

**FAPAC - FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
CURSO DE MEDICINA**

**LARA ROSIGNOLI SAMPAIO
LARISSA ROSIGNOLI SAMPAIO
MATHEUS ENEAS DE SOUSA FÉLIX**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA DE CHAGAS AGUDA NO ESTADO
DO TOCANTINS DE 2018 A 2022**

**LARA ROSIGNOLI SAMPAIO
LARISSA ROSIGNOLI SAMPAIO
MATHEUS ENEAS DE SOUSA FÉLIX**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA DE CHAGAS AGUDA NO ESTADO
DO TOCANTINS DE 2018 A 2022**

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Medicina da FAPAC- Faculdade Presidente Antônio Carlos ITPAC Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientadora: Larissa Jácome Barros Silvestre

**PORTO NACIONAL-TO
2022**

**LARA ROSIGNOLI SAMPAIO
LARISSA ROSIGNOLI SAMPAIO
MATHEUS ENEAS DE SOUSA FÉLIX**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA DE CHAGAS AGUDA NO ESTADO
DO TOCANTINS DE 2018 A 2022**

Projeto de pesquisa submetido ao Curso de Medicina da FAPAC- Faculdade Presidente Antônio Carlos ITPAC Porto Nacional, como requisito parcial para aprovação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I.

Aprovado em: ____/____/____

Prof. Dra. Larissa Jácome Barros Silvestre
Instituto Presidente Antônio Carlos

Prof. MSc.Taynara Augusta Fernandes
Instituto Presidente Antônio Carlos

Prof. Esp. Marcus Vinícius Camargo Pires
Instituto Presidente Antônio Carlos

**PORTO NACIONAL-TO
2022**

RESUMO

Introdução: A Doença de Chagas é uma patologia descoberta a séculos, que assola muitos países, principalmente os da América Latina (região onde a doença é endêmica). O contágio ocorre principalmente por via oral, pela ingestão de alimentos contaminados, como o açaí, a bacaba, o suco de caldo de cana e o palmito de babaçu, alimentos típicos dos locais com maiores índices de acometidos pela patologia. Nesse contexto, estar atento para o Brasil, em especial a região Norte que possui os mais elevados índices, analisando constantemente a evolução dessas taxas para nortear de maneira mais objetiva as políticas públicas voltadas no combate à patologia. T tamanha preocupação com o número de infectados ocorre por conta dos achados clínicos na fase aguda, que são bastante inespecíficos, cabendo a confirmação laboratorial, com realização de testes para determinação da presença da doença no indivíduo. Se não tratada, ocorre uma cronicização, que leva a complicações expressadas no sistema cardiovascular ou digestivo, indicativos de um péssimo prognóstico. Dessa forma, objetiva-se com o estudo, descrever o perfil epidemiológico da doença de Chagas na fase aguda na população adulta no estado do Tocantins entre os anos de 2018 e 2022 e seu impacto na saúde pública. **Metodologia:** A pesquisa se baseia na consulta de dados secundários de domínio público disponíveis na plataforma DATASUS através do SINAN e na criação de gráficos e tabelas onde se possa estabelecer um comparativo entre cada ano e elencar áreas dentro do estado onde a doença possui maior prevalência. **Resultados Esperados:** espera-se, com o presente estudo, conhecer a realidade epidemiológica da enfermidade na população adulta do Tocantins entre os anos de 2018 e 2022. Os achados podem contribuir para ações de vigilância voltadas à prevenção de novos casos da enfermidade.

Palavras-chave: Evolução clínica. Infecção. Notificação.

ABSTRACT

Introduction: Chagas disease is a pathology discovered centuries ago, which plagues many countries, especially those in Latin America (a region where the disease is endemic). The contagion occurs mainly through the oral route, through the ingestion of contaminated foods, such as açaí, bacaba, sugarcane juice and babassu palm hearts, typical foods from the places with the highest rates of affected by the pathology. In this context, be aware of Brazil, especially the North region, which has the highest rates, constantly analyzing the evolution of these rates to more objectively guide public policies aimed at combating the pathology. Such concern with the number of infected occurs due to the clinical findings in the acute phase, which are quite nonspecific, requiring laboratory confirmation, with tests to determine the presence of the disease in the individual. If untreated, chronification occurs, which leads to complications expressed in the cardiovascular or digestive system, indicative of a poor prognosis. Thus, the objective of the study is to describe the epidemiological profile of Chagas disease in the acute phase in the adult population in the state of Tocantins between the years 2018 and 2022 and its impact on public health. **Methodology:** The research is based on the consultation of secondary data in the public domain available on the DATASUS platform through SINAN and on the creation of graphs and tables where a comparison can be made between each year and list areas within the state where the disease is more prevalent. **Expected Results:** it is expected, with the present study, to know the epidemiological reality of the disease in the adult population of Tocantins between the years 2018 and 2022. The findings can contribute to surveillance actions aimed at preventing new cases of the disease.

Keywords: Clinical evolution. Infection. Notification.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	7
1.2 HIPÓTESE	7
1.3 JUSTIFICATIVA	7
2 OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3 REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1 FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA DE CHAGAS.....	9
3.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS.....	10
3.3 FORMAS CARDÍACA E DIGESTIVA DA DOENÇA DE CHAGAS.....	12
3.4 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA DE CHAGAS NO BRASIL	14
3.5 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DO TOCANTINS.....	15
4 METODOLOGIA	18
4.1 DESENHO DO ESTUDO	18
4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	18
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	18
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	18
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	19
4.6 VARIÁVEIS	19
4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	19
5 DELINEAMENTO DA PESQUISA	20
6 ASPECTOS ÉTICOS	21
6.1 RISCOS	21
6.2 BENEFÍCIOS	21
6.3 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA.....	22
7 DESFECHO	23
7.1 DESFECHO PRIMÁRIO.....	23
7.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS.....	23
8 CRONOGRAMA	24
9 ORÇAMENTO	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE	28

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas é assim nomeada devido o médico brasileiro Carlos Chagas que a descobriu em 1909 (CDC, 2022). Trata-se de um processo infeccioso no organismo, provocada pelos efeitos do protozoário flagelado, *Trypanosoma cruzi*. Sua transmissão ocorre por meio do contato humano com as fezes do inseto, popularmente conhecida como “barbeiro”. Esse contato, pode advir de alimentos contaminados ou por passagem direta, de forma congênita, por transplante de órgãos ou, até mesmo, por acidentes laboratoriais (LIMA, 2019).

A história natural da Doença de Chagas compreende fases aguda e crônica. Uma parcela significativa dos pacientes acometidos com a fase inicial (aguda) não manifesta nenhum sintoma, e quando o faz, trata-se de achados inespecíficos, comuns a outros quadros infecciosos (febre, hepato-esplenomegalia, diaforese, mialgia). Após 4 a 8 semanas, ocorre uma evolução do quadro para a fase crônica da doença, na qual os pacientes encontram-se de duas formas clínicas: a forma indeterminada (latente ou pré-clínica), e uma forma determinada, ou com expressão clínica, que se subdivide em cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva. Na primeira, apesar de diagnóstico confirmado em exames laboratoriais, o indivíduo não apresenta manifestações clínicas de doença cardíaca ou do trato digestório, podendo durar de 10 a 30 anos. Na segunda, as complicações possuem maior repercussão e mortalidade, sendo a principal a cardiomiopatia crônica da Doença de Chagas, é a mais frequente e mais grave das manifestações. Os achados clínicos, na fase aguda, são bastante inespecíficos, cabendo a confirmação laboratorial, com realização de testes parasitários, sorológicos e método indiretos para determinação da presença da doença no indivíduo (SIMÕES, et al. 2018).

É notório que a junção de condições ambientais e situação habitacional do país, em especial nas zonas rurais, propiciou a adequação do vetor (principal causa de contaminação) ao país. A fonte principal de infecção se deu pela ingestão de alimentos contaminados pelo triatomíneo, sendo identificados o açaí, a bacaba, o suco de caldo de cana e o palmito de babaçu. Considerando o recorte dos anos de 2010 a 2017, estima-se que a incidência média anual foi de aproximadamente 189 casos de Doença de Chagas Aguda (DCA). Estando seu pico concentrado em 2016, quando foram contabilizados 321 casos confirmados, e seu menor índice em 2010 com 79 casos.

De 2010 para 2017 foi observado que o número de casos triplicou (GOMES, et al. 2020).

Uma vez que o Tocantins também compõe o quadro de estados endêmicos acometidos com a patologia, uma revisão dos números de indivíduos infectados bem como sua evolução é imprescindível para nortear as políticas públicas que devem ser aderidas em prol da prevenção da doença.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Considerando a endemia da Doença de Chagas no território tocantinense, qual o perfil epidemiológico dessa patologia entre os anos 2018-2022?

1.2 HIPÓTESE

H0: O território tocantinense é de alto risco para contaminação e diagnóstico de Doença de Chagas entre os anos 2018-2022.

H1: Não há endemia dessa patologia no estado do Tocantins durante os anos 2018 a 2022.

1.3 JUSTIFICATIVA

Hodiernamente no Brasil, era coerente esperar que a doença de Chagas já estivesse erradicada em todo território nacional devido todo o avanço na área da saúde conquistado nas últimas décadas e também o aumento da qualidade de vida da sociedade em geral. Entretanto, consoante o Governo Federal e o Ministério da Saúde (2021) foram identificados que todas as regiões demográficas do país possuem casos notificados de Chagas, independente do perfil socioeconômico, e que especialmente a região norte, possui o maior índice de contaminados com essa patologia.

Nesse contexto, ao levar em consideração a enorme relevância dessa temática, associada a maior incidência da doença de Chagas no Norte do país, fica evidente a importância de um estudo epidemiológico no estado do Tocantins, tendo em vista sua grande expressão dentro da região. Ademais, ao possuir conhecimento sobre dados epidemiológicos, o trabalho das políticas públicas torna-se mais específico, o que contribui diretamente para o bem-estar social e para a saúde da população especialmente do estado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil epidemiológico da doença de Chagas na fase aguda na população adulta no estado do Tocantins entre os anos de 2018 e 2022 e seu impacto na saúde pública.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever quais são as regiões geográficas do Tocantins com maior incidência de Chagas.

Verificar qual sexo e faixa etária são mais acometidos por Doença de Chagas Aguda no período preconizado.

Realizar um comparativo entre os anos de 2018 e 2022 e avaliar a evolução da doença de chagas no estado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FISIOPATOLOGIA DA DOENÇA DE CHAGAS

Assim como citado na introdução desse projeto, a Doença de Chagas possui uma descoberta antiga na sociedade, é provocada por um ser vivo eucarionte e heterótrofo, ou seja, produz seu próprio alimento. Ademais, a infecção pode ocorrer de diversas formas como vetorial, transfusional, transplante, oral e congênita (VARGAS et al, 2016). O agente etiológico da doença de chagas possui um ciclo de vida do tipo heteroxeno, ou seja, que precisa de mais de um hospedeiro para infectar, e dentro de cada hospedeiro também possui formas biológicas variadas (ABBAS, 2014).

Sendo assim, o parasita da Doença de Chagas fica, primeiramente, como hospedeiro de seres vertebrados, e possui como vetor, ou seja, como forma de transmissão insetos. Dessa maneira, sabe-se que o parasita apresenta diversas formas biológicas dentro do ciclo de vida, uma delas são os tripomastigotas, esses que, ao serem analisados dentro de um hospedeiro, na maioria das vezes são encontrados em toda circulação sistêmica e também podem estar localizados no tubo digestivo do inseto utilizado como vetor, sendo essa forma que está dentro do inseto a infectante, entretanto existem outras apresentações desse parasita como a forma amastigotas, esferomastigotas e epimastigotas (CIMERMAN, 2008).

Por conseguinte, o ciclo biológico do parasita funciona da seguinte forma: primeiramente ocorre uma penetração ativa em uma determinada célula do hospedeiro pelo parasita que está na sua forma de tripomastigotas e logo em seguida já dentro da célula, ocorre a transformação para amastigotas. Nessa forma a reprodução ocorre de maneira muito mais rápida por meio de divisão binária.

Após esse período de intensa divisão, a célula já não comporta a quantidade de parasitas em seu interior e acaba rompendo, liberando os tripomastigotas que vão infectar outras células ou então serão ingeridas pelo vetor, que no estômago, o parasita irá se transformar em epimastigota.

Posterior a esse momento, ocorrerá novamente uma intensa divisão binária, levando a formação de tripomastigotas metacíclica que dessa forma consegue infectar

o hospedeiro por meio das fezes do vetor, conforme demonstrado na imagem a seguir (COSTA, 2013)

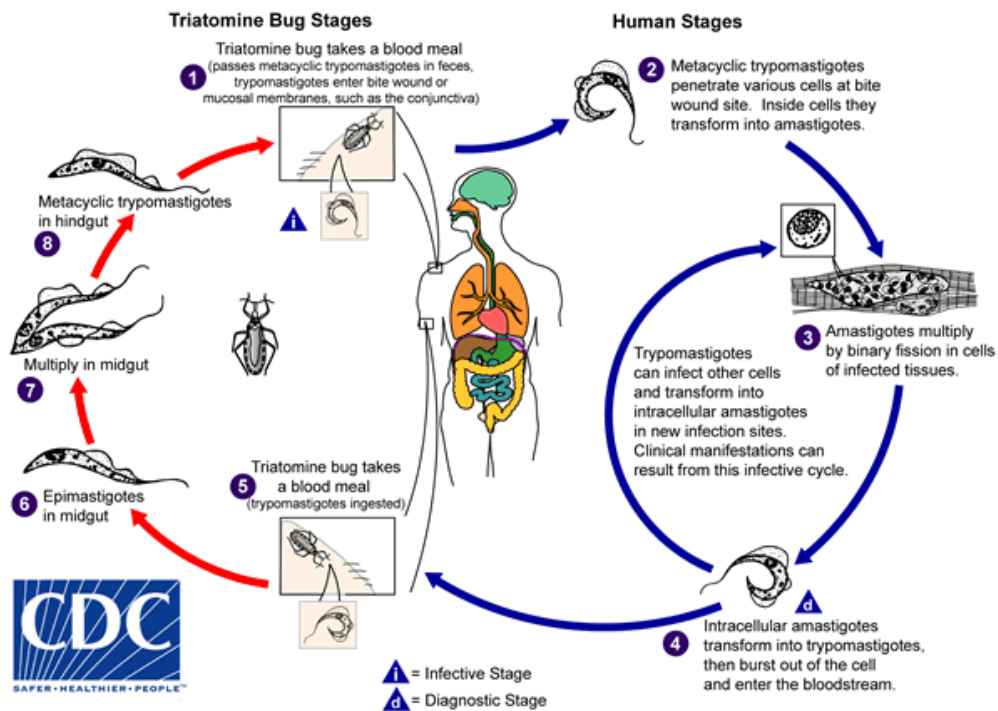


Figura 1: Ciclo de vida do *T. cruzi*. Fonte: <<https://www.cdc.gov/parasites/chagas/biology.html>>. Acesso em: 03/11/2022.

A doença de Chagas pode se caracterizar por uma infecção com sintomas agudos, porém também é possível a ocorrência de um mal prognóstico levando a complicações crônicas. Por definição, a doença de Chagas aguda é a fase inicial da doença ao qual pode ou não ser sintomática. Quando possui sintomas são inespecíficos de uma infecção, febre, dores, parasitemia e outros. Ademais, quando não tratada com os fármacos preconizados a doença se cronifica e a partir desse ponto inicia-se um quadro com sintomas diferentes e mais sistêmicos, afetando o sistema cardíaco e gastrointestinal mais intensamente (BRASIL, 2020).

3.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS

Abordar um paciente com Chagas vai além de um quadro sintomatológico, devendo-se englobar, também indivíduos de países endêmicos ou filhos de mulheres desses países, pelo fato da maioria ser assintomático (MARIN-NETO et al., 2022).

Pensando nisso, torna-se válido a investigação por métodos diretos ou indiretos, que guiarão o manejo clínico na tentativa de impedir a cronificação da doença ou minimizar as sequelas patológicas.

Durante a fase aguda, devido à alta parasitemia, métodos diagnósticos diretos são as primeiras escolhas na pesquisa, podendo ser esfregaço, gota espessa ou exame de sangue a fresco, sendo este o mais sensível. Em casos de resultados negativos, os testes de concentração (Strout ou microhematócrito) devem ser utilizados como comprovação diagnóstica (DE SOUSA LIMA, 2019).

A partir de 30 dias, a parasitemia começa a declinar, fazendo com que testes sorológicos indiretos (sorológicos) se tornem a primeira escolha. Uma vez que se tem clínica e resultados negativos dos testes supracitados. Por não conseguir identificar o parasita em amostras sanguíneas, respostas imunológicas começam a ser objeto de pesquisa, focando no IgM se resposta imediata ou IgG, se tardia. (PINTO DIAS et al., 2016). Os testes mais utilizados são o ensaio imunoenzimático (ELISA) e ensaio de anticorpos imunofluorescentes (IFA). Por não possuírem alta sensibilidade e especificidade, um resultado positivo em um único ensaio não é preditivo da confirmação da doença (MARIN-NETO et al., 2022).

Uma vez fechado o diagnóstico, lança-se mão de drogas antitripanossômicas - benzonidazol e nifurtimox - sendo o primeiro melhor tolerado e constituindo primeira escolha no tratamento da doença de Chagas. Entretanto, caso o tratamento médico seja descontinuado, o outro deve ser usado como alternativa. Importante ressaltar que ambos são contraindicados em casos de disfunção renal e hepática grave, além de durante a gestação, sendo necessária uma contracepção eficaz durante o tratamento (BERN, 2022).

Os principais benefícios esperados do tratamento são a redução da parasitemia e da reativação da doença, melhora dos sintomas clínicos, aumento da expectativa de vida, redução de complicações clínicas (tanto na fase aguda quanto na crônica) e aumento da qualidade de vida (CONITEC, 2018).

No país, o Benzonidazol ainda é o mais utilizado, possuindo ação contra as formas tripomastigotas e amastigotas. Inclui, entretanto, no hall de efeitos adversos, a dermatite atópica, neuropatia periférica, angioedema e supressão da medula óssea como efeitos colaterais. Em adultos, o benznidazol é usado na dose de 5 mg/kg/dia, em uma a três doses, por 60 dias. Para pessoas com peso acima de 60 kg, uma

alternativa é a utilização da extensão do esquema terapêutico para adequar à dosagem alvo ideal, limitando-se a dose máxima diária a 300 mg, de forma a reduzir a possibilidade de eventos adversos relacionados ao fármaco. Em crianças, que exibem melhor tolerância, a dose utilizada é de 5 a 10 mg/kg/dia, dividida em duas tomadas diárias, por 60 dias. Há a formulação pediátrica de 12,5 mg em comprimidos solúveis, podendo ser diluída em água, suco de laranja ou leite (CONITEC, 2018).

O manejo da doença de Chagas crônica não é específico, sendo utilizado o tratamento dos órgãos afetados. A IC (Insuficiência Cardíaca) por Cardiopatia Chagásica é geralmente tratada com tratamento farmacológico padrão para IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr) ou IC com fração de ejeção intermediária (ICFEr) (MARIN-NETO et al., 2022). Utiliza-se, então, a terapia diurética - primeira linha do tratamento - para tratar a sobrecarga de volume e um antagonista do SRA (Sistema Renina Angiotensina). A terapia com antagonistas do SRA geralmente é iniciada logo após o início da terapia diurética para sobrecarga de volume. A terapia com antagonista do SRA deve ser iniciada em dose baixa, com titulação para as doses-alvo e avaliação de intolerância como em pacientes com ICFEr (A BORLAUG, 2022).

3.3 FORMAS CARDÍACA E DIGESTIVA DA DOENÇA DE CHAGAS

A Cardiomiopatia Crônica da Doença de Chagas (CCDC) é derivada de uma necrose miocárdica causada pela infecção do *T. Cruzi*, juntamente com a resposta inflamatória mediada pelo sistema imunológico. Cerca de 30 a 50% dos pacientes com a forma indeterminada, que usualmente pode durar de 10 a 30 anos, desenvolverão a CCDC ao longo de suas vidas. A CCDC não só é a mais frequente das manifestações, como também a mais grave, com grau de morbidade alcançando níveis de 30% (SIMÕES et al., 2018).

As alterações patológicas encontradas na doença de Chagas dizem respeito às mudanças estruturais e funcionais cardíacas. Em consequência desses distúrbios funcionais da regulação autonômica cardíaca, os pacientes chagásicos crônicos podem perder o controle inibitório vagal normalmente exercido sobre o nódulo sinusal e outras estruturas cardíacas. Assim, elas se tornam incapazes de ajustes cronotrópicos rápidos em resposta a estímulos fisiológicos, como alterações de postura e o exercício físico, mediados pelo sistema vagal (SBC,2011).

Com as alterações nas fibras de Purkinje e feixe de His, a arritmia é a primeira alteração notória, precedida pela insuficiência cardíaca esquerda. Esta causada pela hipertrofia ventricular e consoante alteração na tríade de Virchow, o que resulta em estado de hipercoagulabilidade, facilitando ocorrência de efeitos cardioembólicos. O tromboembolismo é uma causa importante de acidente vascular cerebral e outras morbidades em pacientes com CCC. Muitos ou a maioria dos acidentes vasculares cerebrais na CCC são atribuíveis a êmbolos de câmaras cardíacas dilatadas (particularmente aneurisma do VE) e/ou fibrilação atrial, embora também ocorram acidentes vasculares cerebrais relacionados a aterotrombose e doença de pequenos vasos. A doença vascular em pacientes com DC provavelmente está relacionada a fatores de risco ateroscleróticos tradicionais. Os êmbolos pulmonares surgem de trombos venosos ou do coração direito (MARIN-NETO, 2022).

Além das alterações cardíacas, alterações gastrointestinais também devem ser levadas em conta a depender da região. É observada mais frequentemente nos países do Cone Sul da América do Sul e costuma ser raro no norte da América do Sul, América Central e México. Apesar de baixa mortalidade, a forma digestiva acarreta sintomatologia significativa, baseada no ambiente pró-inflamatório e na reação antígeno e proteínas da superfície do neurônio entérico (BERN, 2022).

A forma digestiva da doença de Chagas é caracterizada por alterações nas funções motora, secretora e absorptiva do trato gastrointestinal. A atividade motora descoordenada dos esfíncteres ocorre como resultado da desnervação. No esôfago, há hipercontratilidade e aumento do tônus muscular, e muitas vezes há falha no relaxamento do esfíncter com a deglutição. No intestino grosso, há motilidade colônica basal anormal e relaxamento prejudicado do esfíncter anal. Ocorre dilatação progressiva do esôfago e cólon, com redução da contratilidade. Como consequência de tais alterações, pode-se ser observados sintomas como disfagia, dor retroesternal, dor abdominal e quadros de diarreia durante a fase aguda. Na fase crônica, entretanto, é onde reside a sintomatologia gastrointestinal mais significativa, resultando em um quadro semelhante à acalasia idiopática no esôfago, dilatação do cólon e sigmoide, arritmias gástricas, pseudo-obstrução intestinal crônica, dentre outros (LOPEZ-VELEZ, 2022).

3.4 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA DE CHAGAS NO BRASIL

Participante do grupo de doenças negligenciadas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) a Doença de Chagas (DC) conta com elevada e expressiva prevalência e morbimortalidade no país. Nas Américas, existe um índice de 6 a 8 milhões de pessoas contaminadas com o *T. cruzi* sendo que, destes, estima-se que 7 em cada 10 indivíduos, devido a ausência de sintomas característicos, desconhecem sua condição. Os países latino-americanos contam com um montante de cerca de 30 mil indivíduos infectados por ano, e mais de 10 mil mortes provocadas em decorrência das complicações clínicas da doença. Ademais, vivem na região endêmica, um montante de 75 milhões de pessoas com risco de adquiri-la (OPAS, 2021).

No Brasil há, aproximadamente, 1,9 a 4,6 milhões estão contaminadas pela doença, cerca de 1,0 a 2,5% da população. Com incidência tão elevada no território nacional, há o reflexo desse número diretamente na mortalidade da DC, sendo esta, a quarta maior causa de morte por doenças infecciosas e parasitárias (nos últimos 10 anos, registro de uma média de 4.000 óbitos por ano) (BRASIL, 2022).

Uma média de aproximadamente 50% dos pacientes encontra-se assintomáticos- característica da manifestação crônica da doença- e, do restante 20% manifesta-se com a forma digestiva e 30% com a cardiopatia crônica advinda da patologia. O dado alarmante proposto, é que cerca de 10% dos cardiopatas evoluirá para óbito ou anos sem atividades laborais, razão pelo qual não se deve restringir as influências negativas da doença de Chagas aos locais endêmicos. Assim, os territórios de concentração significativa da doença são: os estados do Rio Grande do Sul, parte de Santa Catarina e do Paraná, São Paulo, Minas Gerais (exceto no sul de Minas), Goiás, Tocantins e estados da Região Nordeste- em especial Bahia, Maranhão e Ceará (SILVA, 2019).

O maior índice de contágio no país se dá por via oral. Há indícios de aumento de 96,31% na taxa de contágio nos últimos 20 anos no estado do Pará, devido a ampla ingestão de açaí, fruta que advém de uma palmeira típica de vivência do triatomíneo e presente na rotina alimentar dos pacientes diagnosticados com a patologia. A incidência encontra-se aumentada, inclusive entre agosto e dezembro que é o período de produção do açaí (MALTA et al., 2022).

É perceptível, que, dentre as regiões acometidas, a que, disparadamente possui os maiores índices de contaminados (bem como a maior quantidade de estados endêmicos), está na Região Norte. O crescimento da DC na região é notório, uma vez que em 12 anos de análise (recorte 2007-2018), a incidência da patologia evoluiu de 10,53 para 18,26 casos a cada 100.000 habitantes. Enquanto as regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste obtiveram resultados insignificantes para a pesquisa, a única outra região em que os dados poderiam ser avaliados seria a região Nordeste. Porém a discrepância entre os dois territórios é exorbitante, provavelmente pelo seu nível superior de urbanização, uma vez que os números de infectados do segundo evoluiu, nesse recorte, de 0,06 para 0,51 (casos por 100.000 habitantes). Os dados revelam que apesar de conhecida e combatida há séculos, a DC constitui importante problema de saúde pública, com relevantes impactos, sanitários e econômicos, uma vez que fatores culturais e constitucionais da região mais acometida, como ausência de urbanização, saneamento, destino inadequado dado aos resíduos sólidos, desigualdades sociais atrelado às suas condições geográficas (clima, temperatura, umidade e vegetação, por exemplo) favorece os parâmetros necessários para a contínua disseminação e falta de controle da patologia no local (ALENCAR et al., 2020).

3.5 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DO TOCANTINS

A principal área de contágio da doença de Chagas no Brasil se dá no território da Amazônia legal, composta por Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão. Uma vez que o Tocantins não apresenta números tão exorbitantes de pessoas infectadas pela doença, como o estado vizinho -Pará com cerca de 70% dos infectados do país-, o estado chama atenção por apresentar uma expansão da morbidade da doença (MOZER et al., 2020).

Entre 2007 e 2018 o estado contou com 47 casos notificados, dentre estes, cerca de 83% dos casos (39 indivíduos) foram contaminados por via oral. Principal via que provoca surtos no território com a ingestão de alimentos típicos contaminados, como bacaba, açaí e palmito de babaçu. O último surto ocorrido no Tocantins se deu no município de Aparecida do Rio Negro, em 2018, que culminou no contágio de 15 pessoas, todas por transmissão oral, pelo suco de bacaba contaminado (BARROS, 2019).

Atualmente o estado inclui 38 municípios estratificados como alto risco de transmissão vetorial, 69 municípios como médio risco e 32 considerados baixo risco (GOMES, 2020).

No recorte de tempo de 2011 a 2019 o estado contou com 760 casos suspeitos de DCA, distribuídos em 69 municípios, destes cerca de 49 casos foram confirmados e 41 dos testados obtiveram resultados inconclusivos. Nesse período o território contou com média de 5 casos confirmados por ano, com picos de casos confirmados em 2018 e 2011, registrando a margem de 1,8% do número de infectados do país- sexto maior número de casos-, registro que supera o índice das regiões centro-oeste, sudeste e sul do país, como demonstrado na tabela a seguir (MENEZES, 2021).

Ano	Suspeito	Confirmado	% Confirmados/ Suspeitos	Incidência por 100mil habitantes
2011	70	12	17,1	0,8
2012	62	-	-	-
2013	53	-	-	-
2014	57	5	8,8	0,3
2015	54	1	1,9	0,1
2016	64	1	1,6	0,1
2017	61	-	-	-
2018	111	16	14,4	1,0
2019	228	10	4,4	0,6
Total	760	45	-	-
Média	84,4	5	5,9	0,3

Imagem 2: Casos suspeitos e confirmados de Doença de Chagas Aguda notificados no Tocantins no período de 2011 a 2019. Fonte: <<http://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/3232/1/Vannusso%20Ferreira%20de%20Almeida%20Menezes%20-%20Dissertação.pdf>>.

Por fim, o dado mais alarmante do estado do Tocantins está no número de óbitos provocados pela doença de Chagas, que, entre os anos de 2010 a 2017, encontrou-se mais elevado que a taxa nacional nesses anos, bem como a maioria dos estados e a própria região norte. Tais óbitos ocorreram em sua maioria em ambiente hospitalar, devido as complicações crônicas da enfermidade. A taxa de mortalidade se manteve estável entre 2008 e 2018, apesar de medidas públicas adotadas para diminuição do número. As macrorregiões de saúde Sudeste, Capim Dourado e Cerrado Tocantins-Araguaia foram as que mais registraram óbitos, ressaltando a importância de estudos voltados para essas taxas, a fim de que estes norteiem as medidas a serem tomadas pelo governo para melhoria desse índice (MARTINEZ, 2021).

Distribuição do percentual de óbitos por Doença de Chagas conforme a Macrorregião de Saúde

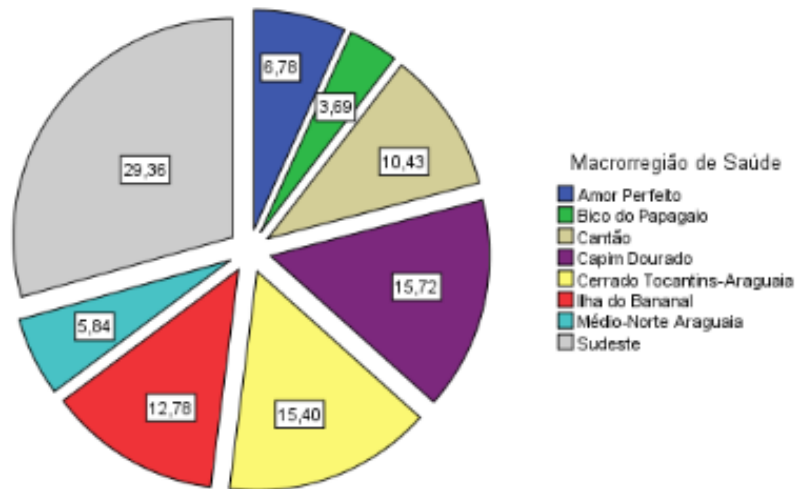


Figura 3: Distribuição do percentual de óbitos por Doença de Chagas conforme a macrorregião de Saúde. Fonte: < <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/10712/18914>>. Acesso em: 02/11/2022.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O presente projeto de pesquisa é um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, de caráter quantitativo, com o intuito de analisar o perfil epidemiológico da doença de chagas na população adulta no Estado do Tocantins entre os anos de 2018 e 2022. A pesquisa se baseia na consulta de dados secundários de domínio público disponíveis na plataforma DATASUS através do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). A busca por dados secundários será realizada no segundo semestre de 2023, com o intuito de todos os dados de 2022 já estarem alocados ao domínio público. Ademais, com auxílio de *softwares*, como o MS Excel, que permitirão a criação de gráficos e tabelas onde se possa estabelecer um comparativo entre cada ano e elencar áreas dentro do estado onde a doença possui mais prevalência.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo será realizado através da plataforma DATASUS por meio de dados do sistema de notificação e agravos, a busca será realizada no ano de 2023 com o intuito de elencar todos os dados do ano de 2018 até o ano de 2022.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo terá como amostra o público adulto, entre 20 e 59 anos de ambos os sexos que tenham diagnóstico de Doença de Chagas agudo. O projeto vai ser delimitado à população de todas as cidades do estado do Tocantins. Ademais, o Tocantins é um estado do norte do Brasil, possui 139 municípios e uma população estimada de 1.500.000 de pessoas.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Homens entre 20 e 59 anos que residem no estado do Tocantins e foram diagnosticados com a Doença de Chagas agudo notificado pelo SINAM.

Mulheres entre 20 e 59 anos que residem no estado do Tocantins e tiveram diagnóstico de Doença de chagas agudo notificado pelo SINAM.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Homens e mulheres entre 20 e 59 anos que obtiveram diagnóstico da Doença de Chagas Aguda no Tocantins, porém não residem no estado.

4.6 VARIÁVEIS

- Gênero;
- Idade;
- Município;
- Casos autóctones.

4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A coleta de dados será realizada por meio da plataforma DATASUS, disponibilizada através do link <https://datasus.saude.gov.br/>, o sistema é alimentado a partir de Dados do sistema de notificação e agravos, que é de caráter estadual e municipal. Assim, a seleção de amostra será norteadada a partir de moradores do estado do Tocantins, de ambos os sexos de idade entre 20 e 59 anos que tenham sido notificados com Doença de Chagas Adulto. Nesse contexto após a coleta, o presente projeto pretende contabilizar todos os casos entre os anos de 2018 até 2022 e estabelecer um comparativo entre cada ano, e apresentar por meio de gráficos e tabelas a evolução dessa patologia, esses dados serão analisados a partir da cidade, idade e sexo da pessoa notificada. Sendo assim criando uma descrição e observando a prevalência da Doença de Chagas no Estado do Tocantins.

5 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este projeto possui um caráter quantitativo, ecológico, descritivo, observacional, com a intenção de analisar o perfil epidemiológico da doença de Chagas aguda no Estado do Tocantins entre os anos de 2018 e 2022. Assim, o estudo terá como público alvo a população adulta do Estado do Tocantins de todas as cidades, de ambos os sexos, que tenha entre 19 e 59 anos completos até o dia do diagnóstico e notificação do caso e que tenha sido registrado no SINAN (Sistema de Informação de Notificação de Agravos) através do DATASUS.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto por se tratar de uma pesquisa com dados secundários, ou seja, de domínio público se exime de aval de conselho de ética e pesquisa, visto que, todos os dados estão disponíveis para a população em geral e previamente já foram notificados pelas autoridades sanitárias responsáveis. A busca desses dados ocorrerá pela plataforma oficial do sistema único de saúde DATASUS. Ademais é de conhecimento geral que o presente estudo respeitará as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, normas essas de número 466, de 12 de dezembro de 2012.

Por fim, fica evidente que o projeto possui caráter epidemiológico, com isso os dados obtidos são para promover a ciência e melhorar a saúde pública, dados esses que serão relacionados a diagnóstico, idade, sexo e cidade que foi notificada, não possuindo necessidade de outras informações sobre as pessoas acometidas.

6.1 RISCOS

O presente projeto não apresenta riscos, pois não se propõe a fazer nem uma intervenção nem modificações fisiológicas para qualquer indivíduo, logo estatisticamente é desfavorável que ocorra algum episódio de que possa trazer algum risco ou situação adversa para os pesquisadores e população analisada.

Por conseguinte os dados analisados serão referentes apenas ao município, idade, sexo e notificação, não sendo necessários outros dados que poderiam ser sigilosos ou trazer algum tipo de constrangimento, pois a análise do trabalho se trata apenas de um perfil epidemiológico, ou seja estritamente numérica e quantitativa, não precisando saber de informações pessoais, comportamentais e específico de nenhum indivíduo.

6.2 BENEFÍCIOS

O estudo tem como principal objetivo auxiliar na saúde pública com a esquematização de dados que possam embasar políticas públicas no Estado do Tocantins. Uma vez que será possível mostrar a realidade de um agravo relevante para o Estado, a criação e aplicação de ações de saúde, unindo as três esferas do poder, municipal, estadual e federal, se torna mais efetiva do que tentar realizar isso às cegas, sem saber quais regiões são mais afetadas, quais estão aumentando a incidência, quais estão diminuindo, ou se há surgimento de novos casos em algum lugar antes não notificado.

Com isso, todo o ecossistema da saúde é beneficiado pois a população das diversas cidades que possuem notificações da doença de Chagas aguda, ao ser beneficiada com políticas públicas atuantes que visam diminuir a incidência do agravo se sentem acolhidas e isso está diretamente ligado com o bem-estar social da população, pois a saúde não se define apenas como ausência de doenças.

Por fim, um dos intuitos desse trabalho é levar uma reflexão geral para todos os profissionais da saúde, do estado do Tocantins e do Brasil. Pois, Chagas se trata de uma doença praticamente erradicada em outras regiões do Brasil, e logo, esse cenário leva todos os profissionais a pensarem em como podem agir individualmente e coletivamente para a melhoria dessa situação, não pensando apenas na diminuição da incidência, mas sim na qualidade de vidas dos pacientes, ou seja, se a realidade do estado é ter casos de chagas, todos os profissionais da saúde devem ser capacitados para manejar esses casos e promover uma melhor qualidade de vida para a população.

6.3 CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

Nesse contexto, os critérios para a suspensão da pesquisa serão: ausência viabilidade de acesso à plataforma do Ministério da Saúde DATASUS, ou seja, se a plataforma não estiver acessível.

7 DESFECHO

7.1 DESFECHO PRIMÁRIO

O projeto tem como desfecho primário conhecer a realidade epidemiológica da doença de Chagas aguda na população adulta do Estado do Tocantins entre os anos de 2018 e 2022. Os achados podem contribuir para ações de vigilância voltadas à prevenção de novos casos da enfermidade.

7.2 DESFECHOS SECUNDÁRIOS

A presente pesquisa tem como desfecho secundário avaliar as regiões demográficas e municípios que mais tiveram casos notificados de doença de Chagas aguda. Ademais, avaliar o crescimento ou decréscimo da quantidade de agravos entre os anos de 2018 e 2022.

Assim, a análise desses desfechos torna evidente a importância para a comunidade acadêmica, que por meio desse projeto, futuramente poderá traçar parâmetros maiores da doença com base nos dados aqui citados, o que permitirá contínuas comparações da evolução da Doença de Chagas no Estado.

Por fim, pretende-se publicar o projeto como um artigo em revistas e congressos no Tocantins e Brasil na área de medicina de família e comunidade e infectologia.

8 CRONOGRAMA

Quadro 1 - Cronograma da pesquisa

2022						2023				
ETAPAS	ago.	set.	out.	nov.	dez.	ago.	set.	out.	nov.	dez.
Escolha do tema	x									
Pesquisa bibliográfica	x	x	x							
Elaboração do Projeto	x	x	x	x						
Defesa do Projeto				x						
Encontros com o(a) orientador(a)	x	x	x	x		x	x	x	x	
Levantamento dos dados						x	x	x		
Análise dos Resultados								x	x	
Escrita do Artigo Científico						x	x	x	x	
Revisão do Artigo									x	
Defesa do Artigo										x
Submissão/Publicação do Artigo										x

Fonte: Elaborado pelos autores

9 ORÇAMENTO

Quadro 2 - Orçamento dos recursos gastos com a pesquisa

CATEGORIA: GASTOS COM RECURSOS MATERIAIS			
Itens	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Resma de folha de A4 chamex Office de A4	1	27,00	27,00
Impressões	5	45,00	225,00
Encadernação	5	4,00	20,00
CATEGORIA: GASTOS COM RECURSOS HUMANOS			
Itens	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Combustível	40l	5,00	200,00
CATEGORIA: FINANCIAMENTO TOTAL DA PESQUISA			
Categorias			Valor Total R\$
Gastos com recursos materiais			272,00
Gastos com recursos humanos			200,00
Valor Total:			472,00

Fonte: Elaborado pelos autores

Todas as despesas previstas serão cobertas por financiamento próprio.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Marjory Mayara Freire et al. Epidemiologia da Doença de Chagas aguda no Brasil de 2007 a 2018. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e8449109120-e8449109120, 2020.

BARROS, Luciana. Secretaria da Saúde Governo do Tocantins. Saúde alerta para os cuidados com a doença de chagas. 08 Fevereiro, 2019. Disponível em: <<https://www.to.gov.br/saude/noticias/saude-alerta-sobre-os-cuidados-com-a-doenca-de-chagas/3y3g8qzw5jcy>>.

BERN, Caryn et al. **Chagas disease: Chronic Trypanosoma cruzi infection**. In Weller, P. (ed.), UpToDate, 2022.<https://www.uptodate.com/contents/chagas-disease-chronic-trypanosoma-cruzi-infection>. **Acessado em:** 27 de outubro de 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- CDC. Parasites - American Trypanosomiasis (also known as Chagas Disease). 13 Abril, 2022. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/parasites/chagas/>>.

CIMERMAN, B.; CEMERMAN, S. Parasitologia Humana e seus Fundamentos Gerais. 2 ed. São Paulo: editora Atheneu, 2008. p. 81-112.

DE SOUSA LIMA, Ronildo. Doença de Chagas: uma atualização bibliográfica. **RBAC**, v. 51, n. 2, p. 103-06, 2019.

GOMES, Elyanne dos Santos. **Prevalência sorológica da doença de Chagas, no município de Porto Nacional/TO, no período de 1997 a 2016**. 2020. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GOMES, Giovanna et al. Perfil epidemiológico da Doença de Chagas aguda no Pará entre 2010 e 2017. **Pará Research Medical Journal**, v. 4, p. 0-0, 2020.

GOVERNO FEDERAL (Brasil). Ministério Da Saúde; MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasília). Secretaria De Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Doença de Chagas. **Dia Mundial**, Brasília, ano 2021, v. 2, n. Especial, p. 18-20, 14 abr. 2021. DOI ISSN 9352-7864. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim_especial_chagas_14abr21_b.pdf. Acesso em: 9 set. 2022.

GOVERNO FEDERAL (Brasil). Ministério Da Saúde; MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasília). Secretaria De Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Territorialização e Vulnerabilidade para doença de Chagas Crônica. Dia Mundial, Brasília, ano 2022, v.

LOPEZ-VELEZ, Rogelio. **Chagas gastrointestinal disease**. In Weller, P. (ed.), UpToDate, 2022. https://www.uptodate.com/contents/chagas-gastrointestinal-disease?search=chagas&source=search_result&selectedTitle=5~84&usage_type=default&display_rank=5#H1338571713. **Acesso em:** 20 de outubro de 2022.

MALTA, Agda Louise Cardoso; JAQUES, Uily; RODRIGUES, Bruna Soares de Souza Lima. Atualizações sobre o diagnóstico, tratamento e epidemiologia da doença de chagas via oral no Brasil Updates on the diagnosis, treatment and epidemiology of oral

chagas disease in Brazil. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 4, p. 26989-27009, 2022.

MARIN-NETO, J. Antonio et al. **Chronic Chagas cardiomyopathy: Clinical manifestations and diagnosis**. In Bolger, A. & Weller, P. (ed.), UpToDate, 2022. <https://www.uptodate.com/contents/chronic-chagas-cardiomyopathy-clinical-manifestations-and-diagnosis>. **Acessado em:** 26 de outubro de 2022.

MARTINEZ, Euber Joe Jurado et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS POR DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DO TOCANTINS ENTRE 2008 E 2018. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 8, n. 2, p. 20-25, 2021.

MENEZES, Vannusso Ferreira de Almeida. Aspectos clínicos e epidemiológicos da doença de chagas aguda no Tocantins. 2021.

MOZER, Vinícius Marques Fernandes et al. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DA DOENÇA DE CHAGAS AGUDA NO ESTADO DO TOCANTINS: MAPEAMENTO POR MUNICÍPIOS ENTRE 2008 E 2018. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 7, n. 1, p. 22-26, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). OPAS: 70% das pessoas com Chagas não sabem que estão infectadas. Washington D.C., 13 de abril de 2021.

SILVA, Taíse Costa da. Aspectos clínicos e epidemiológicos da doença de chagas no Brasil: uma revisão integrativa. 2019.

SIMÕES, Marcus Vinicius et al. Cardiomiopatia da doença de Chagas. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, p. 173-189, 2018.

VARGAS, Alexsander. Investigação de surto de doença de Chagas aguda na região extra-amazônica, Rio Grande do Norte, Brasil, 2016. Rio Grande do Norte, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/tvPCWVCKVkW96nr7WVDxQnt/?format=pdf&lang=pt>> Aces so em: 31 de Outubro, 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A- DECLARAÇÃO DA ORIENTADORA (INÍCIO DA PESQUISA)



FAPAC - Faculdade Presidente Antônio Carlos.
 INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
 Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês - Porto Nacional - TO - CEP 77.500-000
 CX Postal 124 - Fone: (63) 3363 - 9600 - CNPJ - 10.261. 569/0001 - 64
 www.itpacporto.com.br

TERMO DE COMPROMISSO SOBRE O INÍCIO DA PESQUISA

PROJETO: Estudo Epidemiológico Da Doença De Chagas Aguda No Estado Do Tocantins Entre 2018 e 2022

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Larissa Jacome Barros Silvestre

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Lara Rosignoli Sampaio, Larissa Rosignoli Sampaio, Matheus Eneas De Sousa Felix

Eu, Professor (a): Larissa Jacome Barros Silvestre, pesquisador (a) responsável pela pesquisa acima identificada, com a anuência da IES FAPAC/ITPAC Porto declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções CNS/MS 240/97, 251/97, 292/99, 340/2004 e 510/2016 e assumo, neste termo o compromisso de:

- 1) Somente iniciar a pesquisa após sua aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAPAC/ITPAC Porto e, nos casos assim previstos em lei (Resolução CNS/MS 196/96, VIII, 4 e CNS/MS 340/04, item VI), na Comissão Nacional Ética em Pesquisa – CONEP;
- 2) Caso a pesquisa seja interrompida, informar tal fato ao Comitê de Ética e Pesquisa, de forma justificada;
- 3) Na ocorrência de evento adverso grave comunicar imediatamente ao CEP, bem como prestart todas as informações que me foram solicitadas;
- 4) Utilizar os dados e/ou informações coletadas assegurando a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.
- 5) Destinar os dados e/ou informações coletadas somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa;
- 6) Apresentar relatório final, sobre o desenvolvimento da pesquisa ao CEP.

_____, _____ de _____ de _____.

Prof. Dra. Larissa Jácome Barros Silvestre

APÊNDICE B- TERMO DE DISPENSA DO TCLE



FAPAC – Faculdade Presidente Antônio Carlos.
 INSTITUTO TOCANTINENSE PRES. ANTÔNIO CARLOS PORTO S/A
 Rua 02, Qtd. 07 – Jardim dos Ypês – Porto Nacional – CEP 77.500-000
 CX Postal 124 - Fone: (63) 3363-9600 – CNPJ: 10.261.569/0001 – 64
www.itpacporto.edu.br

TERMO DE DISPENSA DO TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Lara Rosignoli Sampaio, Larissa Rosignoli Sampaio, Matheus Enéas De Sousa Felix, pesquisadores responsáveis. Larissa Jacome Barros Silvestre orientadora responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado Estudo Epidemiológico Da Doença De Chagas Aguda No Estado do Tocantins de 2018 a 2022 cuja pesquisa possui cunho retrospectivo baseando-se em dados de domínio público. Solicito a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a seguinte justificativa: os dados coletados não possuem nenhuma identificação dos pacientes que se enquadram no grupo de pesquisa, não havendo nenhuma possibilidade da sua identificação.

DECLARO:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em base de dados para fins da pesquisa científica será feito apenas após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidade de dados da pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos de Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Porto Nacional, _____ de _____ de 2022.