

II REUNIÃO ANUAL SOBRE PESQUISA APLICADA EM DOENÇA DE CHAGAS

Novembro 1985 Araxá, MG, Brasil

CONCLUSÕES

Sob os auspícios da Fundação Carlos Chagas e com o apoio da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e do Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais, realizou-se em Araxá, MG, de 20 a 22 de novembro de 1985, a II Reunião Anual sobre Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas, sendo coordenador o Dr. J. Romeu Cançado (rua dos Otoni, 927 - 6º andar, Belo Horizonte, MG, CEP 30150). Dentre as atividades do conclave, destacaram-se dois simpósios, com a participação de seis especialistas em cada um, e discussão pelo plenário, sobre *tratamento específico* e o *problema médico-trabalhista*.

Antecedendo a II Reunião, na tarde do dia 20, sob a coordenação do Dr. João Carlos Pinto Dias, desenvolveu-se uma sessão de intercâmbio de experiência e debates sobre *doença de Chagas transfusional*, com a colaboração de vários centros hemoterápicos nacionais e de outros países sul-americanos.

O simpósio sobre o *problema médico-trabalhista* esteve sob a coordenação do Dr. Edison Reis Lopes, e o outro, sobre o *tratamento específico*, foi coordenado pelo Dr. Zigman Brener.

Os participantes das três reuniões elaboraram, depois dos debates, as recomendações e conclusões que adiante transcrevemos.

DOENÇA DE CHAGAS TRANSFUSIONAL

Durante a II Reunião Anual, foi discutido, em mesa-redonda, o problema da *Doença de Chagas Transfusional, considerando*:

1. Ter sido a transmissão transfusional da doença de Chagas sugerida por Mazza já em 1936;
2. Ter a sua confirmação documentada por Freitas e colaboradores, em 1952;
3. Ter a quimioprofilaxia seguramente estabelecida por Nussenzweig e colaboradores, em 1953;
4. Que a seleção sorológica dos doadores está disponível desde 1913, através da reação de Guerreiro e Machado;
5. Que a estimativa atual para o Brasil é de que ocorra cerca de 20.000 novos casos anuais de infecção tripanossomótica, por esta via de transmissão;

Por concluir-se que o problema, apesar do cinquentenário de sua identificação, permanece sem solução definida e a exigir medidas concretas para sua erradicação, foram feitas as seguintes proposições:

1. O problema da doença de Chagas transfusional

(DCT) é pertinente ao Estado e ao Sistema Operacional de Saúde (SOSP), em todos os seus níveis e expressões.

2. O problema deve ser discutido e apresentado objetivamente à população, à comunidade médico-assistencial e à Universidade. Recomenda-se, em especial, seja contemplado no currículo, nas áreas de Hematologia e Hemoterapia e Medicina Preventiva.
3. Compete ao Poder Público legislar especificamente sobre a matéria, com assessoria direta da Comunidade Científica principalmente dos especialistas em Hematologia-Hemoterapia, Medicina Tropical e Preventiva, e do Ministério da Saúde (Prosangue); é fundamental que se aprimorem os mecanismos de cumprimento dessa legislação, através do sistema operacional de saúde, dos órgãos de vigilância sanitária e da Justiça comum. Em especial, recomenda-se que o INAMPS só credencie e só efetue pagamentos aos Serviços que cumprirem as normas estabelecidas na Lei.
4. A profilaxia da DCT encontra-se equacionada em dois princípios básicos, que não se excluem mas se completam: a seleção de doadores pela sorologia, e a quimioprofilaxia com violeta de genciana ou substâncias análogas. Estas medidas são suficientemente eficazes e de baixo custo, segundo muitas observações e hoje podem ser complementadas pelo sistema "Hemocentro", que intercambia sangue e hemoderivados de alta qualidade com os serviços filiados. Todas estas medidas devem ser estimuladas, sem que se perca a perspectiva de investigação de outras soluções.
5. A seleção de doadores pela sorologia deve ser perseguida e implantada em todo o País, devido às migrações constantes, e não só na área endêmica. Ao Estado compete fundamentalmente oferecer esta sorologia através do SOSP. Recomenda-se em especial seja uma sorologia de boa qualidade (em particular, de alta sensibilidade) e com pelo menos duas técnicas diferentes. Os Serviços de Hemoterapia devidamente estruturados deverão responsabilizar-se pela sorologia, que deve ser praticada a cada doação, cabendo ao Estado o controle de qualidade dessas reações. É ideal que uma rede integrada de laboratórios oficiais se estabeleça para oferecer sorologia acessível a toda a comunidade, mantendo-se um Laboratório Central com funções de supervisão, referência, forma-

- ção e treinamento de pessoal. A triagem sorológica deve também completar o diagnóstico de outras doenças comumente transmitidas por hemoterapia em nosso meio, especialmente a sífilis e a hepatite B.
6. Nas pequenas comunidades ou localidades que não disponham de Serviços devidamente estruturados, o cadastramento dos doadores deve ser dinâmico, com repetição periódica da sorologia, em especial nas áreas endêmicas.
 7. Todos os doadores (ou candidatos), cuja sorologia seja positiva para doença de Chagas devem ser atendidos pelo SOSP, no grau de complexidade pertinente.
 8. A quimioprofilaxia com violeta de genciana, em bancos de sangue na área endêmica, deve ser estimulada, principalmente nos casos em que a sorologia foi impossível ou de baixa confiabilidade. O grupo de trabalho destaca que esta medida é eficiente, de baixo custo e de fácil execução. Insiste que se trata de um procedimento inócua, na imensa maioria dos casos, não havendo razões objetivas para sua recusa por parte da classe médica e da população.
 9. Compete ao Ministério da Saúde e aos órgãos de Vigilância Sanitária o controle de qualidade dos equipamentos e fármacos empregados na quimioprofilaxia da DCT.
 10. O grupo recomenda aprofundamento nas investigações de novas drogas e procedimentos na quimioprofilaxia da DCT, especialmente buscando diminuir o tempo de exposição do sangue suspeito ao fármaco. Espera-se que este tempo, hoje estabelecido em 24 horas para a violeta de genciana a 1:4.000, possa ser de fato reduzido para duas horas, ou menos, aumentando a aplicabilidade do método para pequenos serviços, onde é difícil a estocagem de sangue, bem como para situações de emergência, em que as transfusões requerem rapidez.

TRATAMENTO ESPECÍFICO

Os participantes do Simpósio sobre *Tratamento Específico da Doença de Chagas*, realizado na II Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas de Araxá, em novembro de 1985, levando em conta aspectos da morbidade dessa doença e a existência de dois medicamentos que atuam nas infecções pelo *T. cruzi* e são comercializados no Brasil (nifurtimox e benzonidazol), fazem as seguintes recomendações:

1. Indicações do tratamento

- a) fase aguda induzida por infecções naturais pelo vetor, pós-transfusionais, congênitas, acidentais de laboratório, transplante de órgãos e reagudização por agentes imunossupressivos;

- b) nas infecções crônicas recentes (na prática, toda criança com infecção chagásica);
- c) casos de forma indeterminada e forma cardíaca incipiente, *em caráter de investigação clínica*, quando puderem ser empregados métodos parasitológicos e/ou sorológicos para avaliação dos resultados;
- d) forma digestiva com coração normal ou comprometimento incipiente, sendo que no caso de megaesôfago recomenda-se realizar tratamento sintomático que assegure a absorção da droga. Serão aqui aplicados os mesmos requisitos incluídos no item anterior;
- e) como agente preventivo em casos de transplantes de órgãos.

Em todas essas circunstâncias o medicamento será ministrado sob a estrita supervisão médica.

2. Escolha do medicamento e posologia

Ambos os medicamentos apresentam limitações quanto à eficácia e tolerabilidade. Entretanto, com base nos dados de observação clínica, considera-se o benzonidazol como a primeira opção, reservando-se o nifurtimox para os casos de intolerância àquele medicamento.

Recomenda-se a seguinte posologia para o benzonidazol: em crianças, 5 a 10 mg/kg de peso corpóreo, por dia, durante 60 dias, sendo a dose total fracionada em duas aplicações de 12/12 horas; em adultos, 5 mg/kg de peso corpóreo, por dia, durante 60 dias sendo a dose total fracionada em duas aplicações de 12/12 horas.

Para o nifurtimox a posologia recomenda é para crianças, 15 mg/kg de peso corpóreo, por dia, durante 90 dias, sendo a dose total fracionada em três aplicações de 8/8 horas; para adultos, 8 a 10 mg/kg de peso corpóreo, por dia, durante 90 dias, sendo a dose total fracionada em três aplicações de 8/8 horas.

3. Efeitos colaterais

Com o benzonidazol pode-se observar dermatopatia do tipo alérgico, de intensidade variável, ocorrendo geralmente em torno de 9º dia. Essa alteração é reversível. Quando a dermatopatia for intensa e acompanhada de febre e linfadenopatia, a medicação deve ser interrompida. Alterações hematológicas (neutropenia, agranulocitose) podem igualmente ocorrer, tendo sido observada em um paciente púrpura hemorrágica trombocitopênica. Esses distúrbios hematológicos implicam em suspensão definitiva do medicamento. Uma manifestação tóxica, dose-dependente, é constituída pela polineuropatia sensitiva.

Com o nifurtimox as manifestações tóxicas são anorexia e conseqüentemente emagrecimento, polineuropatia sensitiva, manifestações psíquicas, insônia, epigastralgia e dermatopatia alérgica.

A experiência acumulada até o presente com alguns milhares de pacientes tratados com benzonidazol, desde 1971, não permitiu o reconhecimento de casos de linfomas nesses doentes.

Recomenda-se fazer hemograma entre 2 a 3 semanas de tratamento quando estiver sendo usado o benzonidazol

4. Critério de cura

A determinação de cura na fase aguda e crônica recente está baseada na negatificação do xenodiagnóstico e/ou hemocultura assim como das reações sorológicas, que ocorre na maioria dos casos.

Os critérios de cura na fase crônica parecem ser mais complexos e constituem ainda matéria de investigação científica. A observação dos pacientes tratados, através de métodos parasitológicos (xenodiagnóstico, hemocultura), de reações sorológicas convencionais – IFI, RFC, ELISA, HAE etc. – e reações sorológicas que detectam anticorpos protetores ou “líticos” lise mediada pelo complemento = LMCo), tem permitido comprovar a cura em certa percentagem de pacientes. Recomenda-se prolongar a observação dos pacientes tratados, a fim de possibilitar melhor avaliação da atividade curativa das drogas utilizadas.

Recomenda-se, também, o acompanhamento dos pacientes (curados e não-curados) com a finalidade de estudar a evolução clínica.

O PROBLEMA MÉDICO-TRABALHISTA

Os participantes da II Reunião de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas, realizada em Araxá, MG, no período de 20 a 22 de novembro de 1985, resolveram referendar as seguintes recomendações relativas às normas de trabalho, aplicáveis à doença de Chagas:

1. No referente ao exame médico admissional:

- 1.1. O exame clínico deve ser prioritário, conforme determinam o artigo 168 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT, 1943) e a portaria 3.214 do Ministério do Trabalho (1978)* considerando que até o presente momento o chagásico, freqüentemente, tem sofrido discriminação injusta. Infere-se que a realização de provas laboratoriais, identificadoras de infecção chagásica, não devem constituir rotina. Entretanto, em casos que envolvam profissões de alto risco (p. ex., pilotos de aviões) poderão, tais provas, a critério médico serem solicitadas.
- 1.2. Detectada a cardiopatia chagásica crônica, se esta for leve**, o candidato poderá exercer o trabalho em qualquer atividade que não exija maior esforço físico, desde que este não apresente risco para si ou para outros.

2. No referente ao exame periódico (exigido pela legislação citada no item 1.1.) do trabalhador, quando reconhecida a infecção chagásica:

- 2.1. Se o trabalhador pertencer à forma indeterminada, conceituada segundo os critérios da I Reunião de Pesquisa Aplicada em doença de Chagas (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 18:46, 1985), não há qualquer obstáculo ao exercício do trabalho, exceto se exercer funções de alto risco para si e para outros. Nesta hipótese, deve ser submetido a exames complementares de avaliação funcional cardíaca. Se estes não indicarem evidências de comprometimento cardíaco, o indivíduo deve ser considerado apto para qualquer tipo de trabalho.
- 2.2. Se pertencer à forma cardíaca leve, deverá seguir a mesma conduta do item 1.2., acima referido.

* Esta portaria, na sua Norma Regulamentadora 7 (NR 7), determina o seguinte:

“7.1. Serão obrigatórios os exames médicos admissional...
7.1.4. ...para a função que deverá exercer ou exerce”.

** Considera-se cardiopatia leve aquela caracterizada por sintomatologia moderada ou nula; área cardíaca normal; e eletrocardiograma evidenciando alterações como: bloqueio de ramo direito (isolado ou associado a hemibloqueio anterior esquerdo), extra-sístoles ventriculares monomórficas, bloqueio AV de 1º grau, e alteração primária da repolarização ventricular.