

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

# DOENÇA DE CHAGAS

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS  
Nº 57, DE 30 DE OUTUBRO DE 2018

## DIAGNÓSTICO

### DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

As manifestações clínicas da doença de Chagas na fase aguda são:

- Febre (geralmente constante, não superior a 39 °C), mal-estar, cefaleia, astenia e hiporexia.
- Sinal de porta de entrada de infecção (casos de transmissão vetorial; menos frequentes):
  - Sinal de Romaña: edema elástico das pálpebras unilateral, indolor, com reação de linfonodo satélite (principalmente pré-auricular), com edema frequentemente se propagando à hemiface correspondente.
  - Chagoma de inoculação: formação cutânea pouco saliente, endurecida, avermelhada, pouco dolorosa e circundada por edema elástico. Edema (generalizado ou localizado em face ou membros inferiores) de consistência elástica ou mole, geralmente se apresentando após a segunda semana, sem relação com sinais de porta de entrada.
- Exantemas e chagomas hematógenos, acometendo pele e tecido celular subcutâneo, sem alteração da cor, não aderentes a planos profundos, comumente indolores e com tamanho variável.
- Linfonodos com aumento discreto a moderado no volume.
- Hepatomegalia e/ou esplenomegalia pequena a moderada.
- Miopericardite.
- Encefalite.
- Anemia, linfócitos com presença de linfócitos atípicos, plasmocitose e neutropenia relativa.
- Alterações eletrocardiográficas: diminuição da voltagem do complexo QRS, bloqueio atrioventricular de primeiro grau, alteração primária da repolarização ventricular e aumento da sístole elétrica.

Na transmissão oral, tem sido relatados quadros clínicos diferenciados e com maior letalidade: rash cutâneo, hemorragia digestiva, icterícia, aumento das aminotransferases e quadros mais frequentes e graves de insuficiência cardíaca.

O diagnóstico fundamenta-se na busca e no reconhecimento de *T. cruzi* em exames diretos (pesquisa direta a fresco ou testes de concentração como Strout, micro-hematócrito ou creme leucocitário). 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 e/ou desaparecimento dos sintomas da fase aguda, ou confirmação de outra hipótese diagnóstica.

Os métodos parasitológicos diretos, e métodos de concentração para o diagnóstico da fase aguda, devem ser realizados simultaneamente.

### Metodologias aplicáveis na pesquisa direta

Metodologias aplicáveis na pesquisa direta	Características
Exame a fresco de tripanossomatídeos	Execução rápida e simples, sendo mais sensível que o esfregaço sanguíneo. A coleta deve ser realizada em pessoa com síndrome febril e até 30 dias do início de sintomas. Caso a primeira coleta seja negativa e a suspeita clínica persistir, recomenda-se nova coleta entre 12 a 24 horas da primeira.
Métodos de concentração (Strout, micro-hematócrito ou creme leucocitário):	São recomendados nos casos em que o exame a fresco for negativo. Entretanto, visando a otimização do diagnóstico, recomenda-se que sejam realizados simultaneamente ao exame a fresco. Em suspeitos com mais de 30 dias de sintomatologia, os métodos de concentração são mais sensíveis.
Lâmina corada de gota espessa ou esfregaço sanguíneo.	Possui menor sensibilidade que os métodos anteriores, sendo realizados prioritariamente na região da Amazônia Legal, em virtude de aspectos operacionais pela sua utilização sistemática para o diagnóstico da malária.

Os exames sorológicos, apesar de não serem os mais indicados na fase aguda, podem ser realizados quando a pesquisa direta permanecer negativa e a suspeita clínica persistir, também a familiares ou contatos assintomáticos que estiveram sob a mesma situação de risco e vulnerabilidade dos casos confirmados decorrentes de surto. A soroconversão pode ser considerada um marcador de infecção.

## INTRODUÇÃO

A **doença de Chagas** (tripanossomíase americana) é uma condição infecciosa aguda e crônica causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. A transmissão pode ocorrer de diferentes formas: contato com fezes/e ou urina de triatomíneos hematófagos, ingestão de alimentos contaminados com parasitos provenientes de triatomíneos infectados; materno-fetal; transfusão de sangue ou transplante de órgãos; acidentes laboratoriais; transmissão sexual.

A fase aguda é caracterizada por síndrome febril prolongada relacionada à elevada parasitemia, quadros com poucos sintomas ou assintomáticos ou oligossintomáticos. Em alguns casos, pode haver comprometimento cardíaco e do sistema nervoso central. Entretanto, formas graves da doença aguda acometem menos de 1% dos pacientes.

Na fase crônica, há anticorpos circulantes e a parasitemia não é mais detectável por microscopia direta. Essa fase inclui a forma indeterminada (sem acometimento clínico ou sintomas) e as formas determinadas, com expressão cardíaca, digestiva, ou cardiodigestivas, além de outras menos comuns, como a neurológica. Ao longo da vida, estima-se que de 10 a 30% dos pacientes evoluem para a forma sintomática. Essas formas estão associadas à importante morbimortalidade e diminuição na qualidade de vida.

## CID 10

**B57** Doença de Chagas

**B57.0** Forma aguda da doença de Chagas, com comprometimento cardíaco

**B57.1** Forma aguda da doença de Chagas, sem comprometimento cardíaco

**B57.2** Doença de Chagas (crônica) com comprometimento cardíaco

**B57.3** Doença de Chagas (crônica) com comprometimento do aparelho digestivo

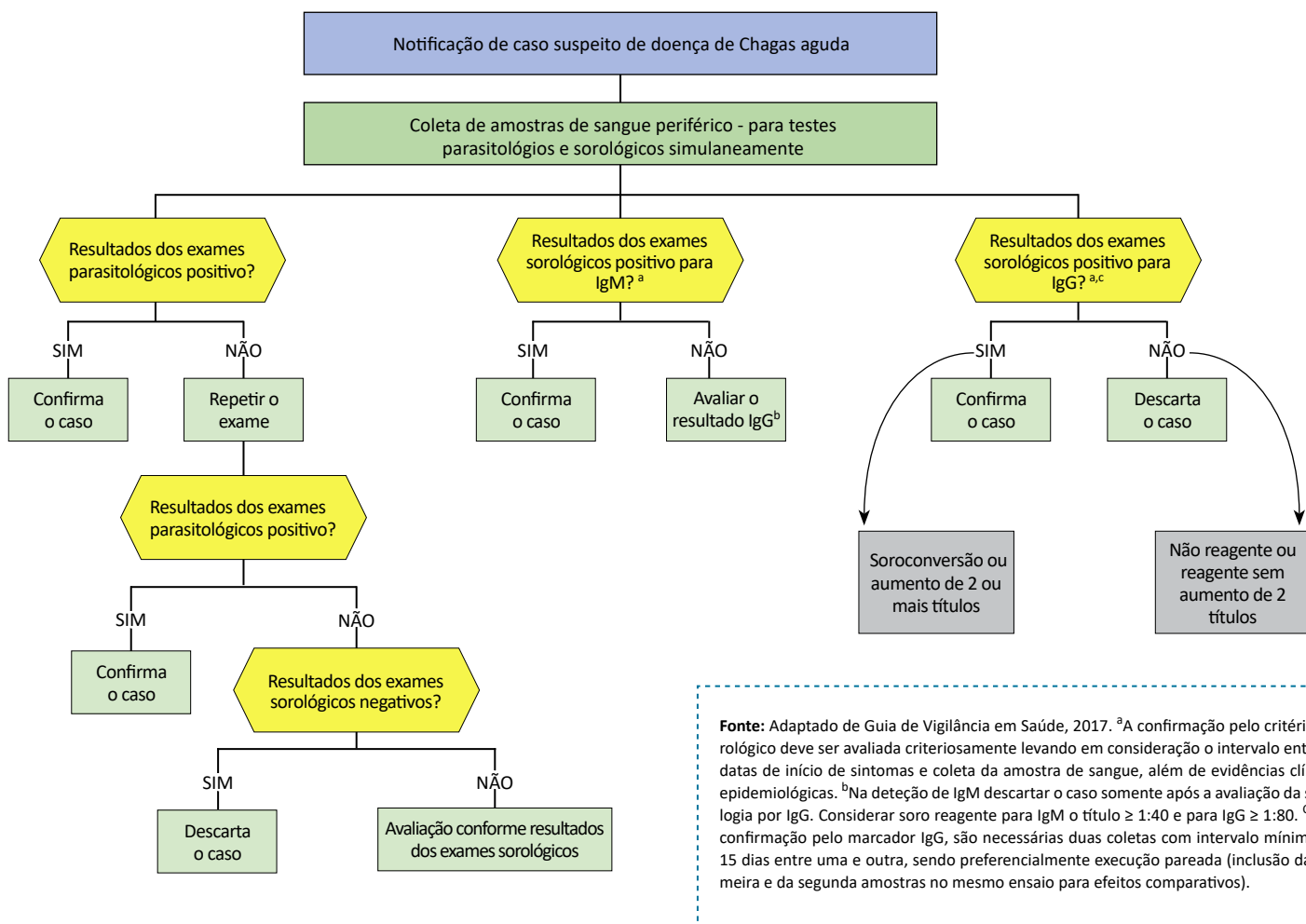
**B57.4** Doença de Chagas (crônica) com comprometimento do sistema nervoso

**B57.5** Doença de Chagas (crônica) com comprometimento de outros órgãos

**K23.1** Megaesôfago na doença de Chagas

**K93.1** Megacólon na doença de Chagas

## FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE CHAGAS AGUDA POR CRITÉRIOS LABORATORIAIS



**Fonte:** Adaptado de Guia de Vigilância em Saúde, 2017. <sup>a</sup>A confirmação pelo critério sorológico deve ser avaliada criteriosamente levando em consideração o intervalo entre as datas de início de sintomas e coleta da amostra de sangue, além de evidências clínicas epidemiológicas. <sup>b</sup>Na detecção de IgM descartar o caso somente após a avaliação da sorologia por IgG. Considerar soro reagente para IgM o título  $\geq 1:40$  e para IgG  $\geq 1:80$ . <sup>c</sup>Para confirmação pelo marcador IgG, são necessárias duas coletas com intervalo mínimo de 15 dias entre uma e outra, sendo preferencialmente execução pareada (inclusão da primeira e da segunda amostras no mesmo ensaio para efeitos comparativos).

## DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

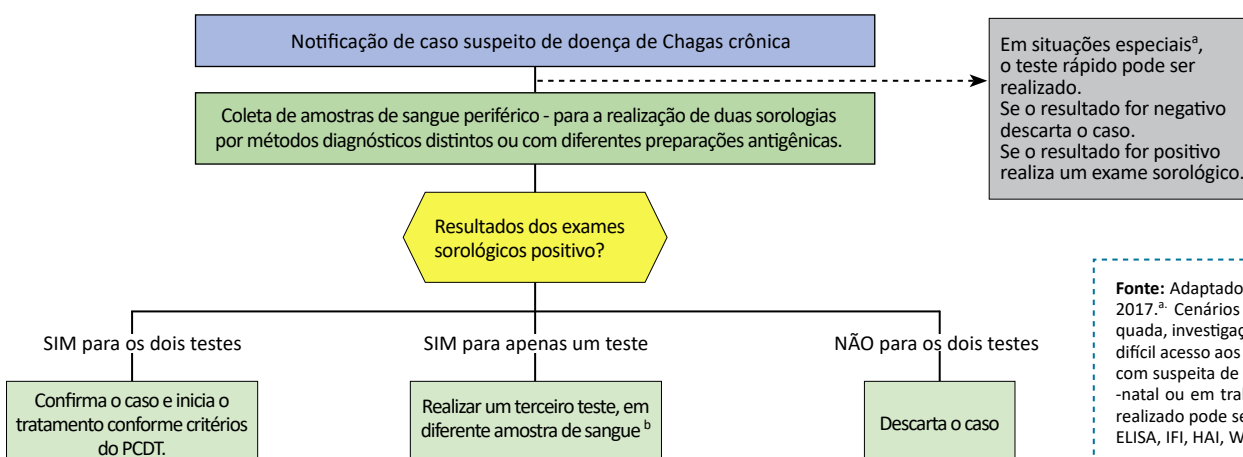
A suspeita diagnóstica da doença de Chagas na fase crônica é baseada preliminarmente nos achados clínicos e na história epidemiológica, com tudo na maioria dos casos, a doença é assintomática, o que demanda clara definição de contextos epidemiológicos de risco e vulnerabilidade para doença de Chagas.

### Orientações para o diagnóstico da doença de Chagas na fase crônica

Fase da doença	Teste diagnóstico
Crônica (diagnóstico inicial)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Combinação de dois testes baseados em princípios distintos ou com diferentes preparações antigênicas, que podem ser: ELISA*, IFI, HAI, WB ou CLIA.</li> <li>Teste rápido: caso seja negativo, o uso em testagem única, descarta a doença; teste positivo demanda confirmação diagnóstica com um dos testes acima.</li> </ul>
Crônica (sorologias discordantes)	Realizar um terceiro teste em diferente amostra de sangue, que pode ser: ELISA, IFI, HAI, WB ou CLIA.

ELISA: ensaio de imun absorção enzimática; IFI: imunofluorescência indireta; HAI: hemaglutinação indireta; WB: Western blot; CLIA: quimiluminescência.  
\*Pode ser utilizada a combinação de dois testes ELISA, desde que com preparações antigênicas diferentes.

## FLUXOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE CHAGAS NA FASE CRÔNICA POR CRITÉRIOS LABORATORIAIS



**Fonte:** Adaptado de Guia de Vigilância em Saúde, 2017.<sup>a</sup> Cenários sem uma rede laboratorial adequada, investigação diagnóstica em pacientes com difícil acesso aos serviços de saúde e em gestantes com suspeita de doença de Chagas durante o pré-natal ou em trabalho de parto.<sup>b</sup> O terceiro teste realizado pode ser qualquer um dos seguintes: ELISA, IFI, HAI, WB ou CLIA.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estão contempladas no PCDT as pessoas afetadas pela doença de Chagas em sua fase crônica ou aguda (incluindo gestantes, neonatos e imunossuprimidos), bem como pessoas sob suspeita diagnóstica ou risco/vulnerabilidade para doença de Chagas. Entre elas, familiares, especialmente filhos de mães infectadas, pessoas que residiram ou residam em áreas geográficas de risco ou em determinados tipos de habitação e pessoas que receberam transfusão sanguínea antes de 1992.

## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

O presente PCDT não abrange questões relacionadas a:

- Gestantes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).
- Questões relacionadas à doação de órgãos de pessoas afetadas pela doença de Chagas.

## TRATAMENTO

### TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Em qualquer fase, há dois medicamentos principais: benznidazol e nifurtimox.

### Recomendações terapêuticas para tratamento etiológico da doença de Chagas

Fase da doença de Chagas	Características	Tratamento etiológico
Aguda	Todas as faixas etárias	<b>1a linha:</b> benznidazol <b>2a linha:</b> nifurtimox
Crônica indeterminada ou digestiva	Crianças e adolescentes	<b>1a linha:</b> benznidazol <b>2a linha:</b> nifurtimox
	Adultos < 50 anos	<b>1a linha:</b> benznidazol Não usar nifurtimox
	Adultos ≥ 50 anos	Não tratar de rotina**
Crônica cardíaca (fases iniciais*)	Todas as faixas etárias	Decisão compartilhada: oferecer possibilidade de tratamento, sendo tratar com benznidazol ou não tratar alternativas válidas. Não usar nifurtimox
Crônica cardíaca (doença avançada)	Todas as faixas etárias	Não tratar

\*Entende-se por cardiopatia chagásica em fases iniciais: casos com alterações no eletrocardiograma (ECG), com fração de ejeção (FE) > 40%, ausência de insuficiência cardíaca (IC) e ausência de arritmias graves. \*\*Decisão compartilhada com o paciente para o tratamento do benznidazol no caso de não haver contraindicações.

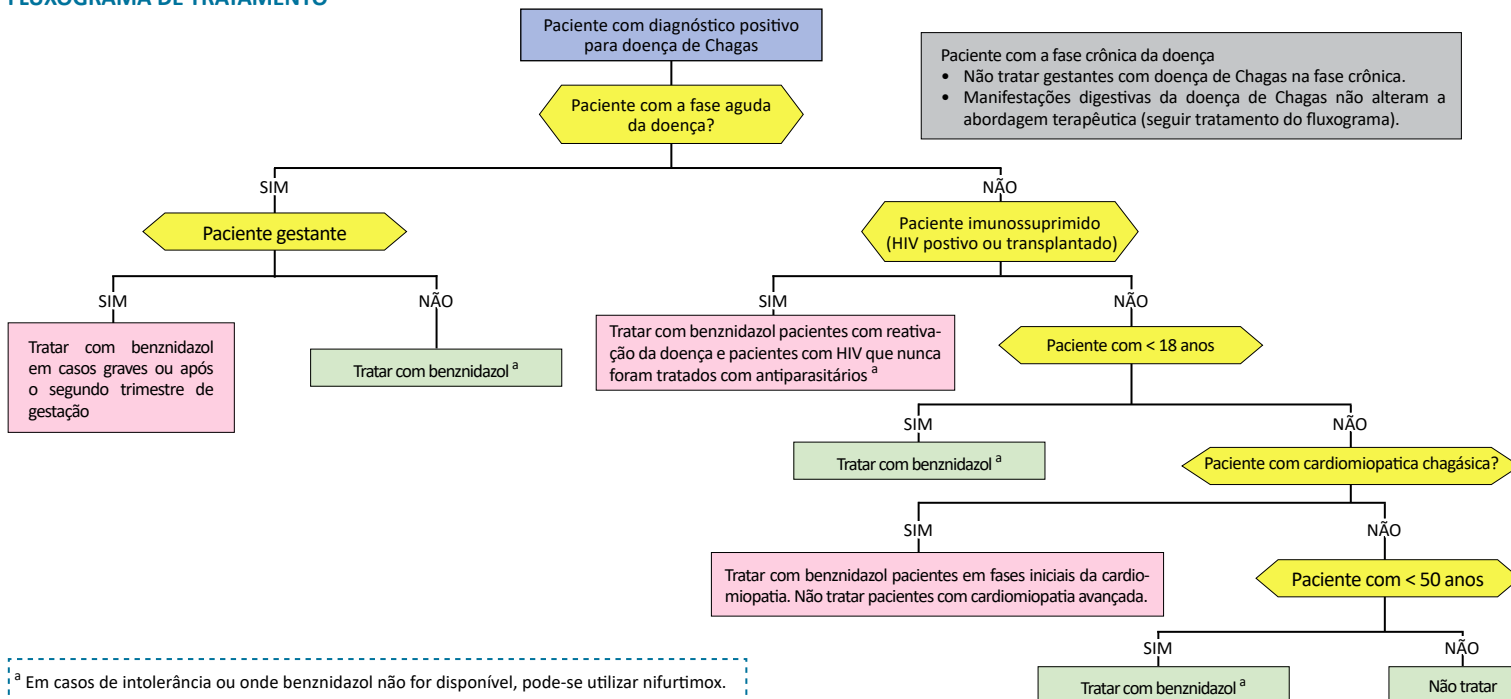
Ver considerações em populações especiais no item **Recomendações Parte III** (coinfecção com HIV, transplantes e gestação) no PCDT doença de Chagas PT 57, de 30 de outubro de 2018.

### Tratamento etiológico da doença de Chagas na fase aguda

Deve ser imediato, com benznidazol como primeira opção, o nifurtimox pode ser utilizado nos casos em que o benznidazol não for adequadamente tolerado. Em casos assintomáticos, ou na impossibilidade da confirmação diagnóstica, mas com suspeita persistente, o tratamento empírico deve ser considerado.

Medicamento	Público	Posologia	Eventos adversos
Benznidazol comprimidos de 12,5 mg (pediátrico) e de 100 mg (adulto)	Adulto	(1) 5 mg/kg/dia, 1 a 3x ao dia, por 60 dias, ou (2) 300 mg/dia, 2 a 3x ao dia, pelo número de dias equivalente ao peso do indivíduo (máximo 80 dias)	Destacam-se os seguintes eventos adversos com o uso de benznidazol: parestesias, artralgias e intolerância gastrointestinal. Os eventos adversos dermatológicos que ocorrem com maior frequência são alopecia, dermatites e rash cutâneo, geralmente sem necessidade de interromper o tratamento etiológico. Alguns sintomas, como parestesias (polineuropatia periférica), podem ter importante impacto sobre a qualidade de vida, com chance de persistir por alguns meses após a interrupção do tratamento. Podem ocorrer complicações mais graves, como depressão da medula óssea com neutropenia, realizar hemograma três semanas após o início do tratamento.
	Pediátrico	5 a 10 mg/kg/dia, 2x ao dia, por 60 dias. Esquemas sugeridos: • Entre 2,5 e 5 kg: 1 comprimido (12,5 mg), 2x ao dia • Entre 5 e 10 kg: 2 comprimidos (25 mg), 2x ao dia • Entre 10 e 15 kg: 3 comprimidos (37,5 mg), 3x ao dia	
Nifurtimox comprimidos de 120 mg	Adulto	10 mg/kg/dia, 3x ao dia, por 60 dias	Os eventos mais comuns são intolerância gastrointestinal, eventos reumatológicos e acometimento dermatológico.
	Pediátrico	15 mg/kg/dia, 3x ao dia, por 60 dias	

### FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO



<sup>a</sup> Em casos de intolerância ou onde benznidazol não for disponível, pode-se utilizar nifurtimox.

## COMPLICAÇÕES

De uma a três décadas após a infecção aguda, 10 a 30% das pessoas com doença de Chagas evoluem para as formas cardíacas, digestivas e cardiodigestivas, com importante impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida. Em linhas gerais, o tratamento das complicações da doença de Chagas é direcionado a condição clínica relacionada.

Consultar item **10 Gestão e Controle** no PCDT doença de Chagas PT 57, de 30 de outubro de 2018.

## RASTREAMENTO

**Devem ser rastreados:**

- Indivíduos com fatores de risco;
- Gestantes sem sorologia prévia, com fatores de risco.

**Fatores de risco:**

- Ter residido na infância ou residir em área com relato de presença de vetor transmissor da doença de Chagas ou ainda com reservatórios animais (silvestres ou domésticos) com registro de infecção por *T. cruzi*;
- 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, entre outros modos de construção que permitam a colonização por triatomíneos);
- Residir ou ser procedente de área com registro de transmissão ativa de *T. cruzi* ou com histórico epidemiológico sugestivo de ocorrência da transmissão da doença no passado;
- Ter realizado transfusão de sangue ou hemocomponentes antes de 1992;
- Ter familiares ou pessoas do convívio habitual ou rede social que tenham diagnóstico de doença de Chagas, em especial ser filho(a) de mãe com infecção comprovada por *T. cruzi*.

Consultar item **9 Rastreamento** no PCDT doença de Chagas PT 57, de 30 de outubro de 2018.

## BENEFÍCIOS ESPERADOS

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, reduzir inequidades em saúde.

## MONITORIZAÇÃO

Casos clinicamente estáveis, em uso de benznidazol, podem ser atendidos por profissionais no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS). Os casos devem ser avaliados periodicamente durante o tratamento, com especial atenção aos eventos adversos. Em casos de eventos adversos graves e progressão da doença, pode ser considerada a referência para serviços especializados.

O tratamento com nifurtimox, quando recomendado, deve ser realizado em serviços especializados, fora do âmbito da APS, com avaliação periódica durante o tratamento e atenção especial aos eventos adversos. Da mesma forma, a atenção as pessoas com manifestações graves da doença de Chagas (por exemplo, fase aguda apresentando miocardite ou encefalite, ou cardiopatia avançada) deve ser realizada fora do contexto da APS.

A pessoa afetada pela doença de Chagas em uso de amiodarona necessita de avaliação clínica regular. É importante salientar que indivíduos com doença de Chagas na forma crônica devem realizar seguimento longitudinal, com avaliações periódicas para realização de exames complementares, como ECG, independentemente do tratamento etiológico ser realizado ou não.

Não há evidências sobre a necessidade de realizar controle sorológico pós-tratamento ou retratamento após curso terapêutico completo. Alguns estudos sugerem o uso da PCR para controle da resposta clínica, contudo, seu uso não está disponível no SUS estando tal prática restrita a atividades de pesquisa.

## REGULAÇÃO E CONTROLE

A doença de Chagas é uma situação relativamente comum no Brasil. Os casos, em sua maioria, apresentam quadro clínico não grave, devendo ser acompanhados, majoritariamente, no âmbito da APS. Entende-se que também é função da equipe de APS o tratamento etiológico com benznidazol, quando indicado, para casos de doença de Chagas aguda ou crônica não grave. A atenção em serviço especializado deve ser realizada principalmente em casos com doença aguda grave, pessoas com cardiopatia chagásica grave, pessoas com doença digestiva candidatas a terapia específica, pessoas submetidas a transplantes ou com coinfeção pelo HIV, gestantes com cardiopatia ou com doença de Chagas aguda, ou pessoas candidatas ao tratamento com nifurtimox.

Consultar item **10 Gestão e Controle** no PCDT doença de Chagas PT 57, de 30 de outubro de 2018.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 57, de 30 de outubro de 2018 e pode ser acessada em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pro-tocolos/pcdt\\_doenca\\_de\\_chagas.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pro-tocolos/pcdt_doenca_de_chagas.pdf)

DISQUE  
SAÚDE  
136

SUS+

MINISTÉRIO DA  
SAÚDE | Governo  
Federal