

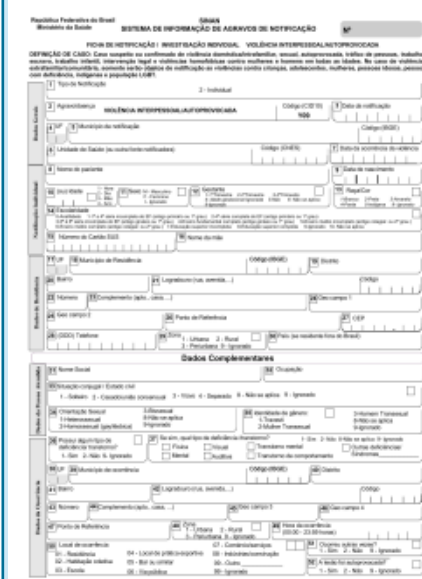
Boletim epidemiológico da Doença de Chagas

Nº 01 / janeiro de 2018



NOTIFICAÇÃO

Conforme Portarias nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 (Ministério da Saúde) e nº 1290, de 09 de novembro de 2017 (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia), que definem a lista de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória, para fins de vigilância epidemiológica, **a ocorrência de casos suspeitos de doença de Chagas aguda requer imediata notificação (até 24 horas após a suspeição)**, em instrumento específico (Ficha Individual de Notificação e Ficha de Investigação de Doença de Chagas Aguda), do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).



Situação epidemiológica

A doença de Chagas (DC) é uma enfermidade tropical negligenciada, de elevada prevalência e morbimortalidade em países endêmicos, incluindo o Brasil, com expressão focal em diferentes contextos epidemiológicos, ocasionada pela infecção humana pelo parasito *Trypanosoma Cruzi*, cujos vetores são os triatomíneos, insetos hematófagos popularmente conhecidos como barbeiros ou bicudos.

Conforme metodologia de avaliação de risco de transmissão vetorial do Ministério da Saúde (2005), 16 estados, entre eles a Bahia, tiveram seus municípios classificados em baixo, médio ou alto risco para transmissão vetorial da DC. No Brasil, desde o ano de 2006, as ações de rotina do programa vêm sendo implementadas em função da presença do vetor e da doença em diversos municípios do país. Essas ações são estabelecidas a partir da classificação de risco de transmissão: baixo risco, médio risco e alto risco. No estado da Bahia, dos 417 municípios existentes, 101(24,2%) são classificados considerados de baixo risco, 219 (52,5%) de médio risco e 97 (23,3%) de alto risco (Figura 1).

No período de 2013 a 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 396 casos suspeitos de doença de Chagas aguda (DCA). Dos casos notificados nesse período, as macrorregiões com maior número de notificações foram a Norte (109), Leste (62) e Centro Leste (52) (Quadro 1).

É importante ressaltar que o diagnóstico de DCA deve ser laboratorial (o exame parasitológico direto é a técnica padrão ouro para diagnóstico nessa fase da doença). Dessa forma, os casos classificados como confirmados no SINAN devem vir acompanhados de resultado de exames laboratoriais para doença de Chagas aguda.

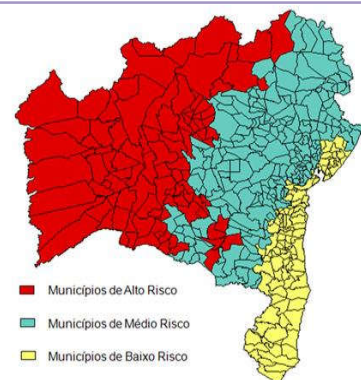


Figura 01 - Distribuição dos municípios segundo grau de risco, Bahia, 2005.

Fonte: PCDCH/DIVEP/SUVISA/SESAB.

Macrorregião	2013	2014	2015	2016	2017	Total
NRS Centro-Leste	14	9	10	7	12	52
NRS Centro-Norte	4	1	2	14	9	30
NRS Extremo Sul	1	3	2	2	0	8
NRS Leste	10	6	9	17	20	62
NRS Nordeste	11	6	9	0	6	32
NRS Norte	5	27	24	16	37	109
NRS Oeste	3	6	5	9	15	38
NRS Sudoeste	6	5	16	9	11	47
NRS Sul	4	6	0	3	7	20
Total	58	69	77	77	115	396

Quadro 1. Distribuição dos casos notificados de doença de Chagas aguda, segundo macrorregião de residência, Bahia, 2017.*

Fonte: SINAN/SESAB/DIVEP

*Dados parciais até 16/01/2018.



DEFINIÇÃO DE CASO

Caso suspeito: Pessoa com febre persistente, com uma ou mais das seguintes manifestações clínicas: edema de face ou de membros, exantema, adenomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, cardiopatia aguda (taquicardia, sinais de insuficiência cardíaca), manifestações hemorrágicas, icterícia, sinal de Romaña, chagoma de inoculação, ou que:

- Tenha tido contato direto com triatomíneo ou suas excretas; ou
- Tenha recebido sangue/hemocomponente(s) ou transplante de células/tecidos/ órgãos contaminados por *T. cruzi*; ou
- Tenha ingerido alimento suspeito contaminado por *T. cruzi*; ou
- Seja recém-nascido, de mãe infectada.

Caso Confirmado: Indivíduos com *T. cruzi* circulante no sangue periférico identificado por meio de exame parasitológico direto (com ou sem sintomas).

NOTA: O exame parasitológico direto, padrão ouro para diagnóstico de doença de Chagas aguda, é realizado no LACEN/Bahia.

No SINAN, os casos de DCA notificados de 2013 a 2017, 67,7% foram descartados (268), 7,8% foram confirmados (31), 3% foram ignorados/brancos (12) e 21,5% foram inconclusivos (85) (Quadro 2). Os casos inconclusivos foram fechados automaticamente pelo sistema, já que a investigação não foi concluída em 60 dias, o que reforça a necessidade de finalizar a investigação dos casos em tempo hábil. **IMPORTANTE! De 2013 a 2017 não houve registro de confirmação laboratorial para DCA dos casos notificados como confirmados no estado da Bahia, que foram registros de DC crônica ou outros agravos.**

Class. Final	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Ign/Branco	4	1	3	4	0	12
Confirmado	2	4	2	5	18	31
Descartado	38	59	57	54	60	268
Inconclusivo	14	5	15	14	37	85
Total	58	69	77	77	115	396

Quadro 2. Casos notificados segundo classificação final, Bahia, 2013 – 2017.

Fonte: SINAN/SESAB/DIVEP.
Dados parciais até 16/01/2018.

É registrado na Bahia um número representativo de óbitos por DC, embora a grande maioria dos indivíduos chagásicos apresentem a forma crônica indeterminada da doença e possam não saber que são portadores, chegando ao serviços de saúde na ocorrência das complicações da doença. Nesse contexto, é provável que muitos óbito por doença de Chagas como causa básica ou causa associada passem silenciosos pela rede de saúde.

Em 2015, de acordo com os registros do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), a doença de Chagas foi responsável por 585 óbitos no estado da Bahia como causa básica, com taxa de mortalidade de 4,1/100.000 habitantes. Considerando o período de 2013 a 2017, observa-se que a macrorregião Centro - Norte apresentou as maiores taxas de mortalidade, seguida da macro Oeste, Leste e Centro - Leste (Figura 2). Esses dados estão de acordo com a classificação de grau de risco utilizada, a exceção da macro Leste, por ter em seu território a capital do estado, maior concentração populacional e número de serviços de saúde.

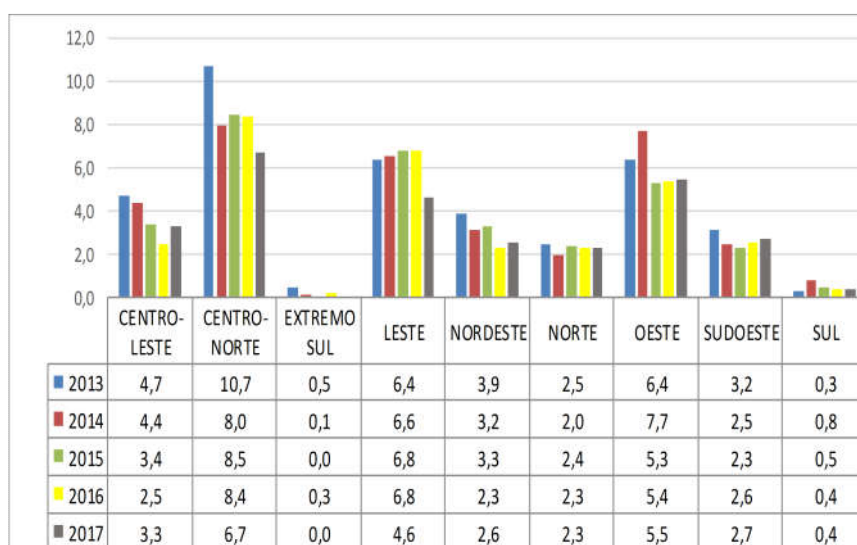


Figura 02 - Taxa de Mortalidade por DCH (B57) por 100.000 habitantes, segundo macrorregião de saúde de residência, Bahia, 2013 a 2017*.

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP-SIM
Dados acessados em 12/01/2018 e estão sujeitos a alteração.

DIAGNÓSTICO DA FASE CRÔNICA

O diagnóstico nesta fase é essencialmente sorológico e pode ser realizado utilizando-se um teste com elevada sensibilidade (Quimiluminescência ou IFI) em conjunto com outro método de elevada especificidade (ELISA ou HAI).

Considera-se indivíduo infectado na fase crônica aquele que apresenta anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgG detectados por meio de pelo menos dois testes sorológicos com princípios/métodos distintos ou que possuam diferentes preparações antigênicas. O diagnóstico diferencial com outras doenças (por exemplo, leishmaniose visceral, hanseníase na forma clínica virchowiana, doenças autoimunes, entre outras) deve ser considerado.

DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO POR *T. CRUZI* NA GESTAÇÃO

Recomenda-se a realização de avaliação (triagem) sorológica para infecção por *T. cruzi* em todas as gestantes que vivem em áreas endêmicas ou são delas procedentes, preferencialmente na primeira consulta do pré-natal.

DIAGNÓSTICO CRIANÇAS

Em casos suspeitos de por transmissão vertical, o diagnóstico deve ser confirmado por meio da utilização de métodos parasitológicos diretos no sangue do cordão ou do recém-nascido nos primeiros 30 dias de idade com avaliação de duas ou três amostras na ausência de sinais e sintomas para ampliação da sensibilidade. Em casos de exames parasitológicos negativos nos primeiros meses, recomendase pesquisa de anticorpos IgG Anti *T. cruzi* após o nono mês em dois testes.

Em relação à faixa etária dos óbitos por DCH em 2015, quando o banco de dados do SIM já está fechado, a maior proporção concentra-se a partir dos 50 anos (86%), o que reforça a magnitude da doença como condição crônica (Figura 3).

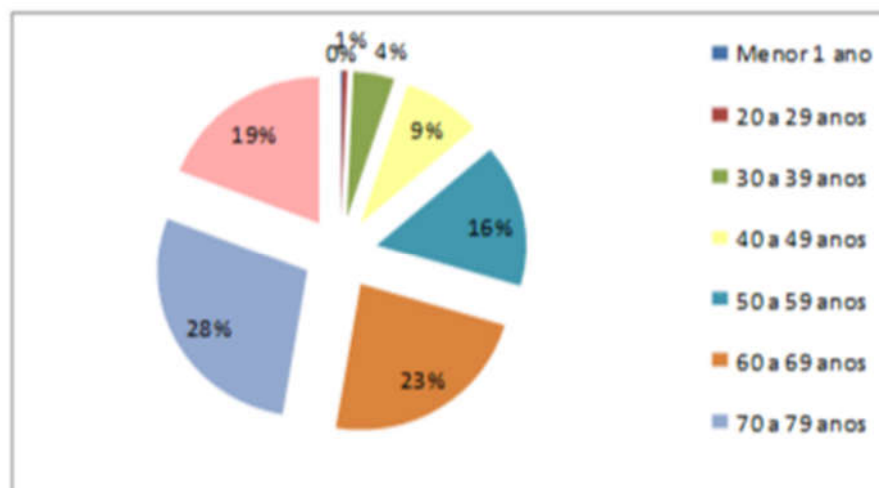


Figura 03 - Taxa de Mortalidade por DCH (B57) por 100.000 habitantes, segundo macrorregião de saúde de residência, Bahia, 2013 a 2017*.

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP-SIM

Os dados de de 2016 e 2017 estão sujeitos a alteração.

No Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), verifica-se poucos registros para DC. De 2013 e 2017 houve 158 internações pela doença, o que sugere subregistro. Nesse período, o Núcleo Regional de Saúde (NRS) Leste apresentou a maior proporção de Internações por DC (36%), seguido dos NRS Centro-Leste e Oeste, ambos com 15% (Figura 4).

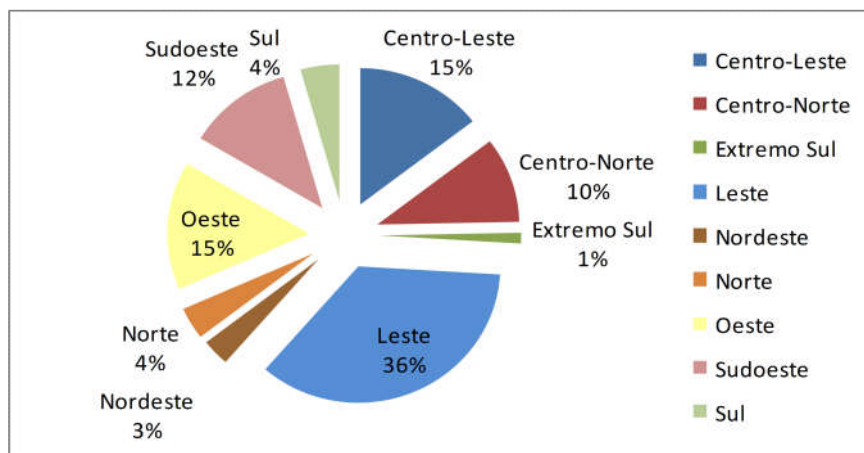


Figura 04 - Proporção de internações por doença de Chagas segundo Núcleo Regional de Saúde, Bahia, 2013-2017*.

Fonte: SIH-SUS.

Dados acessados em 12/12/2017 e sujeitos a alterações.

TRANSMISSÃO

Transmissão Vetorial

Essa transmissão ocorre pelas fezes que o "barbeiro" deposita sobre a pele da pessoa, enquanto suga o sangue. Geralmente, a picada provoca coceira e o ato de coçar facilita a penetração do *T. cruzi* pelo local da picada. O *T. cruzi*, presente nas fezes do inseto, pode penetrar no organismo humano, também pela mucosa dos olhos, nariz e boca ou através de feridas ou cortes recentes existentes na pele.

Transmissão Oral

Caracterizada pela ingestão acidental de alimentos ou água contaminada pelo triatomíneo triturado ou pelas fezes de triatomíneos portando o *T. cruzi*.

Outros mecanismos de transmissão são: transfusão de sangue contaminado; transplante de órgãos, transmissão vertical via placenta (mãe para filho) e acidentalmente em laboratórios.

TRATAMENTO

O **Benznidazol** é a droga de escolha disponível para o tratamento específico. O **Nifurtimox** pode ser utilizado como alternativa em casos de intolerância ao Benznidazol e deve ser solicitado ao GT Chagas/DIVEP para que ele articule com o GT-Chagas/MS a liberação dessa medicação.

Na fase aguda, o tratamento deve ser realizado em todos os casos e o mais rápido possível, após a confirmação diagnóstica, independente da via de transmissão do parasito. 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, que são indivíduos onde se consegue estabelecer que a fase aguda ocorreu há até 12 anos.**

O tratamento antiparasitário não deve ser realizado em indivíduos na fase crônica da doença de Chagas com a forma cardíaca grave, uma vez que não há evidências de benefícios clínicos na evolução destes pacientes. 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.

A DIVEP é responsável por avaliar as solicitações do medicamento para tratamento da DC. Esses pedidos são realizados pelos municípios e encaminhadas através das regionais à DIVEP para autorização da liberação junto à Central Farmacêutica da Bahia (CEFARBA). No período de 2013 a 2017 foram liberados tratamento de benznidazol 100 mg para 747 pacientes na Bahia. Desse quantitativo, 41,1% (307) foram para municípios da regional de Guanambi, 20,9% (156) foram para a regional de Itaberaba e 7,4% (55) para a regional de Barreiras (Figura 05). De acordo com a classificação de grau de risco adotada, esses dados corroboram com a classificação de grau de risco das regionais de Guanambi e Barreiras, onde todos os municípios são de alto risco. Entretanto, de acordo com essa mesma classificação, a regional de Itaberaba tem 13 municípios de médio risco e 1 de baixo risco e ao longo dos anos está entre as regionais com maior demanda desse medicamento.

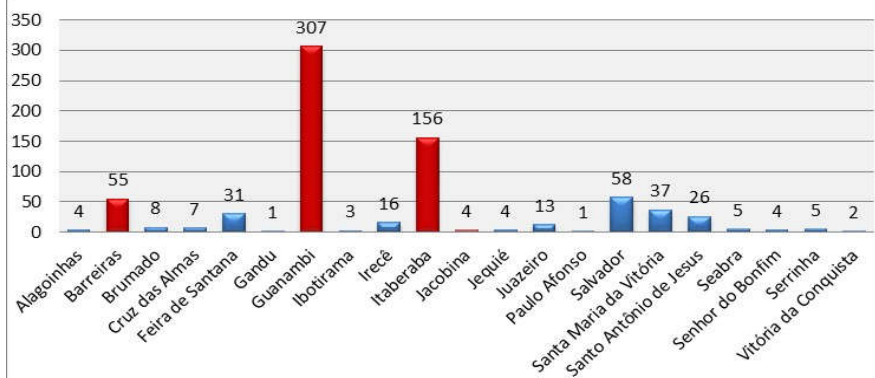


Figura 05 - Liberação de Benznidazol por regional de saúde, Bahia, 2013-2017.

Fonte: GT Chagas/CODTV/DIVEP/SESAB

*Dados atualizados até 31/12/2017.

BENZNIDAZOL

Apresentação	Comprimidos de 100mg
Adultos	5 mg/kg/dia, por via oral, em duas ou três tomadas diárias, durante 60 dias (dose máxima de 300mg/dia).
Crianças	10 mg/kg/dia, por via oral, em duas ou três tomadas diárias, durante 60 dias (dose máxima de 300mg/dia).

A distribuição na dose de 12,5mg é centralizada (Ministério da Saúde), devido a pequena ocorrência de casos da doença na faixa etária recomendada para uso do medicamento (recém nascidos até crianças de 2 anos de idade).

EXPEDIENTE

Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP

Maria Aparecida Araújo Figueiredo

Coordenação de Doenças de Transmissão Vetorial - CODTV Bahia

Márcia São Pedro Leal Souza

GT chagas

Cristiane Medeiros

Maiane Ferreira

divep.chagas@saude.ba.gov.br

Fone/ fax: (71) 3116-0058

Referência bibliográfica: DIAS, J. C. P. et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde [online]. 2016, v.25, n.spe, pp.7-86. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25nspe/2237-9622-ress-25-esp-00007.pdf>>.