



PROCESSO:	019.9128.2023.0088490-74
ORIGEM:	DIVEP/LACEN/DASF/SUVISA/SESAB
OBJETO:	Nota Técnica - atualiza orientações do diagnóstico e tratamento para doença de Chagas

Interessado: Regionais de Saúde / Profissionais de saúde da rede pública e privada

Assunto: Nota Técnica Conjunta nº 21/2023 DIVEP/LACEN/DASF/SUVISA/SESAB - Diagnóstico e Tratamento da Doença de Chagas

A Nota Técnica Conjunta nº 21/2023 DIVEP/LACEN/DASF/SUVISA/SESAB, atualiza as orientações para o Diagnóstico e Tratamento da Doença de Chagas no Estado da Bahia. **Essa Nota Técnica revoga a Nota Técnica nº 38/2022 DIVEP/LACEN/SUVISA/SESAB.**

1. INTRODUÇÃO

A doença de Chagas (DC) é uma enfermidade causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*). Apresenta elevada prevalência e expressiva morbimortalidade no Brasil, constituindo importante problema de saúde pública.

Conforme disposto na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017 (Ministério da Saúde) e Portaria SESAB nº 1.290, de 09 de novembro de 2017, a ocorrência de casos suspeitos de DC aguda requer imediata notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Ressalta-se que a Portaria GM/MS nº 1.061, de 18 de maio de 2020, incluiu a doença de Chagas crônica na lista de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória, fortalecendo as medidas de vigilância, prevenção e controle desse agravo no país, reafirmada pela Portaria GM/MS nº 1.102, de 13 de maio de 2022.

De acordo com a Nota Informativa nº 07/2023 - CGZV/DEDT/SVSA/MS, publicada em 7 de março de 2023, o formulário para notificação de doença de Chagas Crônica foi disponibilizado no e-SUS Notifica em 6 de janeiro de 2023. Nesse contexto, reiteramos que os documentos para a notificação dos casos crônicos da doença já estão disponíveis e deverão ser notificados no e-SUS Notifica, após confirmação do diagnóstico.

2. DOENÇA DE CHAGAS AGUDA (DCA)

Nessa fase, a suspeição se baseia na presença de sinais e sintomas sugestivos da doença e/ou na presença de fatores determinantes e condicionantes epidemiológicos compatíveis (mesmo na ausência de sinais e sintomas), que cursa com sintomatologia frequentemente não específica, como febre, mal-estar e astenia, ou é simplesmente assintomática ou com poucos sintomas (Quadro 1).

Quadro 1 - Sinais e sintomas para DCA

O sinal mais característico é febre persistente (por mais de 7 dias), não superior a 39° C, que pode persistir por até 12 semanas. Esta fase, mesmo não tratada nem diagnosticada, pode evoluir com desaparecimento espontâneo da febre e da maior parte das outras manifestações clínicas, evoluindo para a fase crônica.	
SINTOMAS INESPECÍFICOS	prostração, diarreia, vômitos, inapetência, cefaleia, mialgias, aumento de linfonodos; exantema cutâneo, com ou sem prurido e de aparecimento fugaz; irritação em crianças, que apresentam frequentemente choro fácil e abundante.
SINTOMAS ESPECÍFICOS	sinais e sintomas de miocardite difusa com vários graus de gravidade; sinais de pericardite, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco; manifestações sindrômicas de insuficiência cardíaca, derrame pleural; edema de face, de membros inferiores ou generalizado; tosse, dispneia, dor torácica, palpitações, arritmias; hepatomegalia e/ou esplenomegalia, de leve a moderada intensidade.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde, MS (2022).

No caso da transmissão vetorial, em 50% dos casos, a infecção tem como porta de entrada a conjuntiva ocular (sinal de Romaña - edema bipalpebral unilateral), seguida em 25% da pele (chagoma de inoculação - lesões furunculoides, não supurativas, em membros, tronco e face). Nos 25% dos casos restantes, não é identificado sinal da porta de entrada da infecção.

Quadros clínicos graves podem cursar com meningoencefalite, especialmente em lactente ou em imunodeprimidos (reativação). Em DCA por transmissão oral, os surtos estudados sinalizam diferenças na evolução clínica, relatando-se: exantema cutâneo, hemorragia digestiva, icterícia, aumento das aminotransferases, além de quadros mais frequentes e graves de insuficiência cardíaca. Enterite, abdome agudo, sangramento fecal, choque e hepatite focal podem ocorrer, precisando ser pesquisados e monitorados. A morbimortalidade é mais elevada na transmissão oral do que verificado nos casos agudos por transmissão vetorial.

3. DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA (DCC)

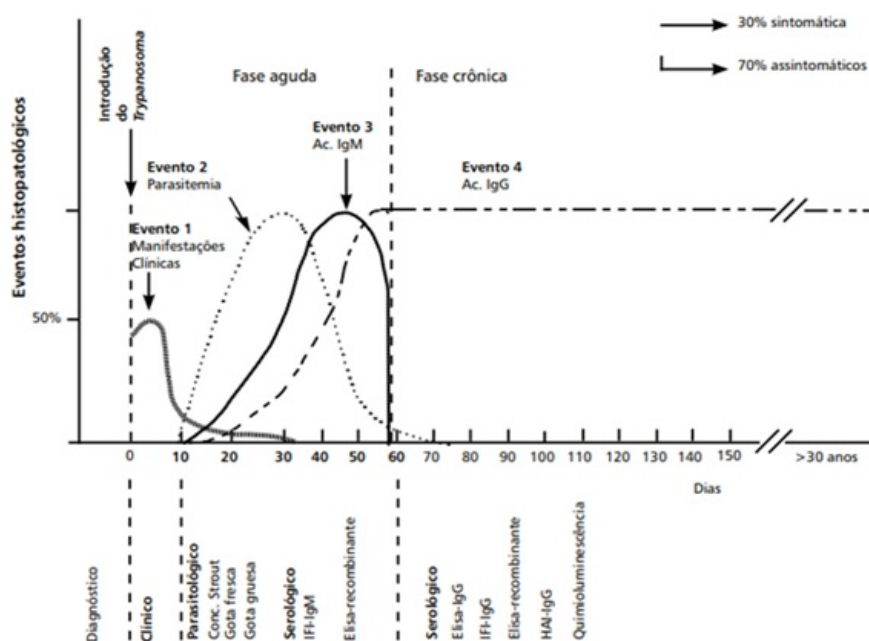
Nessa fase, a parasitemia é baixa e intermitente. Inicialmente assintomática e sem sinais de comprometimento cardíaco e/ou digestivo, pode ocorrer nas seguintes formas:

- Forma crônica indeterminada (FCI): paciente assintomático, sem comprometimento sistêmico. Pode persistir por toda a vida ou evoluir para o agravamento da doença. Pacientes na FCI precisam de seguimento clínico e eletrocardiográfico anual.
- Forma cardíaca: evidências de acometimento cardíaco, muitas vezes evoluindo para quadros de miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Ocorre em cerca de 30% dos casos crônicos, responsável pela maior frequência de óbitos.
- Forma digestiva: evidências de acometimento do aparelho digestivo que pode evoluir para megacólon e/ou megaesôfago. Ocorre em cerca de 10% dos casos crônicos.
- Forma associada ou mista (cardiodigestiva): apresenta ocorrência simultânea de lesões compatíveis com as formas cardíacas e digestivas.

4. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Recomendam-se exames laboratoriais, conforme fase clínica da doença (Figura 1).

Figura 1- Eventos fisiopatológicos da Doença de Chagas



Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (2019).

4.1 Fase Aguda

4.1.1. Método parasitológico direto

O exame parasitológico direto é o mais indicado nessa fase, pois determina a presença de parasitos circulantes, demonstráveis no exame direto do sangue periférico.

Se o resultado do exame for negativo na primeira coleta, novas coletas precisam ser realizadas semanalmente até a confirmação do caso e/ou desaparecimento dos sintomas da fase aguda, ou confirmação de outra hipótese diagnóstica. Caso os exames parasitológicos sejam negativos, deve-se coletar nova amostra de sangue para realização de sorologia, conforme orientação do item 4.1.2. a seguir.

Para diagnóstico via parasitológico direto, a amostra deve ser coletada a partir do décimo dia da possível infecção. Recomenda-se que se colete pelo menos duas amostras de sangue para realização do parasitológico direto, preferencialmente no 20º e no 40º dia da infecção (período preferencial para diagnóstico da fase aguda). O quadro 2 (abaixo) apresenta as metodologias para exame parasitológico.

Quadro 2 - Métodos parasitológicos diretos

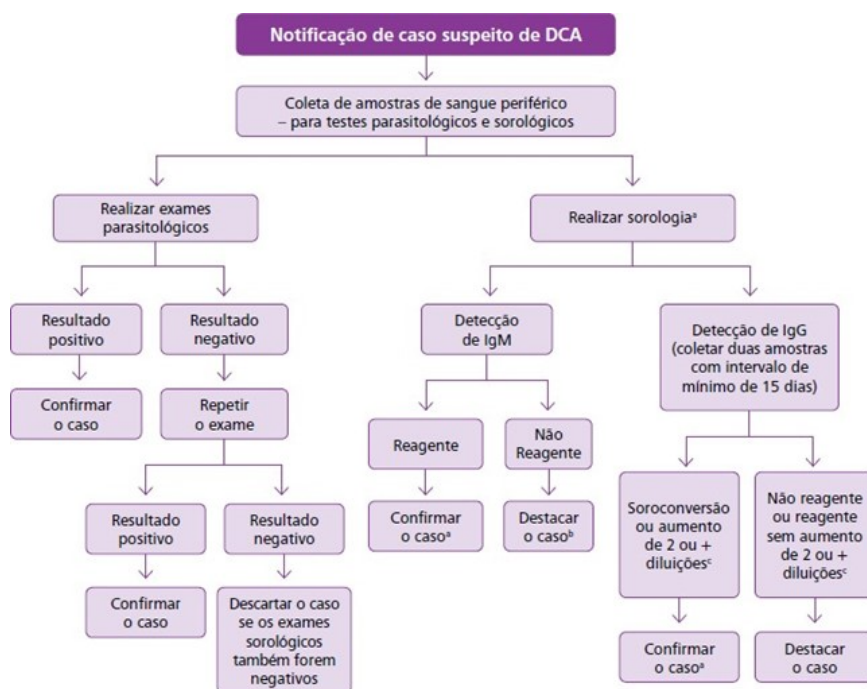
pesquisa a fresco de tripanossomatídeos (gota na lâmina)	De execução rápida e simples, sendo mais sensível que o esfregaço corado. A situação ideal é a realização da coleta com paciente febril e dentro de 30 dias do início de sintomas. Se o resultado da pesquisa for negativo e a suspeita clínica persistir, recomenda-se nova coleta de 12 a 24 horas da primeira.
métodos de concentração (gota espessa de creme leucocitário)	Tem rápida execução e baixo custo, são eles: Strout, micro-hematócrito e creme leucocitário. Recomendados como primeira escolha de diagnóstico para casos sintomáticos com mais de 30 dias de evolução, devido ao declínio da parasitemia com o decorrer do tempo. As amostras de sangue devem ser examinadas dentro de 24 horas, devido à possível lise dos parasitos.
lâmina corada de gota espessa ou de esfregaço (distensão sanguínea)	Possui menor sensibilidade dos métodos citados, sendo realizado prioritariamente na região da Amazônia Legal, em virtude da facilidade de sua utilização simultânea com o diagnóstico da malária. Em casos de elevada parasitemia (fase aguda da doença, na transmissão transfusional e em pessoas com comprometimento imunológico) pode ser um achado casual no exame de esfregaço para contagem diferencial de leucócitos.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (2021).

4.1.2 Métodos sorológicos / indiretos para fase aguda

- Detecção de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgM – técnica complexa que pode apresentar resultados falso-positivos em doenças febris. Realizar se o paciente apresentar alterações clínicas compatíveis com DCA e história epidemiológica sugestiva. É mais adequada na fase aguda tardia, preferencialmente entre o 30° e 50° dia da possível transmissão. Para detecção de IgM, recomenda-se a técnica de a imunofluorescência indireta (IFI), realizada pelo Laboratório de Referência Nacional (LRN). Têm utilidade complementar ao parasitológico direto e precisam sempre ser colhidos em casos suspeitos ou confirmados de DCA e enviados ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN).
- Detecção de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgG – para confirmação, são necessárias duas coletas com intervalo mínimo de 15 dias entre elas, sendo preferencial a execução pareada (inclusão da 1ª e da 2ª amostra no mesmo ensaio). É considerado um marcador de infecção pela interpretação da soroconversão ou aumento de dois ou mais títulos na detecção do IgG das duas amostras pareadas. São metodologias utilizadas: imunoenzimático (ELISA), a Quimioluminescência (CLIA), a imunofluorescência indireta (IFI) e a hemaglutinação indireta (HAI).

Figura 2 - Fluxo para confirmação e/ou descarte de caso de DCA pelo critério laboratorial:



Fonte: Adaptado do Guia de Vigilância em Saúde, MS (2021).

^aA confirmação pelo critério sorológico deve ser avaliada criteriosamente levando em consideração o intervalo entre as datas de início de sintomas e a coleta da amostra de sangue, além de evidências clínicas e epidemiológicas.

^b Na detecção de IgM: descartar o caso somente após a avaliação da sorologia por IgG. Considerar sororreagente para IgM o título $\geq 1:40$, e para IgG $\geq 1:80$.

^c Exemplo de reagente com duas ou mais diluições: primeira amostra com valor de títulos 1:80, e segunda amostra com valor de títulos 1:320.

4.1.3 Diagnóstico diferencial na fase aguda

Devem-se considerar: leishmaniose visceral, malária, dengue, febre tifoide, toxoplasmose, mononucleose infecciosa, esquistossomose aguda, infecção por coxsackievírus, sepse e doenças autoimunes. Também doenças que podem cursar com eventos íctero-hemorrágicos, como leptospirose, dengue e outras arboviroses, meningococcemia, sepse, hepatites virais, febre purpúrica brasileira, hantavírus e rickettsioses.

4.2 Fase Crônica

Nessa fase, o diagnóstico é sorológico, tendo disponíveis os ensaios de ELISA, CLIA, IFI e HAI e, orienta a utilizar dois testes

diferentes. O caso é confirmado quando pelo menos dois testes (distintos) são reagentes, sendo o ELISA, preferencialmente, um destes.

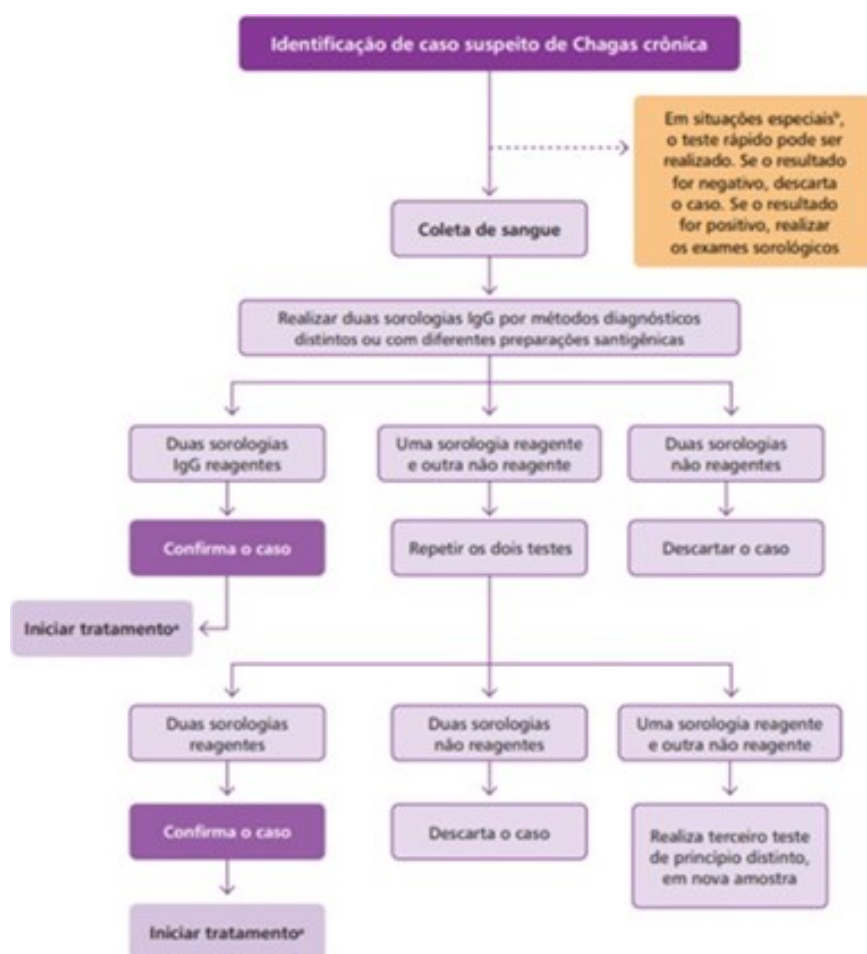
Quadro 3 - Orientações para o diagnóstico da DC crônica (adaptado)

Fase da doença	TESTE DIAGNÓSTICO
Crônica (diagnóstico inicial)	Combinação de dois testes baseados em princípios distintos ou com diferentes preparações antigênicas, que podem ser: ELISA*, CLIA, IFI ou HAI.
Crônica (sorologias discordantes)	Realizar um terceiro teste com diferente amostra de sangue, que pode ser: ELISA*, CLIA, IFI ou HAI.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas – PCDT (2018).
*Pode utilizar a combinação de dois testes ELISA, mas com preparações antigênicas diferentes.

IMPORTANTE! Em resultados discordantes, sem a confirmação de dois testes reagentes ou no caso de resultados fraco reagente, o paciente precisa ser acompanhado pelo médico e realizar nova avaliação médica seis meses após a primeira avaliação, pois existe a possibilidade eventual de reação cruzada e o clínico precisa fechar o diagnóstico.

Figura 3 - Fluxograma para confirmar ou descartar casos suspeitos de DCC, segundo critério laboratorial.



Fonte: Deidt/SVS/MS.

^a O tratamento é indicado seguindo as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas.

^b Testes rápidos podem ser utilizados como triagem inicial em cenários sem uma rede laboratorial adequada, 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.

4.3 Exames complementares gerais para Doença de Chagas

Para análise da situação de saúde de pessoas com DCA, recomenda-se a realização de exames laboratoriais complementares:

- Hemograma completo com plaquetas, urinálise, provas de função hepática, radiografia de tórax, eletrocardiografia convencional, provas de coagulação, endoscopia digestiva alta, ecodopplercardiografia; exame do líquido.

Para pessoas com DCC, recomenda-se para avaliação inicial:

- Eletrocardiograma (ECG) e Radiografia de tórax. Pessoas na forma crônica indeterminada deverão realizar ECG uma vez por ano por toda a vida.
- Em ECG com alterações cardíacas: Ecocardiograma e, se possível, Holter.

- Nas suspeitas de megacólon e/ou megaesôfago: enema opaco e radiografia contrastada do esôfago, respectivamente.

IMPORTANTE! Exames adicionais ou modificações na rotina de exames poderão ser realizadas, conforme a presença de comorbidades.

4.4 Diagnóstico da gestante

Considerando o grau de risco para doença de Chagas no estado da Bahia, recomenda-se realização de avaliação sorológica para infecção por *T. cruzi* para as gestantes residentes em região endêmica para doença de Chagas no estado, preferencialmente na primeira consulta do pré-natal. A transmissão da doença pode ocorrer em qualquer momento da gravidez e o diagnóstico oportuno nessa fase propicia atenção qualificada à gestante infectada, que precisa de acompanhamento durante toda a gestação.

4.5 Diagnóstico no recém-nascido

O exame parasitológico do recém-nascido de mãe sororreagente deve ser realizado prioritariamente nos 10 primeiros dias de vida. Se o resultado for positivo, a criança será submetida imediatamente ao tratamento específico.

Os casos de recém-nascidos com exame parasitológico negativo e sem sintomas sugestivos de DCA, existe um consenso para retorno a partir dos 9 meses para realização de dois testes sorológicos de pesquisa de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgG. Antes disso, o resultado poderá sofrer interferência da imunidade passiva. Em sorologias negativas, descarta-se transmissão vertical; na discordância entre os resultados dos testes, um terceiro teste de princípio diferente deve ser realizado para diagnóstico.

Para fins de vigilância e notificação, de acordo com o Ministério da Saúde (2022), considera-se caso de transmissão vertical em fase aguda, a criança de até 3 anos de idade, descartadas as outras prováveis formas de transmissão. Após essa idade, o caso deverá ser considerado crônico.

5. TRATAMENTO

Para o tratamento da DC é disponibilizado pelo Ministério da Saúde os medicamentos benznidazol e nifurtimox. O benznidazol é o medicamento de primeira escolha disponível e o mais utilizado no Brasil. O nifurtimox pode ser utilizado em casos de intolerância ou sem resposta ao benznidazol, mas apresenta mais efeitos adversos que o benznidazol, na ordem de 85%. A partir do tratamento espera-se redução da parasitemia e da reativação da doença, melhoria dos sintomas clínicos, aumento da expectativa de vida, diminuição de complicações clínicas e aumento da qualidade de vida. Além disso, por se tratar de uma doença relacionada à vulnerabilidade social, a adequada abordagem da DC potencialmente reduzirá iniquidades em saúde para indivíduos, suas famílias e comunidades, superando o caráter de doença negligenciada.

Ressalta-se que todo caso suspeito de DCA deve ser notificado no SINAN e realizar os exames diagnóstico em período oportuno (itens 4.1.1 e 4.1.2 dessa nota técnica). Nos casos suspeitos de DCA que se enquadrem no critério para liberação do medicamento (tratamento empírico), a solicitação do medicamento deve ser acompanhada de: relatório médico, descrevendo o caso e evidências para solicitação do medicamento, solicitação dos exames laboratoriais diagnóstico iniciais e notificação no SINAN, além da receita médica, RG e questionário de solicitação. Os casos de DCC devem ser notificados no e-SUS Notifica após confirmação diagnóstica.

Objetivos do tratamento etiológico: curar a infecção, prevenir lesões orgânicas ou sua evolução e diminuir a possibilidade de transmissão de *T. cruzi*.

Indicação: para todos os casos em fase aguda e de reativação da doença.

Na fase crônica, a indicação do tratamento depende da forma clínica e deve ser avaliada caso a caso, com maior benefício na forma indeterminada, especialmente crianças, adolescentes e adultos até 50 anos de idade.

Quadro 4 - Posologia do tratamento antiparasitário na doença de Chagas

Medicamento	Público	Posologia
Benznidazol (primeira escolha) comprimidos de 100 mg (adulto) e 12,5 mg (criança) Na ausência de formulação pediátrica, realizar manipulação do comprimido de 100 mg para ajuste da dose, caso necessário.	Adulto	(1) 5 mg/kg/dia, 1 a 3 x/dia, por 60 dias ou (2) 300 mg/dia, em 2 a 3 doses diárias pelo número de dias, equivalente ao peso do indivíduo. Em ambos, máximo de 80 dias de tratamento.
	Pediátrico	5 a 10 mg/kg/dia, 2x/dia, por 60 dias.
Nifurtimox comprimidos de 120 mg (alternativa à intolerância ou que não respondam ao tratamento com o benznidazol)	Adulto	10mg/kg/dia, 3x/dia, por 60 dias.
	Pediátrico	15 mg/kg/dia, 3x/dia, por 60 dias.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas - PDCT (2018).

No caso do benznidazol, para adultos, é usado na dose de 5 mg/kg/dia, em uma a três doses, por 60 dias. Em pessoas com peso superior a 60 kg, recomenda-se a utilização da extensão do esquema terapêutico para adequar à dosagem alvo ideal, limitando-se a dose máxima diária a 300 mg e o período máximo de 80 dias de tratamento, no caso do tratamento com a dose máxima diária, com vistas a reduzir a possibilidade de eventos adversos relacionados ao fármaco. Exemplo: uma pessoa com 70 kg poderá utilizar benznidazol 300 mg/dia por 70 dias.

Em crianças, que exibem melhor tolerância, a dose utilizada é de 5 a 10 mg/kg/dia, dividida em duas tomadas diárias, por 60 dias.

O tratamento dos casos nas formas indeterminadas, leves ou sem complicações, deve ser feito em unidade ambulatorial (unidade básica de saúde, unidade de saúde da família, centros de saúde), por médico clínico geral com conhecimento do medicamento e da DC, sendo encaminhado para unidades de maior complexidade os casos com complicações, como cardiopatia aguda grave,

sangramento digestivo, intolerância ou reações adversas (dermatopatia grave, neuropatia, lesões em mucosa, hipoplasia medular).

O benefício de tratamento é incerto para pacientes com mais de 50 anos de idade. Todavia, pode ser considerado, principalmente para pessoas infectadas na vida adulta, que possuem maior expectativa de vida e ausência de comorbidades. A decisão quanto ao tratamento deve ser compartilhada entre médico e paciente.

5.1. Tratamento Empírico

De acordo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (2018), a possibilidade do tratamento empírico para casos suspeitos de doença de Chagas aguda pode ser considerado (vide imagem abaixo 6.1.2). Com isso, é importante destacar:

Histórico de presença de barbeiro na residência e/ou identificação do vetor, associado a febre e em especial, sinais e sintomas de: miocardite; pericardite; derrame pericárdico; tamponamento cardíaco; manifestações sindrômicas de insuficiência cardíaca; derrame pleural; sinais de porta de entrada da infecção (sinal de Romaña; chagoma de inoculação).

O caso será avaliado individualmente por um consultor médico da instituição (DIVEP/SUVISA). Esses casos serão orientados pelo GT Chagas/Regional de Saúde a fazer a coleta oportuna das amostras de sangue para diagnóstico, que devem ser encaminhadas obrigatoriamente para o LACEN. Os números dos cadastros das referidas amostras também precisam ser encaminhados ao GT Chagas/DIVEP, para acompanhamento junto ao LACEN. Tão logo o caso seja diagnosticado, no caso de não haver a confirmação diagnóstica para a doença, o medicamento deve ser recolhido pelo município e entregue à regional de saúde que o disponibilizou.

Importante ressaltar que não há tratamento profilático para doença de Chagas. Na possibilidade de tratamento empírico, este será baseado nas orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas - PDCT (2018) descrito abaixo:

6.1.2 - Tratamento etiológico da doença de Chagas na fase aguda

O tratamento de pessoas afetadas com doença de Chagas na forma aguda deve ser imediato. Apesar dos medicamentos apresentarem eficácia semelhante, o benznidazol deve ser a primeira opção, devido à maior experiência de uso em nosso meio, maior disponibilidade, inclusive com apresentações pediátricas, e ao perfil de eventos adversos. O nifurtimox pode ser utilizado nos casos em que o benznidazol não for adequadamente tolerado (por exemplo, por eventos adversos importantes) (Rassi, Rassi e Marin-Neto, 2010; Dias et al., 2016). Em casos assintomáticos, ou na impossibilidade da confirmação diagnóstica, mas com suspeita persistente (pela avaliação clínica e vínculo epidemiológico, como por exemplo, sinais e sintomas característicos e evidência de presença de pessoas de convívio domiciliar/familiar com a doença ou exposição a triatomíneos ou suspeita de transmissão materno-fetal), o tratamento empírico pode ser considerado. O controle e registro do uso destes medicamentos são fundamentais, para o monitoramento de eventos adversos e tolerabilidade.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas - PDCT (2018).

5.2 Tratamento de suporte

O afastamento das atividades, bem como recomendação de dieta específica, fica a critério médico. Uso de bebidas alcoólicas é proibido durante o tratamento, pelo efeito antabuse na interação do álcool com o benznidazol. A internação hospitalar é indicada em casos de maior comprometimento geral, cardiopatia de moderada a grave, quadros hemorrágicos e meningoencefalite.

6. Critérios de cura

Não são definidos com exatidão critérios de cura de pacientes com DCA. No critério sorológico, a cura é a negativação sorológica. Em casos agudos, recomenda-se realizar exames sorológicos (IgG) anualmente, por 5 anos, devendo-se encerrar a pesquisa quando dois exames sucessivos forem não reagentes. É recomendado controle clínico evolutivo de alterações cardíacas e digestivas para orientação ao paciente sobre a evolução de sua doença.

7. EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS AO USO DO ANTIPARASITÁRIO

No tratamento com benznidazol, a frequência de eventos adversos é de cerca 53%. Destacam-se parestesias (10,3%), artralgias (8,1%) e intolerância gastrointestinal (13,3%). São frequentes dermatites e rash cutâneo (30 a 44%) e alopecia (0,9%), geralmente não precisando interromper o tratamento. Sintomas, como parestesias afetam a dinâmica e qualidade de vida e podem persistir alguns meses após o tratamento. Complicações graves, como depressão da medula óssea com neutropenia, são possíveis. Recomenda-se hemograma três semanas após o início do tratamento.

Exposição acidental ao benznidazol em gestantes não indicam efeitos adversos ao recém-nascido. Todavia, devido a evidência de teratogenicidade em animais, o tratamento com benznidazol está contraindicado na gestação e desaconselhado ao longo da amamentação. Abaixo, o Quadro 5 traz os principais efeitos adversos do benznidazol e condutas recomendadas:

Quadro 5 – Efeitos Adversos ao benznidazol e condutas recomendadas

Benznidazol						
Manifestações/efeitos adversos	Aparecimento/período do tratamento	Características	Localização	Intensidade	Conduta	Medidas complementares
Dermopatia por hipersensibilidade é o mais frequente. NÃO é dose-dependente e NÃO se relaciona com <i>T. cruzi</i> . Recuperação sem sequelas	10º dia de tratamento, podendo ocorrer mais precocemente ou mais tardiamente	Eritema polimorfo não bolhoso, pruriginoso, seguindo-se de descamação. Raramente ocorre onicólise	Focal (restrita a parte do tegumento) ou generalizada	Leve (geralmente focal) Moderada (focal ou generalizada) Grave (geralmente acompanhada de febre e linfadenomegalia)	Continuar o tratamento Continuar o tratamento com associação de baixa dose de corticosteroide (5mg de prednisona ou equivalente). Interromper se houver piora Interromper o tratamento. Utilizar corticosteroide	Tratamento específico para desidratação e descamação cutânea orientado por dermatologista Internação, de acordo com o quadro clínico
Polineuropatia periférica. Dose-dependente, de regressão lenta (meses)	Final do tratamento	Dor e parestesia	Regiões plantares (mais frequente) e palmares	Leve a moderada	Interromper o tratamento	Tratamento geral para polineuropatia periférica orientado por neurologista
Ageusia (rara). Recuperação sem sequelas	Final do tratamento	Perda total ou parcial do paladar	-	-	Interromper o tratamento	-
Depressão da medula óssea, com recuperação sem sequelas	Entre o 20º e o 30º dias de tratamento	Leucopenia com neutropenia de variados graus, podendo chegar a agranulocitose	-	Interromper o tratamento		Tratamento geral para depressão da medula óssea orientado por hematologista
A intolerância digestiva (rara) é controlada com medicação habitualmente utilizada para gastrite e úlceras pépticas. Acometimento hepático grave é raramente descrito. Acometimento renal não tem sido observado.						

Fonte: II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2015).

O tratamento com nifurtimox precisa ocorrer em serviços de atenção especializada, com avaliação periódica durante sua utilização, em especial devido aos efeitos adversos, com menor tolerância digestiva, refletida na anorexia, perda de peso significativa e, secundariamente, alterações no sistema nervoso central. Efeitos adversos relacionados ao trato gastrointestinal ocorrem em 30% a 70% dos pacientes e incluem anorexia, náuseas, vômitos e epigastralgia. Já os relacionados ao sistema nervoso central incluem irritabilidade, insônia e desorientação. Efeitos mais graves, porém, menos comuns, incluem parestesias e polineuropatia.

8. SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO ESPECÍFICO PARA DOENÇA DE CHAGAS

A solicitação do medicamento deve ser realizada pelos municípios à Regional de Saúde de abrangência ou diretamente ao GT Chagas para os municípios vinculados à Regional Salvador. Para a solicitação, o município precisa encaminhar para a Regional os seguintes documentos do paciente:

RG, receita médica, exames laboratoriais de diagnóstico para DC e ficha de notificação de doença de Chagas aguda (SINAN) ou crônica (e-SUS Notifica, ficha de notificação disponível no portal do Ministério da Saúde <https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2023/02/Ficha-de-Notificacao-Chagas-Cronica.pdf>).

A ficha de notificação a ser encaminhada será de acordo com a fase da doença, aguda ou crônica. O município encaminha para a Regional de Saúde no e-mail correspondente, a solicitação do medicamento com os documentos acima elencados, informando no mesmo, o peso do paciente e unidade de saúde solicitante. Posteriormente a Regional de Saúde encaminhará a solicitação do medicamento, contendo os documentos, o peso do paciente e unidade de saúde solicitante, ao e-mail do GT Chagas: divep.chagas@saude.ba.gov.br.

Os Municípios da abrangência da Regional Salvador devem realizar a solicitação, de acordo as recomendações acima, diretamente para o GT Chagas/DIVEP através do referido e-mail.

O GT Chagas irá conferir a documentação recebida conforme o protocolo e autorizará à DASF, representada pela Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (CAFAB), a realizar o pedido no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica – SIGAF. A autorização por e-mail realizada pelo GT Chagas à DASF será encaminhada à DASF, com cópia para a referência da vigilância epidemiológica da Regional de Saúde / Municípios da regional Salvador. Conforme orientação da Nota Informativa DIVEP nº 06/2022, solicita-se que a referência regional oriente e apoie o município no acompanhamento e monitoramento do paciente com DC, que deverá ser feito ao longo da vida a partir do diagnóstico. O medicamento será encaminhado pela Central Farmacêutica do Estado da Bahia (CEFARBA) às Regionais de Saúde ou retirados pelos municípios vinculados a Regional de Salvador na CEFARBA.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame parasitológico direto (esfregaço sanguíneo, exame a fresco, strout, gota espessa); ELISA (IgG), Quimioluminescência (CLIA) e IFI IgG são técnicas realizadas pelo LACEN unidade central, Laboratórios Municipais de Referência Regional (LMRR) e Laboratório Estadual de Referência Regional (LERR). Em caso suspeito de DCA, após notificação no SINAN, além de sangue total para o exame parasitológico direto e sorologia para exame de IgG (itens 4.1.1 e 4.1.2), também se recomenda coletar amostra de soro para realização de IFI IgM e encaminhar ao LACEN/BA, devidamente cadastrada no GAL. Orientações para coleta, acondicionamento e

transporte das amostras estão disponíveis nos Manuais de Coleta do LACEN, disponíveis nos endereços eletrônicos abaixo:

<https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2023/05/02.05.2023Manual-CAT.pdf>

<https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2023/05/02.05.2023Manual-CLAVEP-1.pdf>

Para o diagnóstico da doença de Chagas temos o volume 1, que abrange informações relacionadas a orientações para coleta, acondicionamento, transporte e recepção de amostras biológicas, enquanto que para os exames laboratoriais, o volume 3 contém os exames relativos às investigações realizadas pela Vigilância Epidemiológica.

Para o diagnóstico laboratorial da doença de Chagas crônica, não é necessário o envio de ficha de notificação junto com as amostras, pois, a mesma deve ser notificada após confirmação do diagnóstico laboratorial.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação de Doenças de Transmissão Vetorial. Grupo de Trabalho Doença de Chagas. **Orientação casos com diagnóstico de doença de Chagas**. Disponível: XXX. Acesso em: 01 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Ministerial de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Edição: Suplemento 190, Seção: 1, Página: 288. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em 10 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas**, Nº 397, Brasília: Ministério da Saúde, outubro de 2018. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio_PCDT_Doenca_de_Chagas.pdf. Acesso em: 19 mai. 2020. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Informativa nº 150/2018**. Define fluxo de envio e dispensação do medicamento Nifurtimox 120 mg para tratamento da doença de Chagas. Brasília, 08 de jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico] – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf. Acesso em: 15 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Ministério da Saúde nº 1061, de 18 de maio de 2020**. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na 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. Edição: 102, seção: 1, página: 229. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Acesso em: 13 jun. 2020. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/05/2020&jornal=515&pagina=229>. Acesso em: 29 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] – 5. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf@@download/file/Guia%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde_5ed_21nov21_isbn5.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1102, de 13 de maio de 2022** e altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir o Sars-CoV-2 no item da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a coronavírus e incluir a covid-19, a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19 e a Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19 na 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. Edição: 91, Seção: 1, Página: 66. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: <https://in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.102-de-13-de-maio-de-2022-400069218>. Acesso em: 29 jul. 2022.

CARVALHO, Noemia Barbosa; ATALA, Magda Maya; LEITE, Ruth Moreira; YASUDA, Maria Aparecida Shikanai. **Manual de atendimento a pacientes com doença de Chagas: atenção básica 2014/2015**. São Paulo: Faculdade de Medicina USP, 2015. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Manual_DChagas_24Fev2016_onlinePortugues.pdf. Acesso em: 31 mai. 2020.

DIAS, João Carlos Pinto *et al.* **II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015***. Epidemiol. Serv. Saúde, 7 Brasília, 25(núm. esp.): 7-86, 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742016000500007. Acesso em: 10 mar. 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Marcia São Pedro Leal Souza**, **Diretor(a) de Vigilância Epidemiológica**, em 22/06/2023, às 17:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Daniela Santos Souza**, **Diretor(a) de Assistência Farmacêutica**, em 27/06/2023, às 17:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arabela Leal e Silva de Mello**, **Diretor**, em 27/06/2023, às 19:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do [Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00068144413** e o código CRC **F42A3978**.