

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

CID 10: B57

CARACTERISTICAS GERAIS

DESCRIÇÃO

Doença infecciosa, causada por protozoário flagelado, de curso clínico crônico, que se caracteriza por fase inicial aguda, com sinais ou sintomas quase sempre inespecíficos, quando presentes, e que pode evoluir para a fase crônica, com comprometimento cardíaco (cardiopatia chagásica) ou digestivo (megaesôfago e megacólon). Outras manifestações clínicas são bastante raras, como a meningoencefalite chagásica.

AGENTE ETIOLÓGICO

É o *Trypanosoma cruzi*.

RESERVATÓRIO

Além do homem, mamíferos domésticos e silvestres, tais como gato, cão, porco doméstico, rato doméstico, macaco de cheiro, sagüi, tatu, gambá, cuíca, morcego, dentre outros.

MODO DE TRANSMISSÃO

A transmissão natural, ou primária, da doença de Chagas é a vetorial, que ocorre através das fezes dos triatomíneos, também conhecidos como “barbeiros” ou “chupões”. Esses, ao picar os vertebrados, em geral defecam após o repasto, eliminando formas infectantes, presentes em suas fezes, e que penetram pelo orifício da picada ou por solução de continuidade deixada pelo ato de coçar.

As demais formas de transmissão da doença são: a transfusional, a vertical, a acidental e a oral.

PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Quando existe sintomatologia, na fase aguda, período de incubação varia de acordo com a forma de transmissão:

Vetorial: 4 a 15 dias.

Transfusional: 30 a 40 dias ou mais.

Vertical: pode ser transmitida em qualquer período da gestação ou durante o parto.

Acidental: até aproximadamente 20 dias.

Oral: 3 a 22 dias.

PERÍODO DE TRANSMISSIBILIDADE

A infecção só passa de pessoa a pessoa através do sangue ou placenta. A maioria dos indivíduos com infecção pelo *T. cruzi* alberga o parasito nos tecidos e sangue, durante toda a vida, o que significa que devem ser excluídos das doações de sangue e de órgãos.

DEFINIÇÃO DE CASO AGUDO

Indivíduo que apresente febre persistente por mais de sete dias, associada a uma ou mais das seguintes manifestações clínicas: edema de face ou de membros, exantema, artralgia, cefaléia, mialgia, adenomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, cardiopatia aguda, icterícia, manifestações hemorrágicas, sinal de Romaña ou chagoma de inoculação.

As seguintes situações reforçam a suspeita:

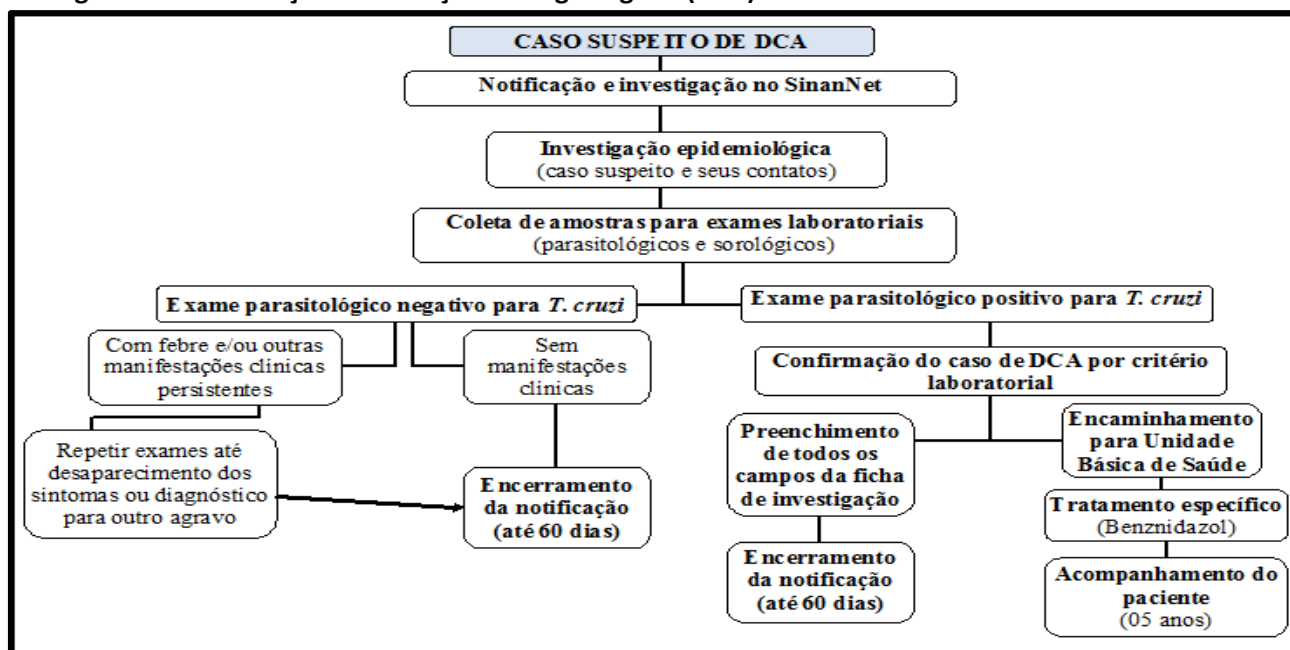
- **Residente /visitante de área com ocorrência de triatomíneos;**
- **Tenha ingerido alimento suspeito de contaminação pelo *T. cruzi*;**
- **Seja recém-nascido de mãe infectada;**
- **Tenha sido recentemente transfundido/transplantado.**

NOTIFICAÇÃO

Todos os casos agudos, independente da forma de transmissão devem ser notificados e investigados imediatamente, mediante instrumentos do SinanNet.

Toda criança nascida de mãe chagásica e confirmada com exame parasitológico direto positivo logo após o nascimento ou com sorologia IgG reagente após o 9º mês deverá ser notificada como caso agudo da doença. Já os casos de reativação da doença que ocorrem nos quadros de imunodeficiência (HIV) não devem ser notificados no SinanNet.

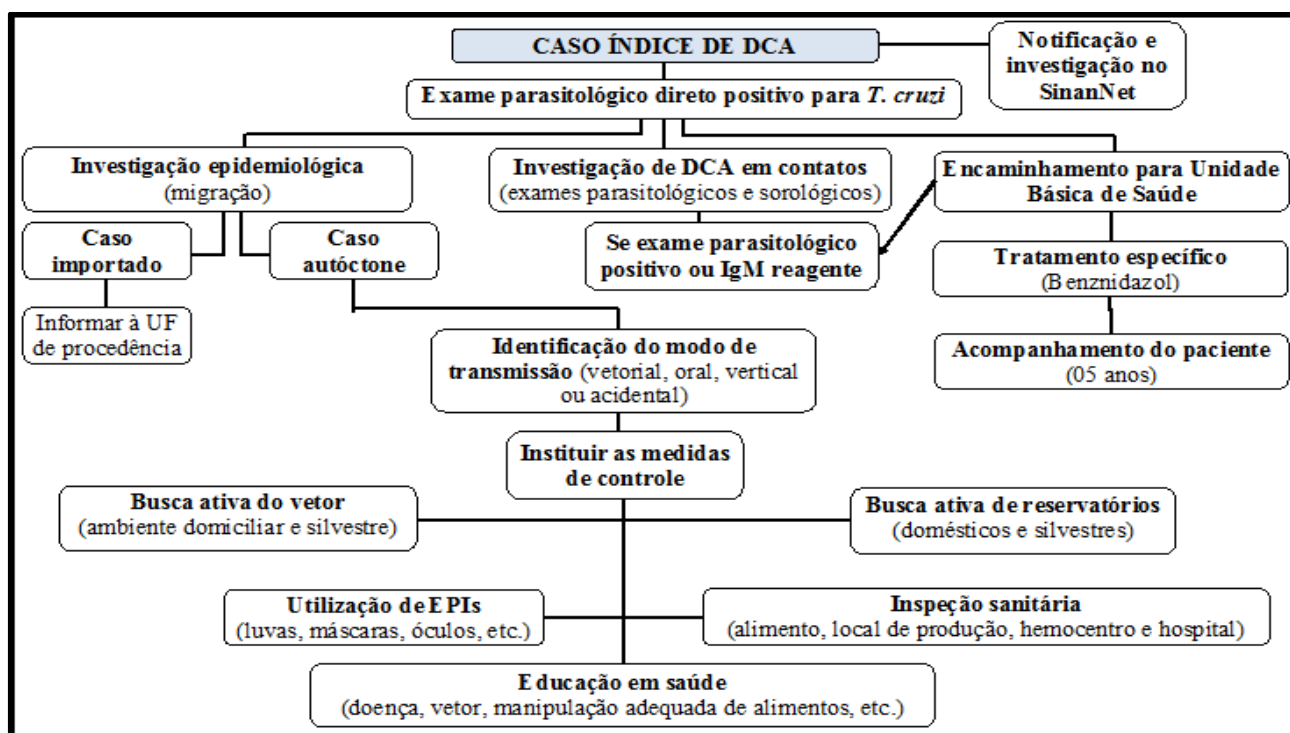
Fluxograma de notificação de Doença de Chagas Aguda (DCA) no SinanNet.



INVESTIGAÇÃO

- Envolve a identificação do paciente na unidade básica de saúde (UBS);
- A realização de exame físico do doente e de seus contatos, com detalhamento da história clínica e de dados epidemiológicos para a confirmação da suspeita diagnóstica;
- A coleta de amostras laboratoriais do caso e de outros suspeitos que forem encontrados durante a busca ativa para identificação do agente infeccioso *T. cruzi* (exame parasitológico direto e sorologia IgM e IgG);
- A identificação do modo de transmissão, com busca de locais contaminados ou de vetores;
- A determinação de fatores que tenham contribuído para a ocorrência dos casos;

Fluxograma de investigação de Doença de Chagas Aguda (DCA) em casos suspeitos:



ASPECTOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

QUADRO CLÍNICO

Paciente com **exame parasitológico direto positivo para *T. cruzi***, sorologia classe IgM reagente feita através de 2 metodologias sendo Imunofluorescência Indireta (IFI), mais Ensaio Imunoenzimático (ELISA) ou Hemaglutinação Indireta (HAI), e/ou, sorologia classe IgG realizando 2 coletas para realização de 2 metodologias sendo IFI mais ELISA ou HAI no intervalo mínimo de 21 dias entre uma coleta e outra e com variação de pelo menos 2 títulos sorológicos, pelo método IFI.

O quadro clínico quase sempre inespecífico para sinais e sintomas e quando presentes se enquadra na definição de caso agudo (indivíduo com febre por mais de sete dias, associada a uma ou mais das seguintes manifestações clínicas: edema de face ou de membros, exantema, artralgia, cefaléia, mialgia, adenomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, cardiopatia aguda, icterícia, manifestações hemorrágicas, sinal de romaña ou chagoma de inoculação). Na transmissão oral os sinais e sintomas estão sempre presentes.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Exame parasitológico direto: técnica “padrão ouro” para diagnóstico desta fase da doença. O sangue deve ser colhido simultaneamente para processamento de todas as metodologias descritas abaixo a fim de agilizar o diagnóstico (**é coletada a lâmina e analisada no laboratório do município e encaminhado ao controle de qualidade do Lacen**):

- **Pesquisa a fresco de tripanossomatídeos:** É a primeira alternativa por ser rápida, simples, eficaz e econômica. O ideal é que o paciente esteja febril no ato da coleta, ou em coleta posterior 12 a 24 horas após, se a primeira for negativa e a suspeita clínica persistir. A coleta deve ser feita **dentro de 30 dias do início dos sintomas**;
- **Métodos de concentração:** São eles o método de *Strout*, microhematócrito e creme leucocitário. Possuem maior sensibilidade, são recomendados principalmente quando a pesquisa a fresco for negativa. **São indicados quando o paciente estiver com sintomas há mais de 30 dias**;
- **Lâmina corada de gota espessa ou esfregaço:** Apresenta sensibilidade inferior às anteriores, é realizado prioritariamente na região da Amazônia Legal, em virtude da sua utilização para diagnóstico de Malária. Quando os resultados forem negativos na primeira coleta devem ser realizadas novas coletas até a confirmação do caso e/ou desaparecimento dos sintomas agudos, ou confirmação de outra hipótese diagnóstica. Deve ser repetida enquanto o paciente estiver febril ou este seja diagnosticado para outro agravo.

Exame sorológico: não é o mais indicado no diagnóstico de fase aguda. Pode ser realizado quando o parasitológico direto for negativo e a suspeita clínica persistir (**é coletada a amostra de soro no município e encaminhada ao Lacen**):

- **Deteção de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgG:** São necessárias 2 coletas para realização de 2 metodologias sendo IFI mais ELISA ou HAI no intervalo mínimo de 21 dias entre uma coleta e outra. Para confirmação é necessária execução pareada que possibilite comparar a soroconversão, ou seja, sorologia negativa na primeira amostra e positiva na segunda por qualquer um dos métodos (ELISA, IFI ou HAI) ou a variação de pelo menos 2 títulos sorológicos, pelo método IFI;
- **Deteção de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgM:** Técnica complexa. Para realização o paciente deve obrigatoriamente apresentar alterações clínicas compatíveis com DCA e história epidemiológica sugestiva. Os diagnósticos são realizados pelo laboratório de referência nacional do Ministério da Saúde Fundação Ezequiel Dias – FUNED em Belo Horizonte - MG e necessita da ficha de notificação do paciente no Sinan, para que seja encaminhado junto com a amostra de soro que deve ser enviada ao Lacen-TO, para que o mesmo mande para a referência nacional. É mais adequado na fase aguda tardia.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

O diagnóstico diferencial da Doença de Chagas Aguda é feito com os seguintes agravos:

- Leishmaniose visceral;
- Malária;
- Dengue;
- Febre tifóide;
- Toxoplasmose;
- Mononucleose infecciosa;
- Esquistossomose aguda;
- Febre de Chikungunya;
- Evidências íctero-hemorrágicas como Leptospirose, Febre amarela e Hepatites infecciosas.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

TRATAMENTO:

Deve ser realizado em todos os casos de DCA na unidade básica de saúde do município, o mais rápido possível, após confirmação diagnóstica, independente da via de transmissão. Devido à toxicidade da droga disponível, não é recomendado o tratamento durante a gestação.

O Benznidazol é a droga de escolha disponibilizada pelo MS e dispensada através da Gerência de Núcleo da Doença de Chagas mediante ficha de dispensação preenchida pelo médico juntamente com as cópias da receita e dos documentos pessoais (RG e CPF) do paciente. É apresentado na forma de comprimidos de 100mg e deve ser usado em 2 ou 3 tomadas diárias, por via oral, **durante 60 dias**.

A dose varia de acordo com a idade e o peso do paciente:

Adultos – 5mg/Kg/dia;

Crianças – 5-10mg/Kg/dia;

Lactentes – 10mg/Kg/dia.

A dose máxima recomendada de benznidazol é de **300mg/dia**. Para adultos com peso acima de 60 kg, deve ser calculada a dose total esperada do medicamento, estendendo-se o tempo de **tratamento para além dos 60 dias**, ate completar a dose total necessária. **Ficha de dispensação de benznidazol em anexo.**

ACOMPANHAMENTO:

O paciente deve ser acompanhado durante 5 anos para a verificação da negatividade sorológica, sendo possível declínio progressivo da concentração de anticorpos no primeiro ano a ser observado pelo médico da UBS . A avaliação é feita a cada 6 meses no primeiro ano, depois anualmente de acordo com os protocolos Consenso Brasileiro em Doença de Chagas e I Diretriz Latino-Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica, na UBS do município.

REFERÊNCIAS

Os pacientes de DCA devem ser tratados e acompanhados na UBS, caso o paciente tenha complicações, deverá ser encaminhado para os Hospitais de Referência Regional.

INSTRUMENTOS DISPONÍVEIS PARA CONTROLE

- **Vigilância entomológica** - ações programadas em Vigilância em Saúde (vigilância ativa e passiva do vetor da doença, controle químico);
- **Vigilância epidemiológica** - detecção de casos da doença:
 - suspeitos clínicos (crônicos e agudos);
 - suspeitos de malária, Dengue e Chikungunya.
 - soro reagentes encontrados em bancos de sangue;
 - residentes de domicílios com achados de triatomíneos infectados

- pacientes portadores de HIV/Aids;
 - gestantes com histórico familiar da doença;
 - populações residentes em áreas com ocorrência de DCA e áreas de risco.
- **Educação em saúde.**

PROTOCOLO LABORATORIAL PARA DOENÇA DE CHAGAS

Exame: Sorologia para Chagas (**IgG**)

Metodologia: ELISA – Ensaio Imunoenzimático

IFI- Imunofluorescência Indireta

HAI – Hemaglutinação indireta

Amostra Biológica: Soro

Volume Ideal: 2 ml

Orientação para coleta de amostra: De preferência soro colhido em jejum de 8 h, A amostra deverá ser enviada em Eppendorf.

Conservação da amostra até o envio e acondicionamento para transporte

- Transportar em caixa de isopor ou térmica com gelo reciclável: enviar ofício e requisição do GAL.
- A mostra deverá ser enviada até 7 dias mantendo em temperatura de 2 a 8°C e se for em freezer - 20°C até 15 dias.

Formulários requeridos: Ficha de Investigação epidemiológica.

Critérios de Rejeição de Amostras:

- Amostra que não seja soro
- Amostra com menos de 1 ml
- Amostra desacompanhada da ficha de requisição ou ficha de remessa
- Amostra hiperlipêmicas ou hemolisadas
- Amostra com identificação incorreta
- Amostra com mais de 30 dias de coleta
- Amostra fora da temperatura

Em qualquer dos casos citados acima é preciso solicitar nova coleta de amostra.

Exame: Sorologia para Chagas (**IgM**)

Metodologia: IFI- Imunofluorescência Indireta

Amostra Biológica: Soro

Volume Ideal: 2 ml

Orientação para coleta de amostra: De preferência soro colhido em jejum de 8 h, A amostra deverá ser enviada em Eppendorf.

Conservação da amostra até o envio e acondicionamento para transporte

- Transportar em caixa de isopor ou térmica com gelo reciclável: enviar ofício e requisição do GAL.
- A mostra deverá ser enviada até 7 dias mantendo em temperatura de 2 a 8°C e se for em freezer - 20°C até 15 dias.

Formulários requeridos: Ficha de Investigação epidemiológica.

Critérios de Rejeição de Amostras:

- Amostra que não seja soro
- Amostra com menos de 1 ml
- Amostra desacompanhada da ficha de requisição ou ficha de remessa
- Amostra hiperlipêmicas ou hemolisadas
- Amostra com identificação incorreta
- Amostra com mais de 30 dias de coleta
- Amostra fora da temperatura

Em qualquer dos casos citados acima é preciso solicitar nova coleta de amostra.

A amostrar é encaminhada ao Lacen e o mesmo envia a referência nacional FUNED EM Belo Horizonte – MG.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Caderno 10: doença de Chagas, esquistossomose, malária, peste e tracoma. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle de Chagas. Doença de Chagas Aguda. Aspectos epidemiológico, diagnóstico e tratamento. Guia de consulta rápida para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
4. Brasil. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Latino-Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica. Volume 97, Nº 2, Suplemento 1, Agosto 2011.
5. Brasil. Souza, Dilma do Socorro Moraes de. Manual de Recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Seguimento Ambulatorial de Portadores de doença de Chagas. Belém-PA, 2013.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Informe Técnico com Recomendações sobre o Diagnóstico Parasitológico, Sorológico e Molecular para confirmação da Doença de Chagas Aguda e Crônica, 2014.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.264, de 6 de junho de 2014.

CONTATOS

Email: vigilanciachagas@gmail.com

Fone: 3218-4884/1735