacientes nos estágios avançados como este, que demandam um manejo complexo e alta dependência hospitalar, a Atenção Primária à Saúde (APS) emerge como um agente protagonista no cuidado. Doenças negligenciadas, como a Doença de Chagas, que carregam consigo uma carga de comorbidades crônicas, tendem a afetar principalmente as populações vulneráveis. Nesse sentido, é imperativo direcionar investimentos estratégicos e descentralizar os recursos de saúde, assegurando que a assistência alcance efetivamente os locais onde é mais necessária, integrando de maneira sinérgica os distintos níveis de atenção.

Ainda, o papel da APS transcende a mera vigilância epidemiológica e monitoramento da doença. Sua atuação é crucial na promoção dos atributos de integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e atenção no primeiro contato. Um gerenciamento contínuo, aliado a programas robustos de educação em saúde, não apenas previne complicações e favorece prognósticos favoráveis, mas também alivia a carga sobre os serviços de atenção especializada, promovendo, em última instância, o bem-estar pleno do paciente. Este caso serve como uma ilustração vívida da importância vital da APS no contexto das doenças crônicas, ressaltando a necessidade premente de uma abordagem interdisciplinar e centrada no paciente para alcançar resultados ótimos.

Por fim, reforçamos os pontos cruciais do manejo da cardiomiopatia chagásica na APS, ressaltando os acertos e indicando oportunidades de aprimoramento. Destacamos como a atuação da APS pode contribuir para a

melhoria do prognóstico dos pacientes e redução das complicações, enfatizando a relevância da detecção precoce, do encaminhamento adequado e do acompanhamento contínuo dos pacientes com cardiomiopatia chagásica na atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS

- BERN, C. Chagas disease: Acute and congenital Trypanosoma cruzi infection **UpToDate**. 2022. Disponível em: < <https://www.uptodate.com/contents/chagas-disease-acute-and-congenital-trypanosoma-cruzi-infection>>. Acesso em: 03/12/2022
- BESTETI, R. B. Cardiomiopatia Chagásica Crônica: Diagnóstico e Tratamento. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 246-252, 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/831559/05_revistasocesv26_04.pdf. Acesso em: 23 set. 2023.
- CUNHA-FILHO, M. S. S. da. SÁ-BARRETO, L. C. L. de. LEONARDI, D. LAMAS, M. C.. SALOMÓN, C. J. Recentes Avanços no Tratamento da Doença De Chagas. **Brasília Med**, Brasília, v. 49 n. 4, p. 279-283, 2012. Disponível em: <https://rbm.org.br/details/126/pt-BR/recentes-avancos-no-tratamento-da-doenca-de-chagas>. Acesso em: 23 set. 2023.
- DIAS, J. C. P; RAMOS, A. N; GONTIJO, E. D.; LUQUETTI, A; SHIKANAI-YASUDA, M. A.; COURA, J. R.; TORRES, R. M; MELO, J. R. da. C; ALMEIDA, E. A. de; OLIVEIRA JUNIOR, W. de. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 21, p. 1-10, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000500002>. Acesso em: 23 set. 2023.
- FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Acesso em: 23 set. 2023.
- FREITAS, E. L; SAMPAIO, E. S; ARAS, R. Incidence of Atrial High-Rate Episodes in Chagas Disease Patients. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Sociedade Brasileira de Cardiologia, v. 0, n. 0, p. 1-1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0225-2020>. Acesso em: 23 set. 2023.
- KIERNAN, M. S. UDELSON J. E. SARNAK, M. Cardiorenal syndrome: Definition, prevalence, diagnosis, and pathophysiology. **UpToDate**. 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/cardiorenal-syndrome-definition-prevalence-diagnosis-and-pathophysiology>>. Acesso em: 03/12/2022
- LIMA, R; BRITO, A; FALCÃO, L; MATIAS, A; BRITO, R. Doenças Negligenciadas: doença de chagas e os aspectos atuais do tratamento. **Revista de Ensino**, Ciência e Inovação em Saúde, v. 2, n. 1, p. 9-17, 23 abr. 2021. Disponível em: <http://recis.huunivasf.ebserh.gov.br/index.php/recis/article/view/69/51>. Acesso em: 23 set. 2023.
- MARIN-NETO, A. J. RASSI, A. SCHIMIDT, A. Chronic Chagas cardiomyopathy: Management and prognosis. **UpToDate**. 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-chagas-cardiomyopathy-management-and-prognosis>>. Acesso em: 03/12/2022

MARIN-NETO, A J. RASSI, A. SIMÕES, M. V. Chronic Chagas cardiomyopathy: Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate**. 2022. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronic-chagas-cardiomyopathy-clinical-manifestations-and-diagnosis>>. Acesso em: 03/12/2022

MORAIS, A. F. P. de; SOUZA, D. F. da S.; TOMAZINI, M. H. F.; BACHUR, C. K.; OLIVEIRA, R. P. C. de. Insuficiência cardíaca grave e rapidamente progressiva em paciente adulto jovem com cardiomiopatia chagásica crônica: desafio diagnóstico e terapêutico. **Revista de Medicina**, [S.L.], v. 99, n. 5, p. 512-518, 10 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0074-02760210172>. Acesso em: 23 set. 2023.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 66, n. , p. 158-164, set. 2013 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020> . Acesso em: 23 set. 2023.

PEREIRA-SILVA, F. S.; MELLO, M. L. B. C. de; ARAÚJO-JORGE, T. C. de. Doença de Chagas: enfrentando a invisibilidade pela análise de histórias de vida de portadores crônicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 5, p. 1939-1949, maio 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.08492021>. Acesso em: 23 set. 2023.

PERES, T. A. F.; OLIVEIRA, S. V. de; GOMES, D. C.; PRADO, I. G. N. del; LIMA, G. L. R.; SOARES, L. C.; LIMONGI, J. E. Chronic Chagas cardiomyopathy: characterization of cases and possibilities of action in primary healthcare. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 38, n. 6, p. 1-9, 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xen290321>. Acesso em: 23 set. 2023.

ROHDE, L. E. P.; MONTERA, M. W.; BOCCHI, E. A.; CLAUSELL, N. O.; ALBUQUERQUE, D. C. de; RASSI, S.; COLAFRANCESCHI, A. S.; FREITAS JUNIOR, A. F. de; FERRAZ, A. S.; BIOLO, A. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], p. 436-539, set. 2018. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acesso em: 23 set. 2023.

SANGENITO, L. S.; BRANQUINHA, M. H.; SANTOS, A. L. S. Funding for Chagas Disease: a 10-year (2009-2018) survey. **Tropical Medicine And Infectious Disease**, [S.L.], v. 5, n. 2, p. 88, 1 jun. 2020. MDPI AG. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed5020088>. Acesso em: 23 set. 2023.

SIMÕES, M. V; ROMANO, M. M. D; SCHMIDT, A; MARTINS, K. S. M; MARIN-NETO, J. A. Chagas Disease Cardiomyopathy. *International Journal Of Cardiovascular Sciences*. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 31, n. 2, p. 173-189, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20180011>. Acesso em: 23 set. 2023.

TORRES, R. M.; CORREIA, D.; NUNES, M. do. C. P; DUTRA, W. O; TALVANI, A; SOUSA, A. S; MENDES, F. de. S. N. S; SCANAVACCA, M. I; PISANI, C; MOREIRA, M. da. C. V. Prognosis of chronic Chagas heart disease and other pending clinical

challenges. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 117, p. 1-17, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0074-02760210172>. Acesso em: 23 set. 2023.

ZHAO, L. M; LOPES, J. de. L; LOPES, C. T; SANTOS, V. B; BARROS, A. L. B. L. de. Fatores associados à síndrome cardiorenal em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO03193>. Acesso em: 23 set. 2023.

APÊNCIDE A

Quadro 1 - Classificação clínica de CCC

A	B1	B2	C	D
Sorologia positiva para DC, com alterações em ECG, sem cardiopatia estrutural ou sintomas de IC	Alterações em ECG, alterações estruturais em ecocardiograma, FE \geq 45%, sem sintomas de IC	Alterações em ECG, alterações estruturais em ecocardiograma, FE \leq 45%, sem sintomas de IC	Alterações em ECG, alterações estruturais em ecocardiograma, com sintomas compensáveis de IC	Alterações em ECG, alterações estruturais em ecocardiograma, com sintomas refratários de IC

Fonte: SIMÕES *et al.* 2018, editada pelo autor

APÊNDICE B

Quadro 2 – Escore de Rassi para estratificar risco em pacientes com cardiopatia chagásica

Característica Clínica	Pontuação
Gênero masculino	2
ECG com QRS de baixa voltagem	2
Taquicardia ventricular não sustentada	3
Alteração global ou de mobilidade segmentar de VE	3
Cardiomegalia ao raio X de tórax	5
Insuficiência cardíaca CF III/IV NYHA	5

Fonte: SIMÕES *et al.* 2018, editada pelo autor

Em 10 anos, pacientes com (SIMÕES *et al.* 2018):

- Baixo risco (0 a 6) apresentam mortalidade de 9 a 10%.
- Risco intermediário (7 a 11) apresentam mortalidade de 37 a 44%.
- Alto risco (12 a 20) apresentam mortalidade de 84 a 85%.