

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
Para Vigilância da Doença de Chagas (DC)
Aguda (DCA) e Crônica (DCC)

Atualização: 06/06/2022

OBJETIVOS: Detectar os casos de doença de Chagas aguda, com vistas à aplicação de medidas de prevenção e controle. De modo geral, a maioria dos casos agudos ocorre individualmente por transmissão vetorial, mas também alguns casos podem ocorrer de forma coletiva de uma fonte comum, caracterizando assim um SURTO. Em geral os surtos podem ocorrer em regiões onde se registram triatomíneo.

Para a DCC, ampliar a suspeição e diagnóstico laboratorial para conduta do manejo clínico do caso reagente para a doença.

DEFINIÇÃO DE CASO - FASE AGUDA

Suspeito: Nessa fase a suspeição se baseia em sinais e sintomas sugestivos da doença e/ou na presença de fatores determinantes e condicionantes epidemiológicos compatíveis, mesmo na ausência de sinais e sintomas clínicos: residente ou visitante de área com ocorrência de triatomíneos; ou antecedente recente de transfusão sanguínea ou transplante de órgão; ou ingestão de alimento suspeito de contaminação pelo *T. cruzi*; ou recém nascido de mãe infectada. A sintomatologia usualmente não específica, como: febre, mal-estar, diarreia, vômitos, cefaléia, astenia; ou é simplesmente assintomática. Manifestações de doença febril prolongada (>7 dias). São comumente observados: edema de face ou de membros inferiores ou generalizados, tosse dispnéia, dor torácica, arritmias, hepatomegalia ou esplenomegalia e outros. **Caso confirmado:** a) Critério laboratorial - paciente com exame parasitológico direto (pesquisa direta a fresco ou testes de concentração como Strout, micro-hematocrito ou creme leucocitário) com ou sem sintomas OU sorologia positiva com anticorpos anti *T. cruzi* classe IgM no sangue periférico OU sorologia positiva com anticorpos da classe IgG, com alteração na concentração de pelo menos dois títulos em um intervalo mínimo de 15 dias entre as coletas. O diagnóstico fundamenta-se na busca e no reconhecimento de *T. cruzi* em exames diretos. Recomenda-se que os métodos parasitológicos diretos para o diagnóstico da DCA, devem ser realizados simultaneamente. b- Critério clínico-epidemiológico: Indivíduo com exames laboratoriais negativos/não reagentes que possui sintomatologia sugestiva para DCA (febre intermitente ou persistente, mais de 7 dias) e/ou alteração eletrocardiográfica compatível com a doença OU achados necroscópicos positivos; vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA em surtos da doença.

NOTIFICAÇÃO

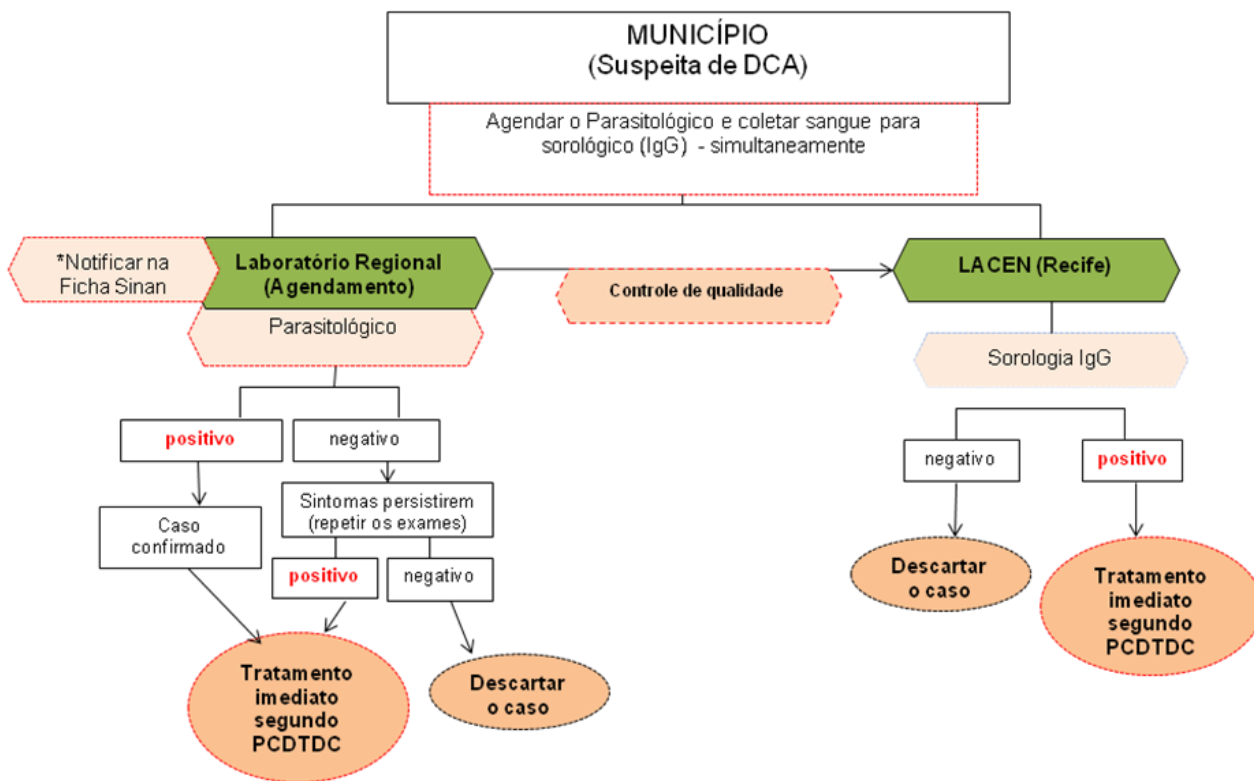
A **Doença de Chagas Aguda (DCA)** é um agravo de notificação compulsória **imediate**, devendo, portanto todo caso suspeito ser notificado imediatamente às autoridades de saúde em até 24 horas, pelo meio mais rápido disponível (telefone e/ou e-mail), CIEVS-PE, Coordenação Estadual: e-mail: chtmpe@gmail.com e registrar no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), utilizando a Ficha de Investigação da Doença de Chagas

Aguda (Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016) e o **encerramento da investigação deve ser completado no sistema no prazo máximo 60 dias**. A identificação dos casos suspeitos pode ocorrer por detecção passiva, quando o paciente procurar a unidade de saúde notificante para atendimento; ou detecção ativa, quando o profissional de saúde se desloca aos locais de residência, trabalho ou lazer dos indivíduos, oferecendo atendimento.

Ressalta-se que os casos de transmissão vertical identificados até os 3 anos de idade também devem ser notificados como DCA.

Todos os campos da ficha devem ser criteriosamente preenchidos e digitados. **Devem-se evitar duplicidades de registros e dados inconsistentes**. Para garantir uma boa qualidade da informação, é necessária a avaliação sistemática e periódica dos dados coletados e digitados no Sinan. **Tal avaliação deve ser realizada em todos os níveis do sistema**.

1. Algoritmo das etapas do diagnóstico laboratorial da infecção por *T. cruzi* para DCA



Parasitológico: Quando os resultados do exame a fresco e de concentração forem negativos na primeira coleta, novas coletas devem ser realizadas até a confirmação da doença ou confirmação de outra hipótese diagnóstica.

Sorológico (IgG positivo): A avaliação deverá levar em consideração o intervalo entre as datas de início de sintomas e evidências clínicas epidemiológicas; **e tem que ter ocorrido soroconversão ou aumento de 2 ou mais títulos**. São necessárias duas coletas com intervalo mínimo de 15 dias preferencialmente execução pareada (inclusão da primeira e da segunda amostras no mesmo ensaio para efeitos comparativos).

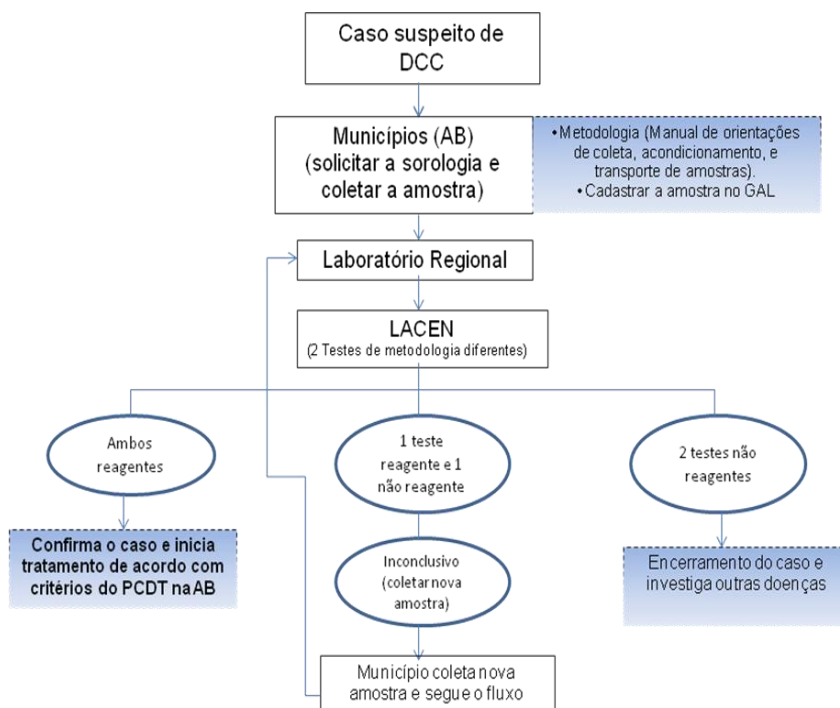
INVESTIGAÇÃO: Quando ocorrer suspeita de um caso de DCA o **Município e a GERES devem investigar, as em caso de surto Município, GERES e o Nível Central juntos devem se unir e investigar a causa** independente da forma de transmissão (vetorial, oral por água/alimento ou transfusional), visando adoção de medidas de controle adequadas. A investigação poderá ser iniciada com a busca de casos:

- Nas Unidades de Saúde, Hospital Municipal e/ou Regional na busca de casos;
- Na área (residências) e informações sobre a fonte de contaminação (entrevistas);
- Inspeção Sanitária no local suspeito para análise da água/alimento suspeito de contaminação (recolher amostras para análise laboratorial);
- Inspeção Sanitária no Hospital ou Hemocentro caso seja transfusional/transplante (recolher amostra para análise laboratorial);
- Inspeção entomológica, com o objetivo de encontrar *triatomíneos* e/ou vestígio (realizar exame dos insetos encontrados);
- Controle químico nos domicílios com a presença de *triatomíneos* (Nota Técnica nº 36/2012 – CGDT/DEVEP/SVS/MS);
- Surto de DCA (por transmissão oral), todas as pessoas envolvidas no evento devem ser testadas no laboratório (métodos diretos);
- Em caso de transmissão alimentar, além da inserção individual de caso suspeito de DCA no Sinan, recomenda-se que os surtos por transmissão oral, também sejam notificados no Sinan DTA, por meio da Ficha de Investigação de Surto – DTA.

FASE CRÔNICA

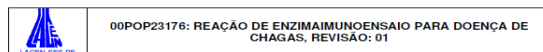
A suspeita diagnóstica da fase crônica (DCC) é baseada em achados clínicos e na história epidemiológica. Risco e vulnerabilidade: a) ter residido, ou residir, em área com relato de presença de *triatomíneos* ou ainda com reservatórios animais (silvestres ou domésticos) com registro de infecção por *T. cruzi*; b) ter residido ou residir em habitação onde possa ter ocorrido o convívio com vetor transmissor (principalmente casas de estuque, taipa, sapê, pau-a-pique, madeira); c) residir ou ser procedente de área com registro de transmissão ativa de *T. cruzi* ou com histórico epidemiológico sugestivo da ocorrência da transmissão da doença no passado; d) ter realizado transfusão de sangue ou hemocomponentes antes de 1992; e) ter familiares ou pessoas do convívio habitual que tenham diagnóstico de doença de Chagas, em especial ser filho(a) de mãe com infecção comprovada por *T. cruzi*. **A DCC foi incluída na lista Nacional de Notificação Compulsória (Portaria nº 1.061 de 17 de fevereiro de 2020), porém ainda está em andamento a definição de fluxos e o sistema para iniciar a notificação dos casos confirmados de DCC.**

2. Algoritmo das etapas do diagnóstico laboratorial da infecção por *T. cruzi* para DCC



Obs: O diagnóstico sorológico deverá ser realizado pelo LACEN, pois necessita de dois testes sorológicos com métodos distintos, os mais utilizados são ELISA, IFI e HAI. O município deve fazer a coleta da amostra, cadastrar no Sistema Gerenciador Laboratório Ambiente (GAL) e junto com o formulário específico abaixo, enviar ao laboratório da GERES e deste para o LACEN (segundo o fluxo já existente).

3. Formulário de sorologia (IgG) para Doença de Chagas Crônica no LACEN



ANEXO D
FOR Nº 426
FICHA EPIDEMIOLÓGICA PARA DOENÇA DE CHAGAS

PACIENTE: _____

Nº REGISTRO: _____ IDADE: _____ SEXO: FEM MAS

DATA DA COLETA: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: ANALFABETO 1º GRAU 2º GRAU SUPERIOR

ATIVIDADE QUE EXERCE: _____

ENDEREÇO: _____ CEP: _____

BAIRRO: _____ MUNICÍPIO: _____ FONE: _____

PERGUNTAS AO PACIENTE

1) HA QUANTO TEMPO RESIDE NESTE MUNICÍPIO? _____

2) QUAL O TIPO DE RESIDÊNCIA ATUAL? TIJOLO COM REBOCO TIJOLO SEM REBOCO TAIPA MADEIRA OUTROS

3) QUAL O MUNICÍPIO QUE RESIDIA ANTERIORMENTE? _____

4) QUAL O TIPO DE RESIDÊNCIA ANTERIOR? TIJOLO COM REBOCO TIJOLO SEM REBOCO TAIPA MADEIRA OUTROS

5) RECEBEU TRANSUSÃO DE SANGUE? SIM NÃO

6) HÁ PRESENÇA DE INSETOS "BARBEROS" NA RESIDÊNCIA? SIM NÃO

7) FOI PICADO PELO INSETO "BARBEIRO"? SIM NÃO

8) É PACIENTE GESTANTE? SIM NÃO IDADE GESTACIONAL: _____

9) SINAIS E SINTOMAS: ASSINTOMÁTICO CHAGOMA DE INOCULAÇÃO/SINAL DE ROMANA ESPLENOMEGALIA HEPATOMEGALIA TAQUICARDIA PERSISTENTE / ARRITMIAS SINAIS DE ICC OUTROS: _____

9) É PACIENTE EM TRATAMENTO? SIM NÃO TEMPO EM TRATAMENTO: _____

10) EXISTEM EXAMES LABORATORIAIS COM RESULTADOS ANTERIORES? SIM NÃO

• REAÇÃO DE IMUNOFLORESCÊNCIA INDIRETA (RIFI) ----> REAGENTE NÃO REAGENTE

• ENZIMAIMUNOENSAIO (ELISA) ----> REAGENTE NÃO REAGENTE

• HEMAGLUTINAÇÃO INDIRETA (HAI) ----> REAGENTE NÃO REAGENTE

• QUÍMICO LUMINESCÊNCIA (CLIA) ----> REAGENTE NÃO REAGENTE

TRATAMENTO ESPECÍFICO: Benzonidazol 100 mg (Disponibilizado gratuitamente)

DCA - Em todas as faixas etárias, o tratamento deve iniciar seguindo as orientações do PCDT, 2018.

DCC - Indeterminada ou digestiva (crianças e adolescentes); na rotina Adultos < ou igual 50 anos; cardíaca (todas as faixas etárias por decisão compartilhada).

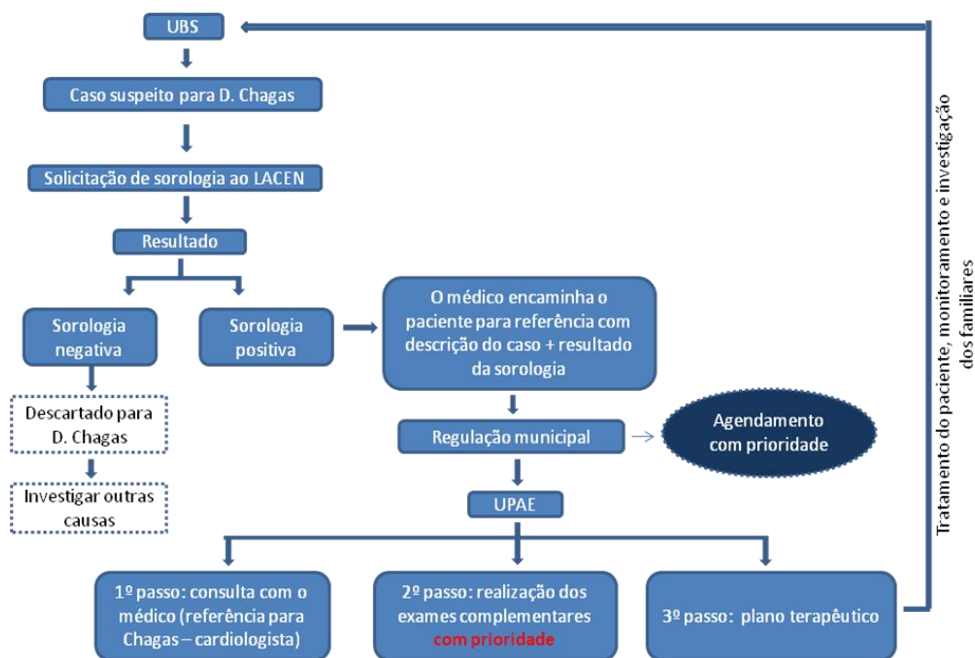
*O tratamento poderá ser realizado na UBS, monitorado com os exames necessários (PCDCT 2018) E/OU encaminhar a **Referência Hospital Oswaldo Cruz** (HUOC - Portaria SES N° 234 de 21 de junho de 2017).

Nota: O pedido da medicação deverá ser realizado pela farmácia do município a farmácia da Regional de Saúde, onde a mesma incluirá no pedido mensal.

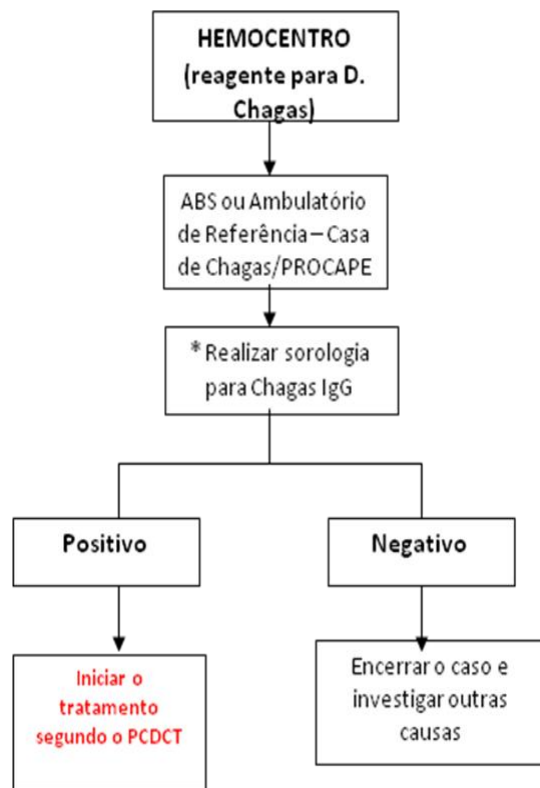
ACESSO DO PACIENTE COM DCC À UPAE

Caberá ao município realizar a coleta de sangue enviar o soro com o formulário específico para o laboratório Regional, seguindo fluxo já existente. A amostra deverá estar cadastrada GAL. Entre 20 e 30 dias o município deverá acessar o GAL e retirar o resultado das sorologias a fim de repassar ao médico solicitante. Se necessário encaminhar o paciente com a descrição do caso para assistência secundária na UPAE.

4. Fluxo de acesso a UPAE



5. Fluxo de acesso do Hemocentro ao Ambulatório de Referência/UPE/PROCAPE

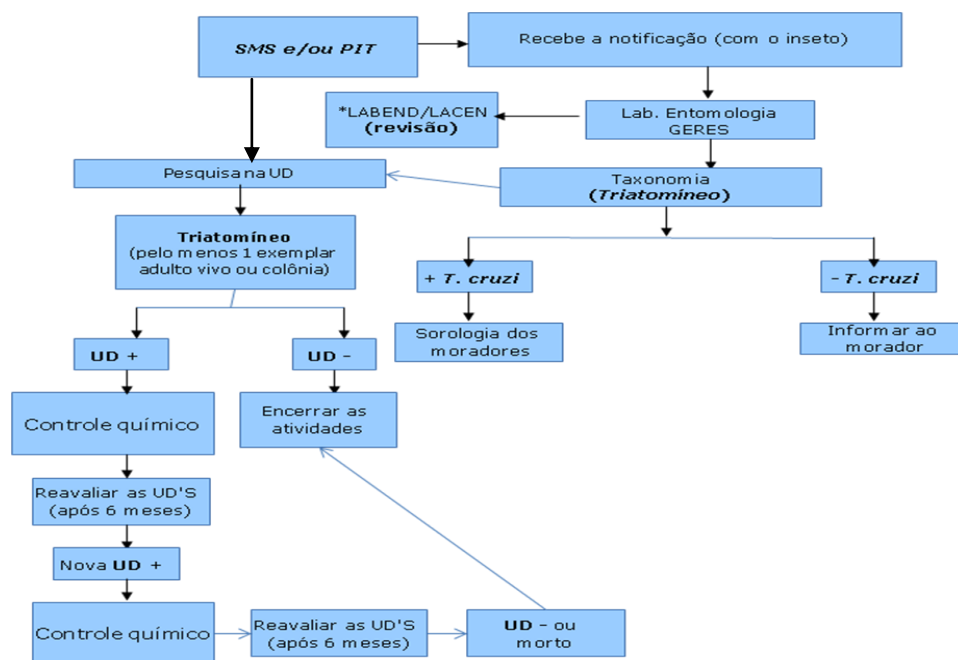


Nota: Caberá ao município realizar a coleta de sangue enviar a amostra com o formulário específico para o laboratório Regional e este para o LACEN. A amostra deverá estar cadastrada GAL. Após 25 dias o município (vigilância epidemiológica) deverá acessar o GAL para verificar o resultado das sorologias e repassa para o médico da USF.

ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA: A colonização de vetores no domicílio é um fator de risco para a ocorrência da infecção.

- ✓ A busca pelo agente comunitário de endemias (ACE) pela presença de triatomíneo na unidade domiciliar (UD), por pesquisa ativa ou passiva (Nota Técnica nº 36/2012-MS);
- ✓ Preenchimento do formulário de campo e digitação das informações no Sistema de Doença de Chagas (SisPCDCH);
- ✓ Borrifação residual na UD com a presença do vetor de acordo com a Nota Técnica nº 36/2012-MS.
- ✓ Envio dos insetos capturados para o laboratório Regional para exame dos triatomíneos;
- ✓ Colheita de sangue dos moradores da UD com triatomíneo infectado por *T. cruzi*;
- ✓ Atividade educativa de forma contínua com a população;

6. Fluxo da vigilância entomológica por Posto de Informação de Triatomíneo (PIT) ou pesquisa ativa



Nota: Deverão ser encaminhadas para revisão no Laboratório de Endemias (LABEND) 10% das lâminas negativas.

PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES

1. Nota Técnica 36/2012 Nota Técnica 36/2012 - **Orientações sobre vigilância entomológica e a utilização de inseticida de ação residual no controle de triatomíneos** - vetores da doença de Chagas.
2. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.**
3. Portaria Conjunta SES/SECTEC Nº 001 de 20 de abril de 2012. **Estabelece o Ambulatório de doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca do Pronto de Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco – PROCAPE, como referência no Estado, para tratamento da doença de Chagas.**
4. Portaria SES Nº 234 de 21 de junho de 2017 - **Estabelece o Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) como Unidade de referência para assistência de casos agudos de doença de Chagas Pernambuco.**
5. Nota Técnica nº 07 de 26 de novembro de 2018 – Estruturação da Rede Secundária para atenção a pessoa afetada por DC.
6. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. LACEN-SES/PE. **Manual de Orientações de Coleta, Acondicionamento e Transporte de Amostras 2016.**
7. Portaria Nº 1.172 em dezembro 1999 (Descentralização das ações, regulamentando o papel de cada gestor na prática das ações de epidemiologia, prevenção e controle de doenças).
8. Ministério da Saúde. de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Chagas 2018.
9. Guia de Vigilância em Saúde Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES

Nome	Setor	Telefone	e-mail
	Cievs-PE	(81) 81.3184-0191 81.3184-0192 (81)3184-0332	cievs.pe.saude@gmail.com
Gênova Oliveira	Coordenação Estadual	(81) 3184-0220	chtmpe@gmail.com
Vânia Benigno/Ana Márcia	Área Técnica		
Geane/Andréia	LABEND/LACEN	(81) 3184-3919 (81) 3184-3901	labend.lacen@gmail.com
	LACEN/Imunologia	(81) 3181-6316	-