

DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

Aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento

Guia de consulta rápida para profissionais de saúde

Programa Nacional de Controle de Chagas
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde, Brasil

ORGANIZAÇÃO

Erica Tatto. Programa Nacional de Controle de Chagas/SVS/Ministério da Saúde (MS).

Estela Maura Padilha. Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, Brasília, DF.

Suely B. Fernandes. Secretaria de Saúde do Estado do Pará, Belém, PA.

COLABORAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA

Alberto Novaes Ramos Jr. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE.

Alejandro Luquetti Ostermayer. Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO.

Antonio Garcia Reis Júnior. Departamento de Atenção Básica/SAS/Ministério da Saúde (MS), Brasília, DF.

Erica Tatto. Programa Nacional de Controle de Chagas/SVS/MS, Brasília, DF.

Estela Maura Padilha. Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, Brasília, DF.

João Carlos Pinto Dias. Centro de Pesquisas Renee Rachou, FIOCRUZ, Belo Horizonte, MG.

Lauda Baptista Barbosa Bezerra de Melo. Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, Brasília, DF.

Soraya Oliveira dos Santos. Programa Nacional de Controle de Chagas/SVS/MS, Brasília, DF.

Endereço para correspondência: Soraya Oliveira dos Santos, Programa Nacional de Controle de Chagas, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde, Setor Comercial Sul, Quadra 4, Bloco A, 2.º andar, Edifício Principal, CEP: 70304-000, Brasília, DF.

Telefones: (61) 3213.8177 | 3213.8157 | 3213.8175

Fax: (61) 3213.8184

E-mail: soraya.santos@saude.gov.br ou erica.tatto@saude.gov.br

SUMÁRIO

Resumo	5
Resumen	6
1 Objetivos	7
2 O que é a doença de Chagas?	7
3 Mecanismos de transmissão	8
4 História natural da doença de Chagas.	8
4.1 Fase aguda	9
4.2 Fase crônica	9
5 Manifestações clínicas da doença de Chagas aguda.	10
5.1 Sintomatologia genérica e inespecífica.	10
5.2 Sintomatologia específica	11
6 Diagnóstico diferencial	13
7 Diagnóstico complementar – laboratorial	13
7.1 Exames parasitológicos	13
7.2 Exames sorológicos	13
8 Definições de caso (fase aguda).	14
8.1 Caso suspeito	14
8.2 Caso confirmado	15
8.3 Caso confirmado de doença de Chagas congênita	16
8.4 Caso confirmado de DC crônica	17
8.5 Caso excluído (não é doença de Chagas)	17
9 Abordagem sindrômica	18
10 Abordagem clínica de caso de DC fase aguda.	20
10.1 Abordagem inicial	20
10.2 Exames complementares	21

11	Abordagem terapêutica	22
11.1	Tratamento de suporte	22
11.2	Tratamento específico	23
11.3	Onde tratar.	24
11.4	Intolerância ao Benznidazol	24
11.5	Crítérios de Cura.	26
12	Referência e contra-referência.	27
13	Vigilância epidemiológica	27
14	Atribuições dos profissionais da rede do SUS	29
14.1	Atribuições comuns a todos os profissionais	29
14.2	Atribuições do Agente Comunitário de Saúde.	29
14.3	Atribuições específicas do Enfermeiro	30
14.4	Atribuições específicas do Médico	30
14.5	Atribuições específicas do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem	30
	Abstract	31
	Referências	32

RESUMO

Este guia de consulta rápida para o diagnóstico e tratamento da fase aguda da doença de Chagas destina-se em particular aqueles trabalhadores da saúde que exercem suas atividades em regiões onde o acesso às informações é difícil, reduzindo as possibilidades de trocar informações com outros parceiros, e que vem enfrentando uma demanda crescente por atitudes perante casos suspeitos deste agravo, em particular na região amazônica. Embora a possibilidade deste diagnóstico tenha se tornado excepcional nas áreas originalmente endêmicas no Brasil após o sucesso das ações de controle do vetor, novos surtos, em especial por provável transmissão oral, tem demonstrado que a fase aguda pode ser observada em outros contextos. Os trabalhadores da saúde devem enfrentar esta nova realidade de forma eficiente e integrada com os serviços de saúde, até as instâncias superiores, para que estas possam organizar e ajustar as condutas necessárias. Procurou-se utilizar uma linguagem simples, visando a sua imediata e ampla aplicação. A ênfase na abordagem foi no diagnóstico clínico e laboratorial de caso suspeito, e no manejo terapêutico, assinalando algumas particularidades deste tratamento. Finalmente são abordados os quadros de decisão, tanto para atendimento como para a vigilância epidemiológica e as atribuições de cada membro da equipe de profissionais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil.

DESCRITORES: Doença de Chagas Aguda. Guia prático. Diagnóstico. Tratamento. Transmissão pela via oral.

RESUMEN

Enfermedad de Chagas aguda. Guía de consulta rápida para los profesionales de la salud sobre el diagnóstico y tratamiento

Esta guía de consulta rápida para el diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de la enfermedad de Chagas se destina en particular para aquellos trabajadores de la salud que ejercen sus actividades en regiones con acceso difícil a las informaciones, lo que les reduce la posibilidad de intercambiar las mismas con otros colegas. La demanda creciente de actitudes frente a casos con esta sospecha clínica se presenta en toda Latinoamérica, en particular en la región amazónica por una nueva modalidad de transmisión, por medio de alimentos, por la vía oral. Los técnicos de la salud deben enfrentar esta realidad en forma eficiente e integrada con los servicios de salud, de tal manera que estas informaciones lleguen hasta el Ministerio de la Salud correspondiente, para que las autoridades responsables puedan tomar las actitudes necesarias. Se trató de redactar este material en forma simple, para facilitar su rápida lectura y aplicación inmediata. El énfasis al abordar el tema, fue dirigido al diagnóstico clínico y de laboratorio de casos sospechosos así como el manejo terapéutico, señalando algunas particularidades de este último. Fueron también incluidos cuadros de decisión, tanto para el atendimento como para la vigilancia epidemiológica, así como las atribuciones de cada miembro del equipo de profesionales de la salud.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Chagas aguda. Guía práctico. Diagnóstico. Tratamiento. Transmisión por la vía oral.

1 OBJETIVOS

Este guia destina-se aos profissionais de saúde de toda a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial àqueles que atuam na atenção básica e que permanecem em contato direto com as populações sob risco, os quais esperamos que se tornem os principais colaboradores na identificação precoce, atendimento e tratamento dos casos de doença de Chagas aguda (DCA). O texto pretende ser simples e objetivo, destacando de forma clara os aspectos relativos ao diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos. Este enfoque visa, por um lado, ao melhor cuidado e à prevenção da mortalidade e, por outro, à adoção de uma postura de vigilância epidemiológica capaz de detectar rapidamente situações de transmissão ativa da doença.

2 O QUE É A DOENÇA DE CHAGAS?

A doença de Chagas (DC) é a infecção humana causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*, que apresenta curso clínico bifásico, com uma fase aguda que pode ou não ser identificada e à evolução para as formas crônicas, se não for tratada com medicamento específico.

No Brasil, atualmente predominam os casos crônicos decorrentes de infecção por via vetorial (em torno de 2 milhões). No entanto, nos últimos anos, a ocorrência de casos e surtos de DCA tem sido observada em diversos estados brasileiros, com maior frequência na Região Amazônica.

A DCA é um agravo de notificação compulsória e imediata, devendo os casos serem comunicados ao serviço de Saúde Pública imediatamente pelos seguintes meios: telefone: 0800.644.6645 (CIEVS) ou (61) 3213.8177 (Programa Nacional de Controle de doença de Chagas); fax (61) 3213.8184; e-mail: notifica@saude.gov.br Adicionalmente, para todos os casos de DCA deve ser preenchida a Ficha de Notificação e Investigação de Caso de Doença de Chagas Aguda do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e enviada por fax.

3 MECANISMOS DE TRANSMISSÃO

A transmissão do *T. cruzi* para o ser humano pode ocorrer por diversas formas:

- **Via vetorial:** A infecção ocorre por contato com excretas de triatomíneos contaminados, através da pele lesada ou de mucosas, durante ou logo após o repasto sanguíneo.
- **Via transfusional / transplante:** Passagem por transfusão de hemoderivados ou transplante de órgãos de doadores infectados.
- **Via vertical:** Passagem de parasitos de mulheres chagásicas para seus bebês durante a gestação ou o parto.
- **Via oral:** Ingestão de alimentos contaminados com protozoários vivos provenientes, na maioria dos casos, de triatomíneos parasitados que foram esmagados ou triturados com o alimento, ou, ocasionalmente, de material proveniente de glândulas anais de marsupiais (mucura ou gambá).
- **Via acidental:** Contato da pele ferida ou de mucosas com material contaminado (sangue de doentes, excretas de triatomíneos, animais contaminados) durante manipulação em laboratório (acidental), em geral sem o uso adequado de equipamentos de proteção individual.

4 HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA DE CHAGAS

O período de incubação, ou seja, aquele em que não há manifestações clínicas após o momento da contaminação, 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.
- **Oral:** 3 a 22 dias.
- **Acidental:** até aproximadamente 20 dias.

Sinais e sintomas de doença aguda estarão presentes em casos clinicamente mais exuberantes, porém em 50% ou mais dos casos o quadro é assintomático ou com manifestações muito leves (somente febre), podendo passar despercebido.

Após a entrada do parasito no organismo, basicamente ocorrem duas etapas fundamentais na infecção humana pelo *T. cruzi*:

4.1 Fase aguda (inicial)

Predomina o parasito circulante na corrente sanguínea, em quantidades expressivas, manifestações de doença febril que podem persistir por até 12 semanas. A evolução natural desta fase, mesmo não tratada nem diagnosticada, culmina no desaparecimento espontâneo da febre e da maior parte das outras manifestações. Nesta fase também é possível detectar anticorpos IgM que coincidem com a queda da parasitemia circulante, com aumento gradual de anticorpos IgG (4^a à 6^a semana de infecção). (Figura 1).

4.2 Fase crônica

Existem raros parasitos circulantes e presença constante de anticorpos IgG (Figura 1). Esta fase de início é geralmente assintomática e sem sinais de comprometimento do coração e do aparelho digestivo. Costuma evoluir para uma das seguintes formas:

- **Indeterminada:** Paciente assintomático e sem sinais de comprometimento do coração (clínica, eletrocardiograma e Rx normais) e do aparelho digestivo (clínica e Rx de esôfago e cólon normais). Esse quadro poderá perdurar por toda a vida do infectado ou evoluir tardiamente para uma forma crônica determinada.
- **Cardíaca:** Evidências (clínicas ou por meio de exames) de acometimento cardíaco que, freqüentemente, terá evoluído para miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Essa forma ocorre em cerca de 30% dos casos crônicos e é a maior responsável pela mortalidade na doença de Chagas crônica.
- **Digestiva:** Evidências (clínicas ou identificadas por exames) de acometimento digestivo que, freqüentemente, terá evoluído para megacólon ou megaesôfago. Ocorre em cerca de 10% dos casos.

- **Associada (cardiodigestiva):** Ocorrência concomitante de lesões compatíveis com as formas cardíaca e digestiva.

A fase crônica da doença de Chagas (DCC) evolui para óbito em cerca de 1% a 10% dos casos estudados e não tratados, especialmente em crianças.

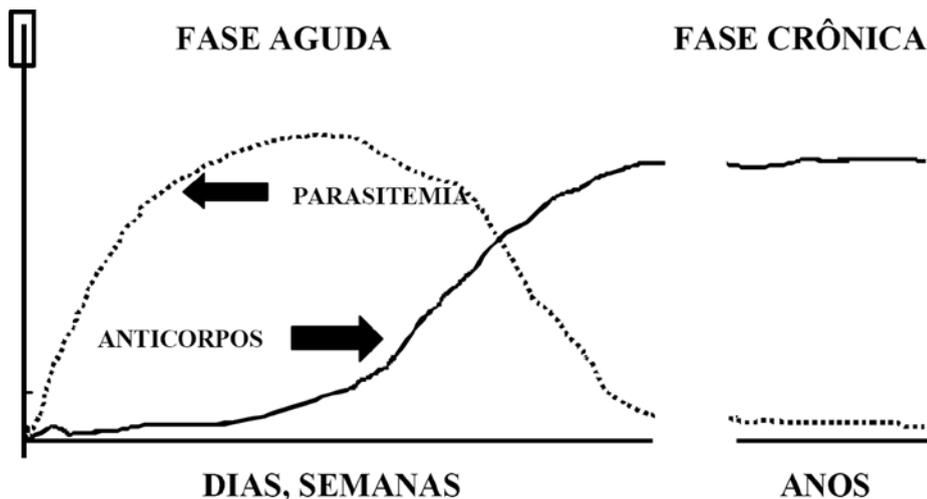


Figura 1 Dinâmica da resposta humoral (IgG) ao parasito na Doença de Chagas Aguda.

5 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA D.C. AGUDA

A manifestação mais característica é a **febre**, sempre presente, usualmente prolongada, constante e não muito elevada ($37,5^{\circ}$ a $38,5^{\circ}$ C), podendo apresentar picos vespertinos ocasionais.

5.1 Sintomatologia genérica e inespecífica

Na maioria dos casos aparentes ocorrem:

- Prostração, diarreia, vômitos, inapetência, cefaléia, mialgias, aumento de gânglios linfáticos;
- Manchas vermelhas na pele, de localização variável, com o sem coceira;

- Crianças menores freqüentemente ficam irritadiças, com choro fácil e copioso.

5.2 Sintomatologia específica

A DCA é caracterizada pela ocorrência, com incidência variável, de uma ou mais manifestações:

- Miocardite difusa com vários graus de severidade;
- Pericardite, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco;
- Cardiomegalia, insuficiência cardíaca, derrame pleural.

São comumente observados:

- Edema de face, membros inferiores ou generalizado;
- Tosse, dispnéia, dor torácica, palpitações, arritmias;
- Hepatomegalia ou esplenomegalia leve a moderada;
- Ícterícia e dor importante em epigastro ou hipocôndrio direito.

Podem ocorrer sangramento digestivo (hematêmese, hematoquezia ou melena) e, eventualmente, outros tipos de sinais hemorrágicos concomitantes, observados quase que exclusivamente na transmissão pela via oral.

Quadros graves podem cursar com meningoencefalite, especialmente em lactentes ou em casos de reativação (imunodeprimidos).

Sinais de porta de entrada

São característicos de transmissão vetorial e detectados apenas em cerca de 20% a 50% dos casos que sobrevivem por essa via.

- **Sinal de Romaña:** Edema bupalpebral unilateral, com dacrioadenite e adenopatia satélite pré-auricular que correspondem a uma reação inflamatória à penetração e difusão do parasito na conjuntiva e adjacências. É também chamado de complexo oftalmoganglionar. Pode permanecer por algumas semanas mesmo após o desaparecimento da febre e é altamente chamativo, mas aparece somente em cerca de 10% dos casos agudos sintomáticos. Este sinal não deve ser confundido com o edema de face, que ocorre com grande freqüência e em qualquer tipo de transmissão (Figura 2).



Fonte: a) Prof. Samuel Pessoa, arquivo do Centro de Pesquisas Emmanuel Dias, FIOCRUZ – Bambuí, MG.); b) Prof. Anis Rassi, Faculdade de Medicina da UFG, Goiânia.

Figura 2 Sinal de Romaña.

- **Chagomas de inoculação:** Podem aparecer nos membros, tronco e face e são lesões furunculóides levemente elevadas, não supurativas, com diâmetro de alguns centímetros, hiperêmicas e/ou hiper-crômicas, que se mostram descamativas após duas ou três semanas (Figura 3).

Na **transmissão vertical** (congenita), a grande maioria dos casos é totalmente assintomática. Não obstante, podem ocorrer: febre, hepatoesplenomegalia, sinais de cardiopatia aguda ou de comprometimento do SNC, prematuridade ou natimorto. Cabe lembrar que, diante da suspeita ou ocorrência de caso de DCA congênita, a mãe deve ser diagnosticada, acompanhada e, eventualmente, tratada (não durante a gravidez).



Figura 3 Chagoma de inoculação.

Fonte: Dr. João Carlos Pinto Dias – Universidade Federal de Minas Gerais.

6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Devem ser considerados agravos como leishmaniose visceral, malária, dengue, febre tifóide, toxoplasmose, mononucleose infecciosa e esquistossomose aguda. Atualmente cabe acrescentar também entidades íctero-hemorrágicas como leptospirose, febre amarela e hepatites infecciosas.

7 DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR: LABORATORIAL

Diante da suspeita de DCA, os exames de escolha para o diagnóstico laboratorial são os métodos **parasitológicos diretos** de sangue.

7.1 Exames parasitológicos

São aqueles em que o parasito é observado diretamente pelo analista, os quais estão citados a seguir por ordem de indicação de escolha:

- **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.
- **Métodos de concentração:** Constituem a segunda alternativa por serem mais sensíveis e mais trabalhosos. São eles o método de Strout, microhematócrito e creme leucocitário.
- **Lâmina corada de gota espessa ou esfregaço:** A técnica é recomendada em terceiro lugar por apresentar sensibilidade inferior às anteriores. No entanto, em virtude de sua praticidade e disponibilidade é largamente utilizada na Região Amazônica.

7.2 Exames sorológicos

Têm maior utilidade como coadjuvantes dos exames parasitológicos, mas devem sempre ser colhidos em casos suspeitos ou confirmados de DCA e enviados ao LACEN. As metodologias utilizadas são a

Hemoaglutinação indireta (HAI), a Imunofluorescência Indireta (IFI) e o método de ELISA. A utilização de Fixação de Complemento (reação de Guerreiro-Machado) não é mais recomendada.

- **Anticorpos IgG:** A confirmação de caso por pesquisa de IgG demanda duas coletas que possibilitem comparar a soroconversão (passar de negativo para positivo no método) ou a variação de três títulos sorológicos (IFI), com intervalo mínimo de 21 dias entre uma coleta e outra; no entanto, não é favorável para o diagnóstico oportuno, especialmente para os casos graves.
- **Anticorpos IgM:** Técnica complexa, de uso restrito a poucos laboratórios no Brasil e sujeita a problemas técnicos variados. Não se recomenda como primeira escolha. É mais útil na fase aguda tardia, após pelo menos 30 dias de febre quando repetidos exames de pesquisa direta do parasito forem negativos.

Na prática, recomenda-se que, diante de um caso suspeito de DCA, sejam realizados exames parasitológicos diretos para leitura imediata (exame a fresco, creme leucocitário/método de Strout ou gota espessa corada), repetidas vezes se for necessário. Caso resultem negativos ou não possam ser lidos no local da coleta, recomenda-se coleta de sangue total com anticoagulante, para realizar método de concentração, e de sangue para sorologia, os quais serão enviados para laboratórios de referência regional ou nacional. As amostras devem ser enviadas para análise nos LACEN (Laboratórios Centrais de cada estado).

8 DEFINIÇÕES DE CASO

8.1 Caso suspeito de doença de Chagas aguda

É assim considerada pessoa com febre prolongada (> 7 dias) e uma ou mais das seguintes manifestações clínicas:

- Edema de face ou de membros, exantema, adenomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, cardiopatia aguda, manifestações hemorrágicas, icterícia, sinal de Romaña ou chagoma de inoculação e

- Residente/visitante de área com ocorrência de triatomíneos, ou que tenha sido recentemente transfundido/transplantado ou que tenha ingerido alimento suspeito de contaminação pelo *T. cruzi*.

8.2 Caso confirmado de doença de Chagas aguda (DCA)

Critério parasitológico

- *T. cruzi* circulante no sangue periférico identificado por exame parasitológico direto, com ou sem identificação de qualquer sinal ou sintoma.

Critério sorológico

- Sorologia positiva com anticorpos da classe IgM anti-*T. cruzi* na presença de evidências clínicas e epidemiológicas indicativas de DCA, **ou**
- Sorologia positiva com anticorpos da classe IgG anti-*T. cruzi* por IFI com alteração na concentração de IgG de pelo menos três títulos em um intervalo mínimo de 21 dias em amostras pareadas, **ou**
- Soroconversão em amostras pareadas com intervalo mínimo de 21 dias, ou seja, sorologia negativa na primeira amostra e positiva na segunda, por qualquer método.

Critério clínico-epidemiológico

Exames parasitológicos e sorológicos inicialmente negativos na presença de quadro febril com manifestações clínicas compatíveis com DCA em pacientes com:

- Vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA durante surto por transmissão oral, ou
- Chagoma de inoculação, ou
- Sinal de Romaña, ou
- Miocardiopatia aguda após contato com triatomíneo (ex: ter encontrado barbeiro no interior do domicílio, ter sido picado por barbeiro etc.).

Atenção

Reserva-se o critério epidemiológico apenas para subsidiar o tratamento empírico em pacientes hospitalizados. Deve-se insistir na realização de exames sorológicos para a confirmação dos casos e, se resultarem continuamente negativos, é recomendável suspender o tratamento específico.

Quando há possibilidade de o evento ou surto ter ocorrido por **transmissão oral**, considera-se:

- **Caso suspeito de transmissão oral:** presença de manifestações clínicas compatíveis e ausência de outras formas prováveis de transmissão;
- **Caso provável de transmissão oral:** diagnóstico confirmado de DCA por exame parasitológico direto, com provável ausência de outras formas de transmissão e ocorrência simultânea de mais de um caso com vinculação epidemiológica (procedência, hábitos, elementos culturais);
- **Caso confirmado de transmissão oral:** caso com diagnóstico confirmado de DCA por exame parasitológico direto, em que se excluíram outras vias de transmissão, e com evidência epidemiológica de um alimento como fonte de transmissão.

8.3 Caso confirmado de doença de Chagas congênita

Recém-nascido de mãe com exame parasitológico ou sorológico positivo para *T. cruzi* e que apresente:

- Exame parasitológico positivo a partir do nascimento, ou
- Exame sorológico positivo a partir do 6º mês de nascimento e sem evidência de infecção por outras formas de transmissão.

Atenção

Deve-se excluir a possibilidade de transmissão por outras formas.

8.4 Caso confirmado de doença de Chagas crônica (DCC)

Ausência de quadro indicativo de doença febril nos últimos 60 dias e presença de:

- Exames sorológicos positivos por dois métodos de princípios distintos (ELISA, HAI ou IFI), ou
- Xenodiagnóstico, hemocultivo, biópsia ou PCR positivos para *T. cruzi*.

São classificados como:

- DCC indeterminada: Nenhuma manifestação clínica ou alteração compatível com DC em exames específicos (cardiológicos, digestivos, etc.).
- DCC cardíaca: Manifestações clínicas ou exames compatíveis com miocardiopatia chagásica (eletrocardiografia, ecocardiografia, radiografias). Alterações comuns: bloqueios de ramo, extrassístoles ventriculares, sobrecarga de cavidades cardíacas, cardiomegalia, etc.
- DCC digestiva: Manifestações clínicas ou exames (geralmente radiológicos contrastados) compatíveis com megaesôfago ou megacólon.
- DCC associada: Manifestações clínicas ou exames compatíveis com miocardiopatia chagásica e algum tipo de mega.

Atenção

Para confirmar ou descartar um caso suspeito de DCC pelo critério sorológico, é necessária a realização de exame por dois métodos de princípios distintos.

8.5 Caso descartado de doença de Chagas (excluído)

- Exames sorológicos negativos em amostras pareadas com intervalo mínimo de 21 dias em paciente que apresentou quadro febril os últimos 60 dias.
- Presença de exames sorológicos negativos em uma amostra de paciente que não apresentou quadro febril os últimos 60 dias.

9 ABORDAGEM SINDRÔMICA

É uma estratégia epidemiológica que se baseia *na detecção de um conjunto de manifestações clínicas comuns* a muitas doenças, visando captar um maior número de casos, de forma oportuna, de modo que contribua para a adoção precoce e precisa de medidas de controle.

Entre as doenças que cursam com síndrome febril aguda indiferenciada e/ou síndrome febril íctero-hemorrágica aguda, a seleção para investigação prioritária deve considerar a importância epidemiológica em termos de magnitude (incidência e mortalidade), gravidade (letalidade) e, para algumas delas, o desconhecimento de alguns aspectos epidemiológicos. **Na Região Norte, sugere-se a DCA, dengue, malária, meningococcemia, sepse, febre tifóide, hepatites virais, febre amarela, leptospirose, febre purpúrica brasileira, leishmaniose visceral, outras arboviroses, hantavirose e rickettsioses.**

O Quadro de Decisão para Atendimento e Encaminhamento de Pacientes com DCA pode ser observado a seguir.

Definição de Caso	
<p>Paciente tem febre prolongada há mais de 7 dias. Sim___ Não___</p> <p>Se sim, apresenta edema de face ou membros, adenomegalia multifocal, exantema, hepatomegalia, esplenomegalia, cardiopatia aguda, manifestações hemorrágicas, icterícia, sinal de Romaña ou chagoma de inoculação? Sim___ Não___</p>	
Síndromes Clínicas	
<p>Síndrome Febril Indiferenciada Aguda – SFINDA Paciente com qualquer idade</p>	<p>Síndrome Febril Íctero-Hemorrágica Aguda - SFIHA Paciente com febre e com sinais de síndrome icterícia aguda ou síndrome hemorrágica aguda</p>
Abordagem	Conduta
<p>Solicitar pesquisa de plasmódio e <i>T. cruzi</i></p> <p>Se positivo para plasmódio, tratar malária Se positivo para <i>T. cruzi</i>, tratar DCA</p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitar exames complementares para avaliação cardiológica, hepática e hematológica Fazer acompanhamento ambulatorial <p>Se comprometimento cardíaco ou digestivo encaminhar para hospital</p> <p>Se comprometimento grave: Cardíaco: sinais de insuficiência cardíaca, derrame pericárdico, dor torácica, arritmias. Digestivo: sangramento digestivo, dor epigástrica severa, icterícia. Neurológico: convulsões, torpor, coma.</p> <ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para Hospital de Referência com medidas de suporte <p>Notificar imediatamente à VE</p> <p>Se negativo para <i>T. cruzi</i> prosseguir com a investigação para SFINDA (doença de Chagas, malária, leishmaniose visceral, micoses etc.) ou encaminhar para Serviço de Referência.</p>	<p>Investigar síndromes icterícas sem manifestações de gravidade</p> <p>ou</p> <p>Encaminhamento para Hospital de Referência para os casos com síndrome icterícia com manifestações de gravidade ou manifestações hemorrágicas,</p> <p>Medidas de Suporte</p>
Seguimento Clínico	
<p>Para paciente ambulatorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> Em caso de intolerância ao benznidazol, encaminhar para acompanhamento em Hospital de Referência. Recomenda-se que os exames de maior complexidade para a rotina de avaliações para a verificação de cura e o acompanhamento de longo prazo do paciente chagásico tratado sejam realizados em Serviço de Referência 	

Quadro de Decisão para Atendimento de Pacientes com DCA

10 ABORDAGEM CLÍNICA DE CASO DE DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

10.1 Abordagem inicial

Uma sintomatologia genérica e inespecífica envolvendo prostração, diarréia, vômitos, anorexia, cefaléia e mialgias é descrita na maioria dos casos aparentes. Os sistemas mais intensamente acometidos são o cardiovascular, o digestivo e o neurológico. Assim, as manifestações clínicas subjacentes serão decorrentes da afecção de tais sistemas. Crianças menores freqüentemente se apresentam irritadiças, com choro fácil e copioso. Via de regra são observados sinais ou sintomas de miocardiopatia aguda de variável intensidade.

A propedêutica clínica mais específica deverá seguir, no mínimo, os seguintes passos:

- Verificar antecedentes de contato com o vetor (barbeiro), de transfusão de sangue ou transplante de órgãos recente (últimos 90 dias). Em recém nascidos verificar a história sorológica da mãe. No plano profissional, averiguar se o paciente entrou em contato com material contendo o parasito ou os vetores. No âmbito da transmissão oral, verificar a ocorrência de outros casos com quadro febril nas imediações, a realização de refeições em comum com tais casos, a ingestão de alimentos de produção artesanal e sem cozimento no mesmo período, a ingestão de alimentos expostos aos vetores (barbeiros) ou reservatórios (ex: mucuras, conhecidos também como gambás).
- Questionar se o paciente refere algum desconforto (prostração, irritabilidade), algia (cefaléia, dor ocular, dor ao deglutir, dor torácica, epigastralgia, lombalgia, mialgias, artralguas), dificuldade de manter os hábitos fisiológicos (inapetência, vômitos, diarréia, disfagia, dispnéia), presença de manifestações hemorrágicas de qualquer natureza (digestiva alta ou baixa, urinária, nasal, gengival, genital, conjuntival, petéquias, hematomas etc.).

10.2 Exames complementares

Para a verificação do estado de gravidade dos casos de DCA, em especial dos sistemas usualmente mais acometidos, é proposta uma relação de exames laboratoriais complementares para o seguimento dos casos e manejo clínico de eventuais complicações. Ressalta-se que o início do tratamento etiológico independe da realização de tais exames. Na Atenção Básica é necessário solicitar, pelo menos, os seguintes exames no início do tratamento:

10.2.1 Exames mandatórios

- **Hemograma completo com plaquetas:** Costuma apresentar leucocitose discreta, com desvio à esquerda, linfocitose característica, eventual anemia hipocrômica, VHS moderadamente aumentada. Em casos graves podem ocorrer plaquetopenia e leucopenia moderadas.
- **Urina rotina (Urina I ou EAS):** Usado para avaliar relativamente a função renal é útil para verificar a ocorrência de sangramento pelas vias urinárias.
- **Provas de função hepática:** São importantes marcadores para verificar acometimento hepático, especialmente em casos de DCA por transmissão oral. As aminotransferases (TGO-AST e TGP-ALT) muito freqüentemente aparecem elevadas. Bilirrubinas (totais e frações) também podem estar alteradas, com ou sem icterícia visível. O Tempo de Protrombina (TAP ou TP) prolongado sugere dano hepático.
- **RX de tórax:** O coração estará normal em pelo menos 50% dos casos. É comum o aumento global da área cardíaca de pequena ou moderada intensidade e, mais raro, o grande aumento. A ocorrência de aumento pode ser decorrente de miocardiopatia aguda ou derrame pericárdico. Os campos pleuro-pulmonares geralmente estão limpos, podendo ocorrer derrame pleural em casos de insuficiência cardíaca. Cardiomegalia em alguns casos com regressão a partir da terceira semana de doença.
- **Eletrocardiografia:** Pode ser normal em, aproximadamente, metade dos casos. Verifica-se taquicardia com ritmo sinusal regular em quase todos os casos alterados. Mais marcantes são alterações pri-

márias da repolarização ventricular e alongamento do espaço P-R. Casos mais graves apresentam baixa voltagem de QRS, bloqueios intraventriculares e extrassistolia ventricular.

10.2.2 *Outros exames recomendados*

- **Provas de coagulação (TTPA):** Devem ser realizadas sempre que possível, especialmente em casos nos quais haja acometimento hepático importante ou manifestações hemorrágicas.
- **Endoscopia digestiva alta:** Indicada em casos de dor epigástrica intensa e refratária ao tratamento com Omeprazol 40 mg/dia por sete dias, ou na vigência dos seguintes sinais de alarme: hematêmese, melena, vômitos persistentes, disfagia ou anemia.
- **Ecocardiografia:** Recomendada em casos com comprometimento cardíaco clinicamente importante, em razão da elevada frequência de derrame pericárdico e disfunção miocárdica.
- **Líquor:** Deve ser realizado em casos que apresentem sinais e sintomas de meningoencefalite (convulsões, torpor ou queda da consciência ou coma de origem neurológica). Geralmente aparece limpo, com pequeno aumento de células e teor de glicose e proteínas normal. Pode-se identificar o parasito por exame direto ou isolá-lo mediante cultivo do líquido em meio adequado (LIT, NNN, etc.) do mesmo modo que é feito com o sangue.

Atenção

Para confirmar ou descartar um caso suspeito de DCC pelo critério sorológico, é necessária a realização de exame por dois métodos de princípios distintos.

11 ABORDAGEM TERAPÊUTICA

11.1 Tratamento de suporte

Manejo geral: Afastamento das atividades profissionais, escolares ou desportivas a critério médico. Dieta livre, evitando-se bebidas alcoólicas. A internação hospitalar é indicada em casos de maior comprometimento geral, cardiopatia moderada a grave, quadro hemorrágico e meningoencefalite.

11.2 Tratamento específico

O benznidazol é a droga disponível para o tratamento específico da DC. O nifurtimox pode ser utilizado como alternativa em casos de intolerância ao benznidazol, embora seja um medicamento de difícil obtenção. No caso de falha terapêutica com uma das drogas, a outra pode ser tentada, apesar de eventual resistência cruzada.

Na fase aguda, o tratamento deve ser realizado em todos os casos e o mais rápido possível após a confirmação diagnóstica.

O tratamento específico é eficaz na maioria dos casos agudos (>60%) e congênitos (> 95%), apresentando ainda boa eficácia em 50% a 60% de casos crônicos recentes (geralmente até os 15 anos de idade). Em crônicos antigos, sua eficácia não parece ultrapassar os 20%, conforme indica a experiência acumulada.

Em virtude da toxicidade das drogas disponíveis, não é recomendado o tratamento durante a gestação, a menos que se trate de caso agudo e grave.

O benznidazol é apresentado na forma de comprimidos de 100mg. Deve ser usado em duas ou três tomadas diárias por via oral, durante 60 dias, e a dose varia de acordo com a idade e o peso do paciente:

- **Adultos:** 5 mg/kg/dia
- **Crianças:** 5 -10 mg/kg/dia
- **Lactentes:** 10 mg/kg/dia

Para crianças, deve-se discutir o melhor esquema e o modo mais aceitável, no menor volume possível, de modo que seja garantida a adesão terapêutica.

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, até completar a dose total necessária.

O nifurtimox pode ser encontrado em comprimidos de 120mg e, de forma semelhante ao outro medicamento, deve ser usado em duas ou três tomadas diárias por via oral, durante 60 a 90 dias. A dose indicada também está relacionada à idade do paciente:

- **Adultos:** 8 -10 mg/kg/dia
- **Crianças:** 15mg/kg/dia

11.3 Onde tratar

O tratamento específico pode ser feito em unidade ambulatorial por médico generalista, sendo encaminhados para unidades de maior complexidade ou referência casos com:

- Cardiopatia aguda grave;
- Sangramento digestivo;
- Necessidade de suspender temporariamente o tratamento com benznidazol por mais de uma vez;
- Reações adversas significativas, como:
 1. dermatopatia grave;
 2. neuropatia;
 3. lesões em mucosa;
 4. hipoplasia medular (queda de leucócitos ou de plaquetas).

Atenção

Nos quadros gravíssimos, especialmente de miocardiopatia aguda, pode-se tentar o emprego de corticóide por curto prazo com o antiparasitário específico para evitar o êxito letal.

11.4 Intolerância ao Benznidazol

Salientam-se as seguintes situações:

- A intolerância ao benznidazol raramente é observada em crianças e em pacientes em fase aguda de qualquer faixa etária, sendo mais freqüente em adultos na fase crônica.
- Os efeitos colaterais mais freqüentes são dermatopatia, e neuropatia.
- Distúrbios gastrintestinais devem ser tratados clinicamente. Em quadros com vômitos incoercíveis, o tratamento deve ser temporariamente interrompido até a melhora dos sintomas, sendo reintroduzido conforme a tolerância. Não está indicado o uso de nifurtimox nestes casos, visto que produz mais efeitos colaterais.
- A neuropatia periférica pode ser tratada com anticonvulsivantes, sendo indicada a interrupção do tratamento até a melhora dos sintomas. Na neuropatia por benznidazol, que é dose dependente, a intolerância aparece após a quinta semana de tratamento, não sendo vantajoso introduzir o nifurtimox, que também está relacionado a efeitos colaterais neurológicos.

- Na ocorrência de dermatopatia de grau moderado, recomenda-se interrupção temporária do tratamento, prescrição de anti-histamínicos ou corticóides e reintrodução do tratamento específico conforme a tolerância clínica. O nifurtimox produz menos efeitos dermatológicos. A experiência com seu uso em outros países revela ser apropriado como droga de segunda escolha quando o efeito colateral do benznidazol é a dermatopatia.

Para maiores esclarecimentos sobre reações adversas, ver Consenso Brasileiro de Doença de Chagas.

Atenção

Em todas as circunstâncias, admite-se até duas tentativas de reintrodução do tratamento específico com benznidazol.

Caracterizam-se como intolerância ao benznidazol as seguintes situações, nas quais é imperativa a sua suspensão definitiva:

- Lesão em mucosa (indicador de risco elevado de Síndrome de Stevens-Johnson). Reações cutâneas graves ocorrem em cerca de 1:1000 casos, não se justificando, portanto, a introdução de outro derivado imidazólico (nifurtimox).
- A hipoplasia medular não é freqüente com o benznidazol. No entanto, em indivíduos inicialmente não neutropênicos, deve ser indicativa de hipoplasia a constatação de queda na contagem global de leucócitos de 50% em relação ao valor inicial ou quando a contagem de neutrófilos atingir o ponto de corte de 1.500 células/mm³.
- Queda na contagem de plaquetas até o ponto de corte de 50.000 plaquetas/mm³ em indivíduos com contagem inicial normal deve ser indicativa de hipoplasia.

As condutas para os pacientes com suspeita de síndrome de Stevens-Johnson e hipoplasia de medula devem ser suspensão do benznidazol sem possibilidade de reintrodução, suporte clínico e transferência imediata para Centro de Referência.

Seguimento Clínico

Recomenda-se a rotina de avaliações sugeridas no Consenso Brasileiro em doença de Chagas para a verificação de cura e o acompanhamento de longo prazo do paciente chagásico tratado.

11.5 Critérios de Cura

Via de regra não ocorre cura espontânea em casos crônicos de doença de Chagas, embora casos esporádicos bem documentados tenham sido registrados na Costa Rica, no Uruguai e no Brasil.

Não existem critérios clínicos que possibilitem definir com exatidão a cura de pacientes com DCA. Conforme o critério sorológico, a cura é a negatificação sorológica, que ocorre, na maioria dos casos, em até cinco anos após o tratamento. Recomenda-se realizar exames sorológicos convencionais (IgG) a cada seis meses ou anualmente, por cinco anos, devendo-se encerrar a pesquisa quando dois exames sucessivos forem negativos.

Na criança filha de mãe chagásica, os títulos sorológicos de IgG para *T. cruzi*, ao longo do 1º mês, são iguais aos da mãe. No 2º mês, caem dois a três títulos, ocorrendo queda progressiva até o 5º mês. No 6º mês, a maioria das crianças terá sorologia negativa. Nos raros casos em que a sorologia persiste positiva após o 6º mês, um último exame aos 9 meses de idade dará a cobertura necessária. Caso haja persistência de positividade, a partir de então, considera-se caso de DCA congênita, devendo a criança ser tratada.

À gestante ou lactente com diagnóstico de DCA ou co-infecção *T. cruzi*-HIV, recomenda-se não oferecer amamentação no peito em virtude da possibilidade de transmissão por meio do leite ou de fissura mamilar. Em relação às crianças nascidas de mães com diagnóstico de DCA ou com co-infecção *T. cruzi*+HIV, recomenda-se a pesquisa do parasito até dois meses após o nascimento (pesquisa direta, xenodiagnóstico, hemocultura).

12 REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

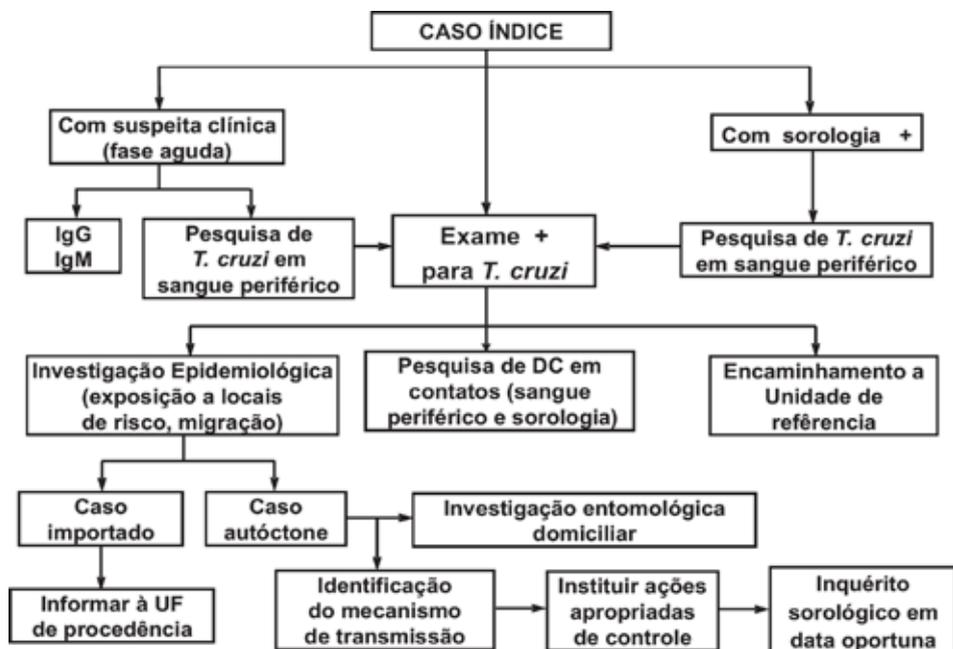
Do ponto de vista operacional, dentro da rede de serviços de saúde do SUS, o fluxo de referência e contra-referência para os casos de DCA da atenção básica deve, necessariamente, ser baseado nas recomendações propostas neste manual e seguir os fluxos determinados pelas instituições locais. O sistema deve, obrigatoriamente, envolver a comunhão das unidades da rede básica de assistência e dos centros de maior complexidade com o fim de facilitar o encaminhamento de pacientes agudos ou crônicos, caso haja necessidade de internamento ou para diagnóstico diferencial. Essa medida propiciará também a realização dos exames de maior complexidade necessários para as avaliações periódicas recomendadas, avaliações com especialistas e coleta de material destinado aos exames para verificação de cura parasitológica e sorológica.

13 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica será baseada na identificação de casos que, por sua vez, está fundamentalmente apoiada na Vigilância Epidemiológica da Malária. Assim, tem base na realização de exames hemoscópicos para malária em pessoas febris. A suspeição de um caso de DCA deve estar primariamente relacionada à ocorrência de febre.

Todos os casos de DCA devem ser imediatamente notificados ao sistema de saúde (Portaria SVS 5/2006); os de reativação ou crônicos não devem ser notificados.

A metodologia de investigação de caso de DCA a partir do caso índice pode ser observada na Figura 4.



Fonte: Consenso Brasileiro de Doença de Chagas

Figura 4 Modelo proposto de investigação de caso de DCA (Consenso Brasileiro de Doença de Chagas)

Quando ocorre um caso agudo, deve-se sempre solicitar à Vigilância Epidemiológica Municipal que realize medidas de controle no local provável de infecção, de acordo com a forma de transmissão:

- **Transmissão vetorial:** investigação entomológica.
- **Transmissão oral:** investigação entomológica e inspeção sanitária para avaliação do alimento contaminado.
- **Transmissão vertical:** teste na mãe e familiares.
- **Transfusional/transplante:** inspeção sanitária no hospital ou hemocentro.
- **Transmissão acidental:** verificar utilização apropriada de Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

14 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA REDE DO SUS

14.1 Atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica em relação à doença de Chagas (DC)

1. participar do planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe no enfrentamento da DC;
2. definir estratégias para acompanhamento e continuidade da atenção e garantir a integralidade da atenção tanto nos casos suspeitos quanto nos que tenham confirmação diagnóstica da DCA;
3. realizar busca ativa dos casos suspeitos utilizando abordagem sindrômica quando houver febre;
4. prestar atenção contínua, articulada com os demais níveis de atenção, visando ao cuidado longitudinal;
5. planejar e desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade em relação ao controle da DC em sua área de abrangência;
6. estimular ações intersetoriais que contribuam para o controle da DC.

14.2 Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde

1. encaminhar os casos de febre à Unidade Básica de Saúde;
2. desenvolver atividades de vigilância em saúde para a DC em sua microárea;
3. acompanhar os pacientes em tratamento;
4. orientar o paciente quanto à necessidade do tratamento completo e sobre medidas de prevenção;
5. realizar busca ativa de faltosos ao tratamento e às consultas de acompanhamento;
6. trabalhar de maneira integrada com o ACE para a busca pró-ativa de famílias em risco (transmissão vetorial e vertical).

14.3 Atribuições específicas do Enfermeiro

1. realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolo estabelecido neste manual, observadas as disposições legais da profissão e com supervisão médica;
2. gerenciar os insumos necessários para o diagnóstico e tratamento adequado dos casos agudos e crônicos;
3. orientar os auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento ou tratamento supervisionado.

14.4 Atribuições específicas do Médico

1. diagnosticar e tratar precocemente os casos de DCA, conforme orientações contidas neste manual;
2. solicitar os exames complementares conforme rotina e os adicionais quando for necessário;
3. realizar tratamento imediato e adequado, de acordo com o esquema terapêutico definido neste manual;
4. encaminhar, quando necessário, os casos graves para a unidade de referência, respeitando os fluxos locais e mantendo-se responsável pelo acompanhamento;
5. realizar assistência domiciliar nos casos em que seja necessária;
6. solicitar exames para contatos de casos de DCA;
7. orientar os auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento ou tratamento supervisionado.

14.5 Atribuições específicas do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem

1. realizar ações de educação em saúde no domicílio ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), conforme planejamento da equipe;
2. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o diagnóstico e tratamento adequado dos casos agudos e crônicos.

ABSTRACT

Acute phase of Chagas disease. A practical guide for health workers on diagnosis and treatment

This quick consulting guide for the diagnosis and treatment of acute phase of Chagas disease was written for those health workers at remote areas, with difficulties to access or interchange information. They have been challenged recently, mainly in Amazonian areas, with a number of suspected cases of acute phase. Even if this diagnosis (which has been each time less frequent) is quite rare, mainly after the successful campaigns of vector control, new outbreaks have been described recently with a growing frequency, mainly by oral route. As the first contact of these patients is usually with health workers in remote areas, they should be able to recognize precisely the acute phase and act at once, in conjunction with public health services up to the main health authorities, in order to be more effective, allowing at the Ministry level the adoption of the necessary measures. Efforts were made for a simple and straightforward language/presentation for an immediate application on the field. Emphasis was given on diagnosis both clinical and laboratorial, of a suspected case. After confirmation, some particular characteristics of the therapeutic approach were also included. Finally, decision maps were designed for a particular case and for epidemiological surveillance, stressing the duties expected for each member of the public health team.

KEY WORDS: Chagas disease. Practical guide. Diagnosis. Treatment. Transmission by oral route.

REFERÊNCIAS

1. Tratamento etiológico da doença de Chagas. Ed. Fundação Nacional de Saúde, Brasília, 1997, 2a.edição. Manual, 32 p.
2. *Trypanosoma cruzi* e Doença de Chagas. Ed. Brener Z, Andrade A Z e Barral-Neto M. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2º edição, 2000.
3. Consenso Brasileiro em doença de Chagas. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. 2005. 29 p. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 38 (Supl. III): 1-29, 2005.