



PROCESSO:	019.9128.2025.0208268-20
ORIGEM:	DIVEP/LACEN/DASF/SUVISA
OBJETO:	NOTA TÉCNICA

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

Assunto: Nota Técnica Conjunta nº 34/2025 - DIVEP/LACEN/DASF/SUVISA/SESAB

A Nota Técnica Conjunta nº 34/2025 – DIVEP/LACEN/DASF/SUVISA/SESAB atualiza as orientações para o diagnóstico e tratamento da Doença de Chagas no Estado da Bahia. **Revoga-se** a Nota Técnica nº 04/2025 – 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.

A ocorrência de casos suspeitos ou confirmados de Doença de Chagas Aguda (DCA) requer imediata notificação, no prazo máximo de 24 horas, com registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

É importante destacar que os possíveis casos por transmissão vertical identificados até os 3 anos de idade também devem ser notificados como DCA e investigados. Além disso, quando da ocorrência de surtos por transmissão oral da DCA, devem ser notificados na ficha individual do SINAN e na Ficha de Investigação de Surto (DTA) no 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 6.734, de 18 de março de 2025.

A notificação da Doença de Chagas Crônica (DCC) foi inserida pelo Ministério da Saúde em 2023, no e-SUS Notifica. Nesse contexto, quando da identificação de casos de DCC, a notificação deve ser realizada nesse Sistema, após confirmação do diagnóstico.

2. DOENÇA DE CHAGAS AGUDA (DCA)

Nessa fase, a suspeição se baseia na presença de sinais e sintomas sugestivos de DC e/ou na presença de fatores determinantes e condicionantes epidemiológicos (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).

O sinal mais característico é febre persistente (por mais de 7 dias) , 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 (2024).

Na DCA por transmissão vetorial, a infecção tem como porta de entrada a conjuntiva ocular (sinal de Romaña - edema bupalpebral unilateral), seguida da pele (chagoma de inoculação - lesões furunculoides, não supurativas, em membros, tronco e face). Nos casos restantes, não é identificado sinal da porta de entrada da infecção. É importante destacar que a picada de um triatomíneo pode desencadear reações alérgicas, tanto locais quanto sistêmicas, sem que isso indique, necessariamente, infecção por *T. cruzi*. Na 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 em relação aos casos agudos por transmissão vetorial.

Manifestações clínicas graves podem ocorrer e cursar com meningoencefalite, especialmente em lactente ou em imunodeprimidos (reativação). Ressalta-se que todo caso suspeito de DCA deve ser notificado no SINAN e realizar os exames diagnósticos em período oportuno.

3. DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA (DCC)

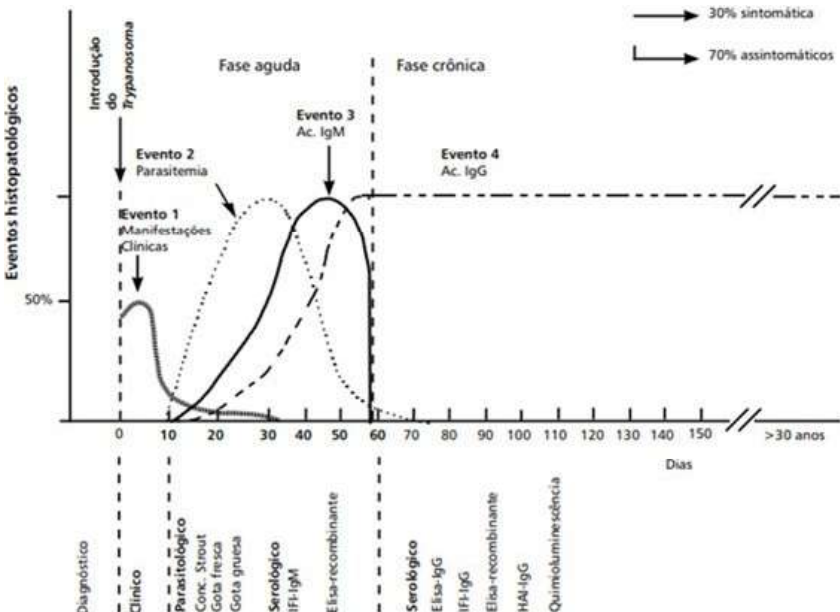
Na DCC, a parasitemia é baixa, intermitente e inicialmente assintomática e sem sinais de comprometimento cardíaco e/ou digestivo. Pode ocorrer nas seguintes formas:

- Forma crônica indeterminada (FCI): paciente assintomático, sem comprometimento sistêmico, podendo persistir por toda a vida ou evoluir para o agravamento da doença. Pessoas nessa fase 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

Recomenda-se a realização de 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 por outro método diagnóstico. Caso os exames parasitológicos sejam negativos, deve-se coletar amostra de sangue para realização de sorologia, conforme orientação da Figura 2.

Para diagnóstico via parasitológico direto, a amostra deve ser coletada a partir do décimo dia da possível infecção. Recomenda-se a coleta de, pelo menos, duas amostras de sangue para realização do parasitológico direto, preferencialmente entre os primeiros 10 a 30 dias da infecção (período preferencial para diagnóstico da fase aguda), seguindo as metodologias descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Métodos parasitológicos diretos

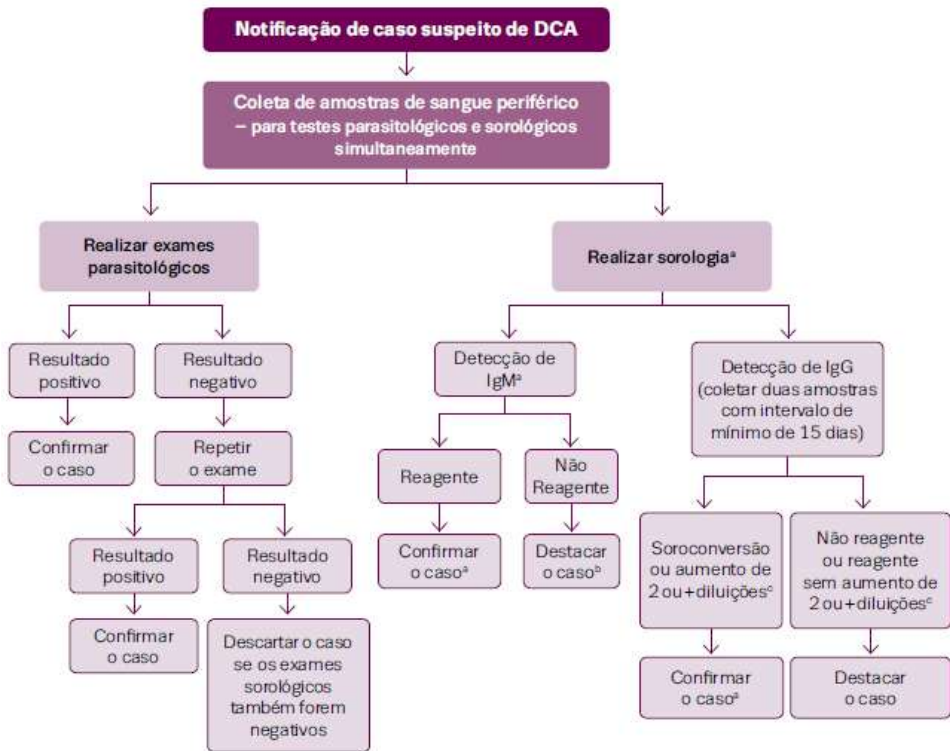
pesquisa a fresco de tripanossomatídeos (gota na lâmina)	De execução rápida e simples, sendo mais sensível que o esfregaço corado. A situação ideal é a realização da coleta com paciente febril e dentro de 30 dias do início de sintomas. Se o resultado da pesquisa for negativo e a suspeita clínica persistir, 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 (2024).

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. Deve ser realizada quando o paciente apresentar clínica compatível com DCA e história epidemiológica sugestiva, sendo mais adequada na fase aguda tardia, preferencialmente após o 15º dia após o início dos sintomas, podendo haver coleta até o 50º dia da possível transmissão. Para detecção de IgM, recomenda-se a técnica de a imunofluorescência indireta (IFI), realizada pelo Laboratório de Referência Nacional (LRN). Esses métodos são complementares 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. Exemplos de variação com duas ou mais diluições: a primeira amostra com título de 1:80 e a segunda amostra com título de 1:320; a primeira amostra com título de 1:160 e a segunda amostra com título de 1:640. Os métodos utilizados são: imunoenzimático (ELISA), a quimioluminescência (CLIA), a imunofluorescência indireta (IFI) e a hemaglutinação indireta (HAI).

Figura 2 - Fluxograma para confirmação e/ou descarte de caso de Doença de Chagas Aguda pelo critério laboratorial:



Fonte: DEDT/SVSA/MS (2024).

^a A confirmação pelo critério sorológico deve ser avaliada criteriosamente, levando em consideração o intervalo entre as datas de início dos sintomas e a coleta da amostra de sangue, além de evidências clínicas e epidemiológicas e confirmação do diagnóstico de DC por sorologia IgG.

^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 $\geq 1:80$ com incremento em 2 diluições em amostras pareadas.

^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

Considerar: leishmaniose visceral, malária, dengue, febre tifoide, toxoplasmose, mononucleose infecciosa, esquistossomose aguda, infecção por coxsakievírus, seps e doenças autoimunes e doenças que podem cursar com eventos ictero- hemorrágicos, como leptospirose, dengue e outras arboviroses, meningococcemia, seps, hepatites virais, febre purpúrica brasileira, hantavírus e rickettsioses.

É necessário prestar atenção ao diagnóstico diferencial da doença de Chagas crônica na forma gastrointestinal. Devem ser consideradas outras condições, como acalasia primária idiopática, amiloidose, sarcoidose, neurofibromatose, gastrite eosinofílica, infecção por *Helicobacter pylori*, refluxo e tumores, conforme a síndrome clínica apresentada. Nos casos de constipação, é importante investigar a possível associação com malignidades, distúrbios metabólicos, amiloidose e esclerose sistêmica.

4.1.4 Exames laboratoriais complementares na fase aguda

- Hemograma completo com plaquetas;
- Eletrocardiograma (ECG);
- Radiografia de tórax;
- Testes de função hepática: são importantes marcadores para verificação do acometimento hepático, especialmente em casos de doença de Chagas aguda por transmissão oral. As aminotransferases (AST e ALT) frequentemente aparecem elevadas. Bilirrubinas (totais e frações) também podem estar alteradas, com ou sem icterícia visível. Tempo de protrombina (TAP ou TP) prolongado sugere dano hepático;
- Provas de coagulação (TTPA): devem ser realizadas sempre que possível, especialmente nos casos com acometimento hepático importante ou manifestações hemorrágicas;
- Endoscopia digestiva alta: indicada em casos de dor epigástrica intensa refratária ao tratamento específico ou na vigência dos seguintes sinais de alarme: hematêmese (vômito de sangue), melena (sangue nas fezes), vômitos persistentes, disfagia ou anemia;
- Ecocardiograma;
- Exame do líquido cefalorraquidiano: somente na suspeita clínica de meningoencefalite.

ATENÇÃO: Em caso suspeito de DCA, após notificação no SINAN, deve-se encaminhar amostra de sangue total e cópia da ficha de notificação, para realizar o exame parasitológico direto e de soro para sorologias (itens 4.1.1 e 4.1.2), devidamente cadastrada no GAL.

Orientações para coleta, acondicionamento e transporte das amostras estão nos Manuais de Coleta do LACEN, disponíveis nos endereços eletrônicos abaixo:

<https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2025/03/06.03.25Manual-CAT.pdf>

<https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2025/05/Manual-CLAVEP.pdf>

4.2 Fase Crônica

Na DCC, o diagnóstico é realizado por métodos sorológicos, utilizando dois ensaios baseados em princípios distintos, dentre os quais estão disponíveis os seguintes testes: de ELISA, CLIA, IFI e HAI.

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):

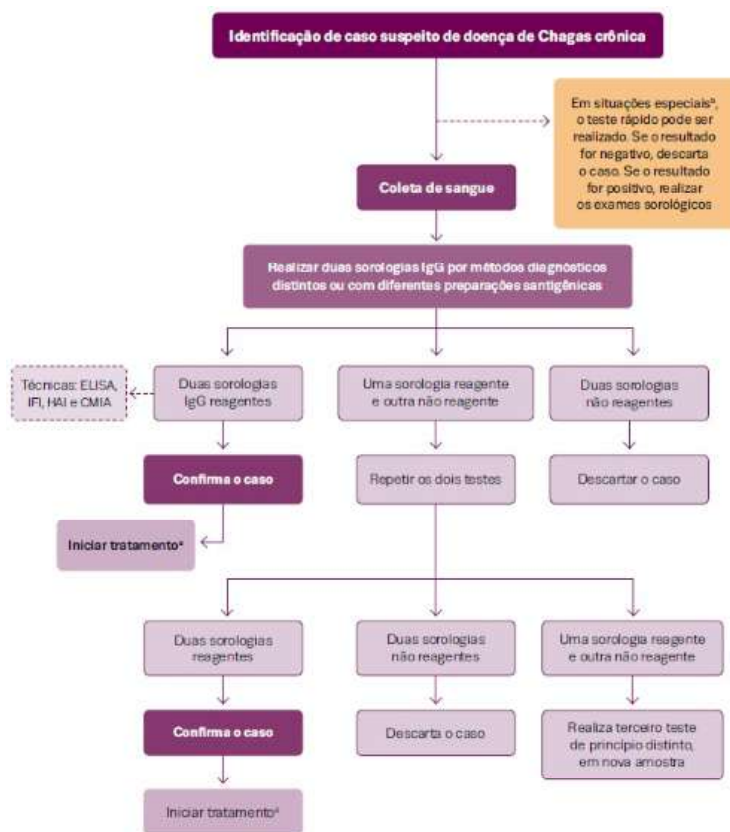
Fase da doença	TESTE DIAGNÓSTICO
Crônica (diagnóstico inicial)	Combinação de dois testes baseados em princípios distintos ou com diferentes preparações antigênicas, que podem ser: ELISA*, CLIA, IFI ou HAI.
Crônica (sorologias discordantes)	Realizar um terceiro teste com diferente amostra de sangue, que 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 será realizado um terceiro teste na mesma amostra, a fim de viabilizar o diagnóstico laboratorial em tempo oportuno, ainda que seja recomendada a realização de um terceiro teste em nova amostra. Para pessoas com resultado reagente em apenas uma metodologia (e não reagente nas outras duas), o acompanhamento deve ser mantido por um período mínimo de seis meses, com repetição da sorologia ao final desse período (6º mês).

Figura 3 - Fluxograma para confirmar ou descartar casos suspeitos de doença de Chagas crônica, 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.

4.2.1 Exames complementares na fase Crônica

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

- Hemograma completo, urinálise, provas de função hepática, radiografia de tórax, eletrocardiografia convencional, provas de coagulação, endoscopia digestiva alta, ecodopplercardiografia; exame do líquido (somente em indicações específicas).

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.

Para o diagnóstico laboratorial da forma crônica da doença de Chagas, não é necessário o envio da ficha de notificação junto às amostras para o LACEN, uma vez que a notificação deve ser realizada apenas após a confirmação laboratorial do caso.

Conforme o protocolo de notificação, todos os casos crônicos confirmados requerem a realização de busca ativa entre os familiares residentes no mesmo domicílio, com o objetivo de realizar a testagem para a doença de Chagas nos contatos.

4.3 Diagnóstico da gestante

Recomenda-se realização de avaliação sorológica para infecção por *T. cruzi* para as gestantes, especialmente aquelas, 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.

4.4 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.

Para os casos de recém-nascidos com exame parasitológico negativo e sem sintomas sugestivos de DCA, recomenda-se 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. Bebês com confirmação diagnóstica precisam iniciar o tratamento específico para a doença com brevidade.

4.5 Diagnóstico nos casos de reagudização

Definição e critérios diagnósticos de reativação

Considera-se reativação da doença de Chagas o indivíduo previamente diagnosticado na fase crônica da doença, com detecção do parasito em exame direto de sangue ou secreções biológicas, associado a meningoencefalite e/ou miocardite aguda.

Exames indicados:

- Parasitológicos diretos: identificação do parasito em sangue ou secreções (líquor, pleura, pericárdio, líquido ascítico, entre outros). A sensibilidade é maior na pesquisa em creme leucocitário, micro-hematócrito ou sedimento de líquidos biológicos, em comparação ao exame a fresco ou esfregaço. A gota espessa apresenta maior complexidade técnica e deve ser realizada apenas por profissional treinado.
- Histopatológicos: análise de lesões teciduais (paniculite, miocardite, encefalite, enterite, colpíte etc.), com presença de ninhos do parasito em meio a infiltrado inflamatório agudo.

5. TRATAMENTO

O tratamento da DC é disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos Estados, sendo o benznidazol e nifurtimox os medicamentos preconizados. 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, porém, apresenta mais efeitos adversos que o benznidazol, em torno de 85%.

A partir do tratamento realizado, 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 a população, superando o caráter de doença negligenciada.

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

Indicação: o benznidazol 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.

Devido ao número limitado de estudos sobre o uso do nifurtimox, à sua menor disponibilidade no país e à maior ocorrência de efeitos adversos, sua utilização não é a primeira escolha recomendada. No entanto, pode ser considerado em casos específicos, como em crianças, adolescentes e adultos jovens com infecção recente e que apresentem intolerância ao benznidazol.

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).

Nota: A opção terapêutica 2 (Quadro 4) 300mg/dia (dose máxima diária) está indicada apenas para pessoas a partir de 60 kg, estendendo o tempo de tratamento pelo número de dias equivalente ao peso corporal do paciente, mantendo o limite máximo de 80 dias de tratamento para pessoas com peso superior a 80 quilos (ex.: indivíduo de 70 kg → 300 mg/dia por 70 dias; indivíduo com 101 kg → 300 mg/dia por 80 dias).

Em crianças, que exibem melhor tolerância ao benznidazol, 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.

Os casos de DC com complicações como, cardiopatia aguda grave, sangramento digestivo, intolerância ou reações adversas (dermopatia grave, neuropatia, lesões em mucosa, hipoplasia medular), devem ser encaminhados para unidades de complexidade maior.

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 6.1.2). contudo, 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).
- Mesmo que seja indicado o tratamento no momento da avaliação, sem diagnóstico laboratorial, o caso deve ser comunicado a DIVEP/GT Chagas, para direcionamento de avaliação por consultor médico da instituição. Esses casos serão orientados pelo GT Chagas/Regional de Saúde para melhor direcionamento da conduta, devendo ser realizada coleta oportuna das amostras de sangue para diagnóstico, que precisam ser encaminhadas obrigatoriamente para o LACEN.
- Os números dos cadastros das referidas amostras devem ser encaminhados ao GT Chagas/DIVEP, para acompanhamento junto ao LACEN do resultado. Não havendo a confirmação diagnóstica para a doença, o medicamento deve ser recolhido pelo município e entregue à respectiva regional de saúde que será responsável pelo descarte do medicamento não utilizado, conforme as recomendações vigentes para o manejo e descarte de produtos farmacêuticos.
- Importante ressaltar que não há tratamento profilático para doença de Chagas na rotina de casos com diagnóstico na fase aguda. Na possibilidade de tratamento empírico, este será baseado nas orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas - PDCT (2018).

5.2 Tratamento em situação de acidente laboratorial

Não existem estudos controlados ou observacionais envolvendo transmissão da doença de Chagas por acidentes laboratoriais, somente relatos de caso na literatura, não havendo consenso inclusive no tempo de uso do benznidazol. Acidentes considerados potencialmente de alto risco para transmissão podem ser enquadrados como:

- Perfurocortantes a partir de sangue de animais de laboratório infectados ou pacientes com doença aguda;
- Contato com mucosas durante a manipulação de material biológico contendo parasitos vivos (amostras para cultura de *T. cruzi*, líquidos de pacientes com alta parasitemia, vetores e animais de laboratório infectados),

Nesses casos, o tratamento profilático pode ser indicado pelo profissional médico e baseada no risco de aquisição da doença, podendo ser estendida, se necessária, para o tempo de tratamento total preconizado para tratamento convencional ou por período mínimo de 10 dias.

Antes do início da medicação recomenda-se a realização de exames sorológicos e parasitológicos de acompanhamento.

5.3 Tratamento de suporte

O afastamento das atividades laborais, 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, sendo a avaliação da negatificação sorológica o critério para considerar a cura nessa fase. Recomenda-se realizar exames sorológicos (IgG) anualmente, por 5 anos, devendo-se encerrar a pesquisa quando dois exames sucessivos forem não reagentes. Além disso, é recomendado controle clínico de alterações cardíacas e digestivas para orientação ao paciente sobre a evolução de sua doença.

7. SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO ESPECÍFICO PARA DOENÇA DE CHAGAS

A solicitação do medicamento deve ser realizada pelos municípios à Regional de Saúde de abrangência. Os municípios vinculados à Regional Salvador podem realizar diretamente ao GT Chagas. Para solicitação, os municípios devem enviar 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>).

Nos casos suspeitos de DCA que se enquadrem no critério para liberação do medicamento de tratamento empírico, a solicitação do medicamento deve ser acompanhada de: relatório médico, descrevendo o caso e evidências para solicitação do medicamento.

Recomenda-se que o peso do paciente seja informado na receita médica e a ficha de notificação seja encaminhada de acordo com a fase da doença, aguda ou crônica, informando o número da notificação e data em que foi realizada.

7.1. Fluxo da solicitação:

O município encaminha para a Regional de Saúde através de e-mail correspondente, a solicitação do medicamento, com os documentos acima elencados. Se o peso do paciente não estiver na receita médica, deverá ser informado no e-mail, além do nome da unidade solicitante do tratamento.

Posteriormente, a Regional de Saúde encaminhará a solicitação do medicamento, com os documentos, ao e-mail do GT Farmácia/DIVEP (farmacia.codtv@saude.ba.gov.br), com cópia para o GT Chagas/DIVEP: divep.chagas@saude.ba.gov.br.

Os Municípios da abrangência da Regional Salvador devem realizar a solicitação, de acordo as recomendações acima elencadas, diretamente para o GT Farmácia/DIVEP, com cópia para o GT Chagas/DIVEP.

O GT Farmácia/DIVEP confere a documentação recebida, conforme o protocolo vigente, e, após análise, encaminha à DASF, representada pela Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (CAFAB).

A CAFAB realizará a inserção no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) e, com base na planilha e autorização prévia emitida pela DIVEP, procederá para autorização da disponibilização do medicamento, assegurando a rastreabilidade do

processo e a conformidade das etapas administrativas.

A autorização realizada pelo GT Farmácia/DIVEP à DASF será encaminhada com cópia para a referência da assistência farmacêutica e vigilância epidemiológica da Regional de Saúde / Municípios da regional Salvador.

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.

Solicita-se que a referência regional oriente e apoie o município no acompanhamento e monitoramento do paciente com DC, a partir do diagnóstico.

8. EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS AO USO DO ANTIPARASITÁRIO

No tratamento com benznidazol, a frequência de eventos adversos é de cerca 53%, destacando dermatites e rash cutâneo (30 a 44%), parestesias (10,3%), artralguas (8,1%) e intolerância gastrointestinal (13,3%) e alopecia (0,9%). Em geral, não necessita interromper o tratamento. Complicações graves, como depressão da medula óssea com neutropenia, são possíveis.

Alguns sintomas como as parestesias afetam a dinâmica e qualidade de vida, podendo persistir alguns meses após o tratamento. Exposição 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 ao longo da amamentação. Devido ao risco de toxicidade de medula óssea recomenda-se monitorar os paciente em uso de benznidazol com hemograma completo mensalmente até o fim do tratamento.

Quadro 5 - Principais efeitos adversos do 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 T. cruzi. 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)	Continuar o tratamento	Tratamento específico para desidratação e descamação cutânea orientado por dermatologista Internação, de acordo com o quadro clínico
				Moderada (focal ou generalizada)	Continuar o tratamento com associação de baixa dose de corticosteroide (5mg de prednisona ou equivalente) Interromper se houver piora	
				Grave (geralmente acompanhada de febre e linfadenomegalia)	Interromper o tratamento Utilizar corticosteroide	
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: Consenso Brasileiro de Doença de Chagas (2015).

8.1 Farmacovigilância: Notificação da reações adversas ao tratamento para doença de Chagas

Em detrimento à possibilidade de efeitos adversos, espera-se uma frequência representativa de reações adversas ao tratamento da doença. Nesse contexto, a farmacovigilância é essencial para garantir a segurança do tratamento disponível, identificando e gerenciando reações adversas, além de contribuir para a melhoria contínua do tratamento e a proteção dos pacientes.

A DIVEP/CODTV/GT Chagas orienta que toda pessoa que realizar tratamento específico para a doença seja orientado pelo médico, que o avaliou, a procurar a unidade de saúde, caso apresente alguma reação adversa.

O profissional deverá preencher a **Ficha de Notificação de Eventos Adversos e Farmacovigilância do Tratamento Específico para Doença de Chagas**, com posterior envio à Regional de Saúde, que encaminhará ao GT Farmácia/DIVEP, com cópia ao GT Chagas/DIVEP. A referida Ficha está disponível através do link: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/Ficha-de-Notificacao-de-Eventos-Adversos-do-Benznidazol.pdf>

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). O exame IFI IgM é realizado pelo laboratório de referência nacional (FUNED), que será enviado pelo LACEN, quando houver indicação ou necessidade diagnóstica.

Para o diagnóstico da doença de Chagas, consultar o volume 1 do Manual do LACEN, 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 (ver links de acesso aos referidos Manuais no item 4.1.4 dessa nota).

REFERÊNCIAS

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.

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. 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. [Documento não disponível].

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. 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. 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 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.

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/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/@download/file>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde e Ambiente Guia de vigilância em saúde : volume 2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. –

6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3 v. : il.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf. Acesso em: 25 nov. 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Arabela Leal e Silva de Mello, Diretor**, em 01/12/2025, às 11:40, 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 **Marcia São Pedro Leal Souza, Diretor(a) de Vigilância Epidemiológica**, em 01/12/2025, às 13:52, 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 **Graciele de Queiroz Andrade, Diretor(a) de Assistência Farmacêutica**, em 03/12/2025, às 11:39, 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 **00126086822** e o código CRC **361405C8**.