

Introdução: A doença de Chagas (DC) apesar de descrita há mais de um século, continua presente no Brasil. A OMS incluiu a DC no hall das doenças “negligenciadas” por não terem atenção adequada dos gestores públicos e serem associadas à pobreza e as precárias condições de vida. **Objetivo:** Descrever aspectos clínico-epidemiológicos dos portadores crônicos de DC atendidos em serviço de referência do Estado de Pernambuco. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal envolvendo 539 portadores de DC acompanhados entre 02/2016 a 05/2017. Variáveis estudadas: sexo, idade, naturalidade, procedência, raça-cor, grau de instrução, renda mensal per capita (renda), comorbidades: HAS(Hipertensão Arterial Sistêmica), DM (Diabetes Mellitus) Doença arterial coronária (DAC) ,Dislipidemia (DLP), AVC(Acidente Vascular Cerebral), DPOC(Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), Tabagismo, Etilismo, megaesôfago, megacólon, IMC(Índice de Massa Corpórea), variáveis eletrocardiográficas (BRD- Bloqueio de ramo direito/ BDASE-bloqueio divisional ântero-superior esquerdo/ FA- Fibrilação atrial) e presença de dispositivo marca-passo (MP) ou cardiodesfibrilador implantável (CDI); ao ecocardiograma: FEVE (Fração de Ejeção do Ventrículo esquerdo) e DDVE(Diâmetro diastólico do VE), ao Holter: presença de TVNS (Taquicardia Ventricular não sustentada) e TVS (Taquicardia ventricular sustentada).**Resultados e Discussão:** Amostra apresentou predominância do sexo feminino(70,5%), idade média de 62 ± 12,42 anos, natural da Mata Norte (30,5%) e procedência da Região Metropolitana do Estado de Pernambuco(48%),raça-cor parda (58%), grau de instrução fundamental incompleto (45,5%) com 27% de analfabetismo, renda de até 1 salário mínimo (78%), entre as comorbidades: HAS 78-%, DM 16 %, DAC 9% , DLP 48%,Ex-tabagista 30%, Ex- etilista 25%,AVC 11,5%, DPOC 5%, megaesôfago 15,8%, megacólon 5%, MP 16% CDI 1%, Ao ECG: BRD + BDASE 30%, FA 3,5%, ao ECO: FEVE média (57 % ± 14,42%), DDVE (53 ± 10,67mm) Holter: presença de TVNS 10%e TVS 1,5%.Diferente dos anos 90, houve mudança do perfil de idade,(mais idoso) e aumento de comorbidades, como DAC e DLP.Os portadores de DC persistem com muito baixo poder sócio econômico e arritmias muito graves. Portanto, se faz necessário buscar estratégias que melhorem a rede de cuidados a esta população. Considerando que mais 52% dos pacientes com DC, são procedentes do interior do estado, em 2012, o Programa SANAR/SES-PE, juntamente com o ambulatório de referência em DC, iniciaram processo de descentralização do atendimento ao paciente crônico, visando assistência integral, dentro das diretrizes hierárquicas do SUS, com visão biopsicossocial.