

NOTA TÉCNICA

Notificação da doença de Chagas crônica

Nº 01 | 12/03/2024



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde
Antônio Silva Lima Neto

Coordenadora de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde
Ana Maria Peixoto Cabral Maia

Elaboração e Revisão
Carlos Garcia Filho
Emanuelle Mateus Torres
Kellyn Kessiene de Sousa Cavalcante
Tatiana Cisne Sousa



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

APRESENTAÇÃO

A Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde (Covep), por meio da Célula de Vigilância e Prevenção de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis (Cevep), vem apresentar esta Nota Técnica, cujo objetivo é orientar sobre os fluxos de notificação dos casos de doença de Chagas crônica (DCC) no e-SUS Notifica, para melhorar a oportunidade de detecção e o acompanhamento dos casos.

A doença de Chagas representa uma condição infecciosa (com fases clínicas aguda e crônica), cujo agente etiológico é o protozoário *Trypanosoma cruzi*. É classificada como enfermidade negligenciada e os principais mecanismos de transmissão são: oral, transfusional, transplante de órgãos, transplacentária e vetorial.

Um grande avanço no Brasil foi a inclusão da forma crônica como doença de notificação compulsória em 2020 (Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020), visto que, anteriormente, somente a fase aguda estava inserida na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e Imediata.

1. DEFINIÇÃO DE CASO

1.1 Caso Suspeito

Baseada preliminarmente nos achados clínicos e na história epidemiológica. Na forma cardíaca, existem evidências de acometimento desse órgão com possível evolução para miocardiopatia dilatada, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), arritmias graves e eventos cardioembólicos. Já a forma digestiva, manifesta-se pelo acometimento do esôfago e do intestino grosso levando ao aparecimento de megaesôfago e megacólon, respectivamente. No entanto, parte dos casos não apresenta síndrome clínica específica, devendo ser considerados os seguintes contextos de risco e vulnerabilidade para a suspeita:

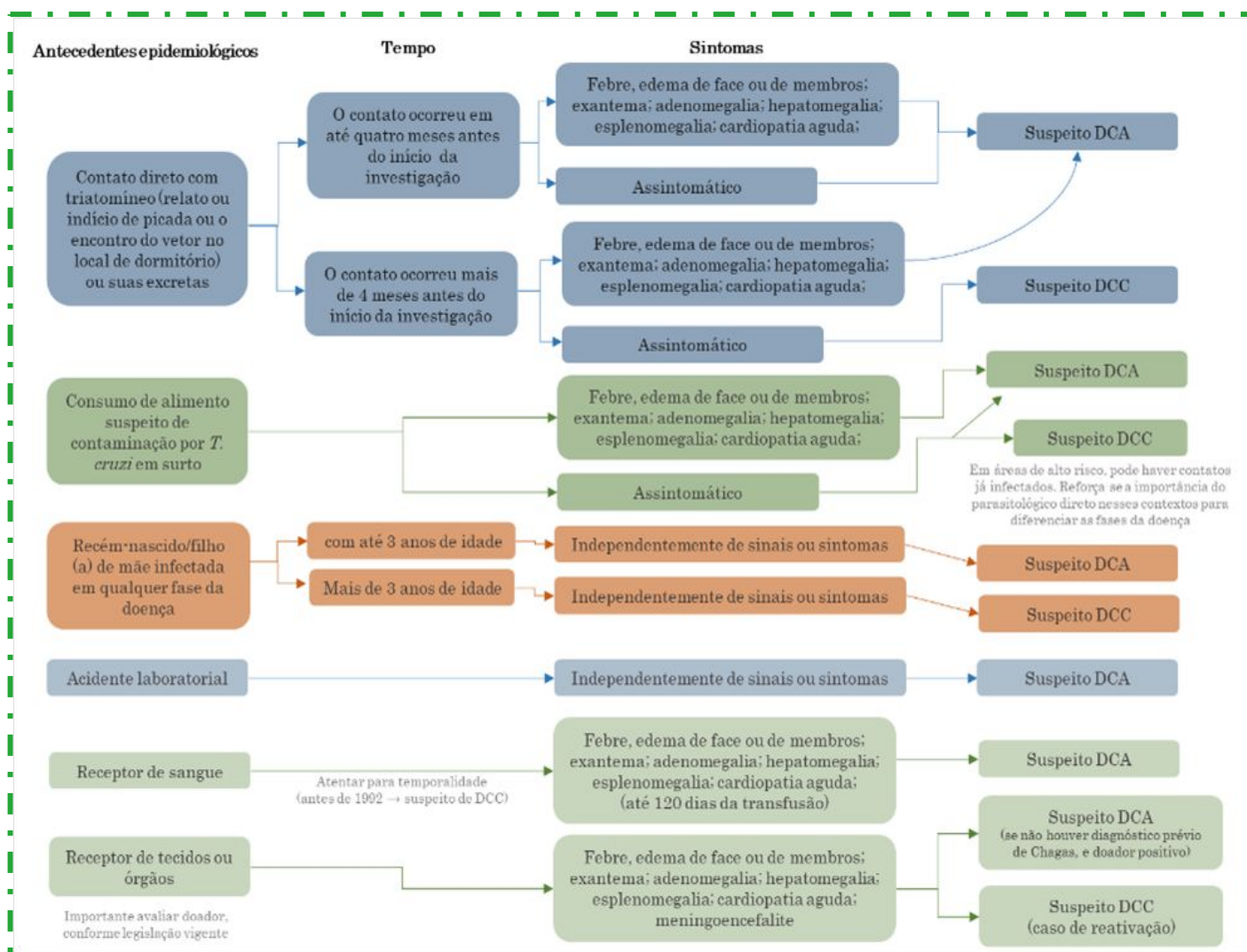
- Ter residido, ou residir, em área com relato de presença de vetor transmissor da doença de Chagas ou, ainda, reservatórios animais (silvestres ou domésticos) com registro de infecção por *T. cruzi*;
- Ter residido ou residir em habitação onde possa ter ocorrido o convívio com vetor transmissor, principalmente casas de estuque, taipa sem reboco, sapê, pau-a-pique, madeira e suspensas em rios nos cenários ribeirinhos, entre outros modos de construção que permitam a colonização por triatomíneos e/ou sua aproximação por fatores físicos diversos;
- Residir ou ser procedente de área com registro de transmissão ativa de *T. cruzi* ou com histórico epidemiológico sugestivo da ocorrência da transmissão da doença no passado, como consumo frequente de frutos *in natura* ou carne de caça no contexto da região amazônica;
- Ter realizado transfusão de sangue ou hemocomponentes antes de 1992;
- Ter familiares ou pessoas do convívio habitual que tenham diagnóstico de doença de Chagas, em especial mães e/ ou irmão com infecção comprovada por *T. cruzi*.

1.2 Caso Confirmado

→ Indivíduo, sem suspeita clínico-epidemiológica de fase aguda, com exames sorológicos reagentes por dois métodos distintos ou com diferentes preparações antigênicas para detecção de IgG, ou exame direto (identificação do parasito), ou achados necroscópicos compatíveis para *T. cruzi* ou óbito investigado pela vigilância sem oportunidade da coleta de exames laboratoriais.

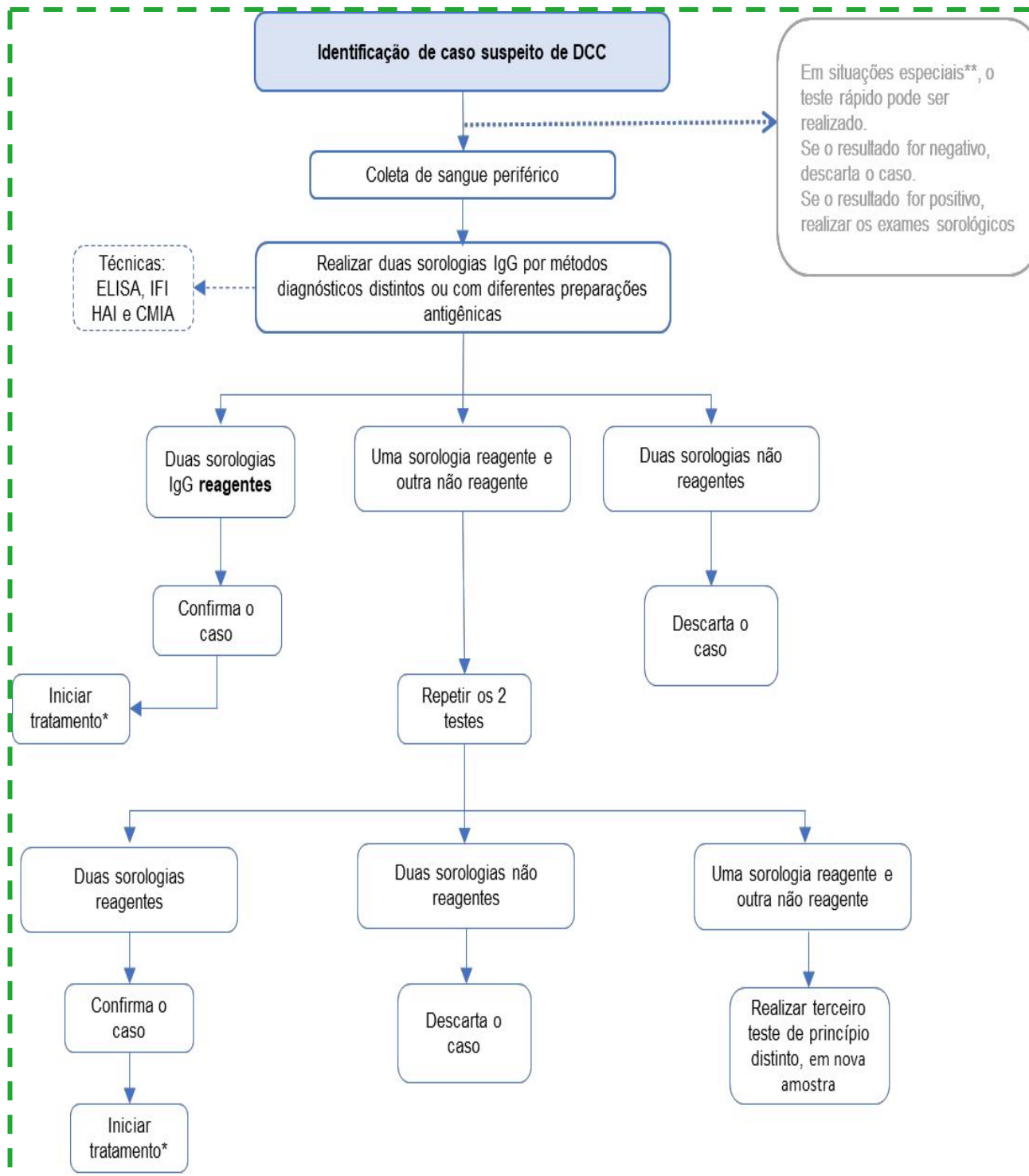
→ **Atenção:** Para fase crônica, apenas óbitos podem ser confirmados por critério clínico-epidemiológico.

Fase 1. Avaliação da suspeição de fase aguda (DCA) versus fase crônica (DCC) da doença de Chagas



Fonte: Guia VS. HAI: Hemaglutinação; CMIA: Quimioluminescência; IFI: Imunofluorescência indireta *O tratamento é indicado seguindo-se as recomendações do [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas \(2018\)](#). **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.

Figura 2. Fluxograma para diagnóstico da doença de Chagas na fase crônica por critérios laboratoriais



Fonte: Guia VS. HAI: Hemaglutinação; Cmia: Quimioluminescência; IFI: Imunofluorescência indireta *O tratamento é indicado seguindo-se as recomendações do [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas \(2018\)](#). **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.

2. NOTIFICAÇÃO

2.1. Sistema de Notificação

→ As notificações de DCC devem ser realizadas no formulário de notificação ‘Chagas crônica’ disponível no e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br/login>), sistema online com acesso em tempo real às notificações registradas.

→ **Atenção:** Reitera-se que a notificação de casos suspeitos de fase aguda permanece no SINAN NET (<http://portalsinan.saude.gov.br/doenca-de-chagas-aguda>) (Quadro 1).

→ Orientações para o primeiro acesso ao e-SUS Notifica com a validação GOV.BR, bem como dúvidas referentes ao manuseio do sistema, exportação dos dados, bloco de encerramentos: ver **Guia para notificação de doença de Chagas crônica (DCC)** em anexo.

Quadro 1. Sistemas e periodicidade de notificação da doença de Chagas (aguda e crônica)

	Notificação individual de		Periodicidade de notificação			Sistema	
	Caso Suspeito	Caso Confirmado	Imediata (até 24 horas) para				
			MS	SES	SMS		
Doença de Chagas Aguda (DCA)*	X	X		X	X	SINAN NET	
Doença de Chagas Crônica (DCC)		X				X	e-SUS Notifica

Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde), SMS (Secretaria Municipal de Saúde). *Além da notificação individual, os surtos por transmissão oral devem ser notificados por meio da Ficha de Investigação de Surto – DTA.

2.2 Tipos de Entrada de Casos Crônicos no e-SUS

A notificação de DCC deve ser realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados somente após a confirmação. **Não se devem notificar casos suspeitos de fase crônica.**

Realizar a notificação tanto de casos com diagnóstico recente, quanto a retroativa de indivíduos já em acompanhamento.

→ **Caso recente:** Mesmo ano de diagnóstico e de notificação;

→ **Caso progressivo:** Ano de diagnóstico anterior ao de notificação.

Recomenda-se que, considerando potenciais limitações operacionais, a prioridade para notificação seja para os casos crônicos recentes (todos devem ser inseridos conforme a periodicidade de notificação semanal).

Atenção! Não notificar casos já inseridos como doença de Chagas aguda no Sinan, mesmo que após o acompanhamento se observe a evolução para a fase crônica, já que esta progressão pode ocorrer anos após a infecção, e o sistema não contempla o monitoramento a longo prazo, mas as informações para subsídio das ações de vigilância.

→ Paciente com diagnóstico a partir de 2018 – Deve haver o dado laboratorial para confirmação.

→ Paciente com diagnóstico anterior a 2018 - Se não houver informação que ateste a confirmação laboratorial em prontuário, avaliar a consistência das informações de acompanhamento e a necessidade ou não de coleta para sorologia.

Caso a unidade notificante tenha acesso à internet, não há necessidade do uso de ficha impressa; **pode-se inserir diretamente pelo site do e-SUS Notifica.**

Em caso de fluxo em papel, usar a ficha de notificação (em anexo) em duas vias. A Unidade de Saúde notificante deverá encaminhar a 1ª via para a Vigilância Epidemiológica municipal de acordo com a rotina. A 2ª via deverá ser arquivada no prontuário do paciente.

3. FLUXO DE SOLICITAÇÃO E LIBERAÇÃO DO BENZNIDAZOL PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS

Para solicitar tratamento aos pacientes portadores de DCC, são necessários os seguintes documentos:

→ Ficha de notificação (salvar e enviar a ficha preenchida no Sistema; caso não tenha acesso à internet, encaminhar a ficha preenchida manualmente em anexo);

→ Prescrição médica conforme esquema terapêutico descrito nesta nota e de acordo com o Consenso Brasileiro de doença de Chagas e/ ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT);

→ Ficha de solicitação de benznidazol para o tratamento de pacientes com doença de Chagas (formas crônicas, reativação e transplantes) devidamente preenchida, link em anexo;

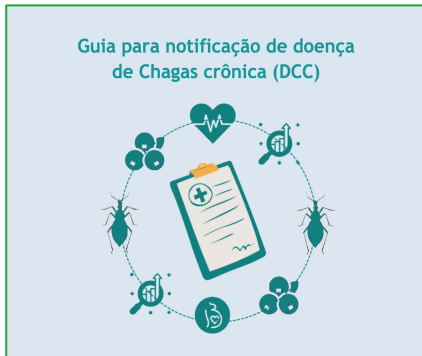
→ Exame confirmatório para doença de Chagas (Lacen como referência). Ver Nota Técnica específica de diagnóstico para doença de Chagas:

https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/nota_tecnica_recomendacoes_doenca_chagas_16_09_2020-1.pdf.

→ A liberação do medicamento está estritamente condicionada ao envio de toda a documentação para o e-mail: zoonoses@saude.ce.gov.br com cópia para emanuelle.torres@saude.ce.gov.br .

ANEXOS

Anexo 1. Materiais de Consulta Rápida

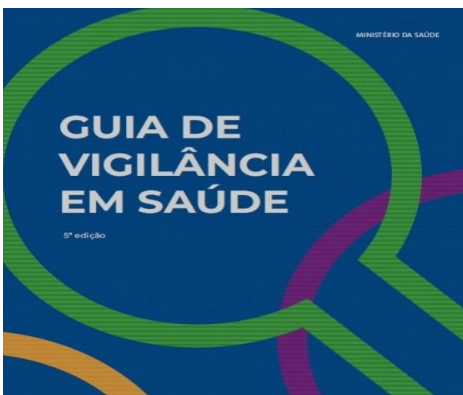


Disponível em:

[Guia para notificação de doença de Chagas crônica \(DCC\) E-SUS Notifica Versão 3.3.0](#)

Disponível em:

https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/nota_tecnica_recomendacoes_doenca_chagas_16_09_2020-1.pdf



Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contudo/publicacoes/svsa/vigilancia>

Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de caso confirmado de doença de Chagas crônica:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas/arquivos/2023/instrutivo-de-preenchimento-da-ficha-de-doenca-de-chagas-cronica/@@download/file>

Anexo 2. Ficha de notificação no e-SUS Notifica (Frente)

CASO CONFIRMADO DE DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA (DCC):

Indivíduo, **sem suspeita clínico-epidemiológica de fase aguda**, com exames sorológicos reagentes por dois métodos distintos ou com diferentes preparações antigênicas para detecção de IgG, ou exame direto (identificação do parasito), ou achados necroscópicos compatíveis para *T. cruzi*. (Apenas óbitos podem ser confirmados por critério clínico-epidemiológico)

Obs.: não notificar casos já registrados em fase aguda no SINAN

Mais informações no Guia de VS - <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/publicacoes>

Atenção! Casos suspeitos de fase aguda devem ser inseridos no SINAN. Para acesso aos materiais com definição de casos, acessar: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas>

Estado (UF) de notificação: _____		Município de notificação: _____		
Estabelecimento de saúde: _____		Código (CNES): _____		
Dados individuais	1	Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	2	Estrangeiro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	3	CPF: _____	4	CNS: _____
	5	Ocupação: _____	Código (CBO) _____	
	6	Nome Completo:		
	7	Nome social:		
	8	Nome Completo da Mãe:		
	9	Data de nascimento: ____/____/____	10	Idade: ____ (Marcar X): <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano
	11	País de origem (se estrangeiro): _____		
	12	Sexo ao nascer: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
	13	Raça/Cor: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado	14	
15	Pertence a povos e comunidades tradicionais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		16	Se sim, informe: _____
17	Escolaridade: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> EF incompleto <input type="checkbox"/> EF completo (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> EM incompleto <input type="checkbox"/> EM completo (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado			
Dados de Residência	18	CEP de residência: _____		
	19	Logradouro: _____	20	Número: _____
	21	Complemento: _____		
	22	Bairro: _____		
	23	Estado de residência: _____	24	Município de residência: _____
	25	(DDD) Telefone: _____	26	Zona: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Periurbana <input type="checkbox"/> Ignorado
	27	País de Residência (se estrangeiro): _____		

NOTIFICAÇÃO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Atendimento	28	Data de notificação: ____/____/____	29	Ano provável do diagnóstico: ____
	30	Modo de detecção: <input type="checkbox"/> Triagem para doador de órgãos/tecidos <input type="checkbox"/> Demanda espontânea - UBS <input type="checkbox"/> Receptor em transplante de órgãos/tecidos <input type="checkbox"/> Demanda espontânea: Hospital ou serviço especializado (marcar x <input type="checkbox"/> Banco de Sangue <input type="checkbox"/> Serviços de assistência em HIV/aids em apenas <input type="checkbox"/> Pré-Natal <input type="checkbox"/> Comitê de investigação de óbito uma opção) <input type="checkbox"/> Rastreamento/Busca ativa <input type="checkbox"/> Outros _____		
	31	Gestante: (Marcar X) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3º Trimestre <input type="checkbox"/> Idade Gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Ignorado		
	32	UF de nascimento: _____	33	Município de Nascimento: _____
Laboratório	34	UF provável de infecção: _____		
	35	Nº requisição GAL: _____		
	36	Sorologia (IgG) ELISA (IgG): <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não Realizado <input type="checkbox"/> Sem informação (Marcar X) IFI-Imunofluorescência (IgG): <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não Realizado <input type="checkbox"/> Sem informação HAI-Hemaglutinação (IgG): <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não Realizado <input type="checkbox"/> Sem informação Quimioluminescência: <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não Realizado <input type="checkbox"/> Sem informação		
	37	PCR detectável? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não realizado		
	38	Outros exames positivos para DC? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Se sim, quais? _____		
Profissional Responsável: _____		Registro Conselho/Matrícula: _____		

ACOMPANHAMENTO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA

Nº de notificação: _____	39	Unidade de acompanhamento é a mesma de notificação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
40	Estado da UBS que acompanha/ acompanhará o caso? (Se 39 = não) _____	
41	Município da UBS que acompanha/ acompanhará o caso? _____	
42	Qual a UBS que acompanha/ acompanhará o caso? _____	
		Código (CNES): _____

Anexo 3. Ficha de solicitação de Benznidazol (Frente)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E ANTROPOZOONOSES
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º Andar CEP 70.304-000
Tel. (61) 3213-8153/8154/8155 FAX (61) 3213-8184/8140

Ficha de solicitação de benznidazol para o tratamento de pacientes com Doença de Chagas (forma indeterminada, crônica, reativação e transplantes)

Número da ficha: ____ / ____ (Para uso do Ministério da Saúde)

Data da solicitação: ____ / ____ / 2008

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Nome da instituição: _____

Nome do solicitante: _____

DADOS PARA ENTREGA DO MEDICAMENTO

Nome do hospital ou instituição: _____

Nome do médico responsável: _____

CRM: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Nome do responsável pelo recebimento: _____

Cargo: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Endereço para entrega: _____

CEP: _____ - Cidade: _____ UF: ____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo: _____

Idade: _____ () Meses () Anos

Anexo 3. Ficha de solicitação de Benznidazol (Verso)

Peso: _____, _____ kg

Ocupação: _____

Endereço: _____

Município de residência: _____ UF: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS (Descreva brevemente a história clínica do paciente como forma de transmissão, local provável de infecção e data aproximada, exames realizados para confirmar o diagnóstico da doença de Chagas)

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO ATUAL:

- Forma indeterminada da doença de Chagas
- Forma crônica recente
- Paciente HIV+ com reativação
- Paciente chagásico submetido a transplante ou terapia imunossupressiva
- Paciente receptor de órgão de doador soropositivo para doença de Chagas
- Acidente com material possível ou provavelmente contaminado
- Protocolo de pesquisa clínica aprovado pelo Ministério da Saúde

Dose total prescrita: _____ mg Número de comprimidos: _____

(Assinatura e carimbo)

REFERÊNCIAS

DIAS, J. C.P. et al. II **Consenso Brasileiro em doença de Chagas**, 2015. Rev Soc Bras Med Trop. v. 49, p. 3–60, 2016. DOI: 10.1590/0037-8682-0505-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsbmt/a/mNgRbrGjpwvc9dSF73PdMHt/?lang=en>. Acesso em: 8 set. 2021.

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]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ambiente, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 3 v. : il., 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia para notificação de doença de Chagas crônica (DCC) - E-SUS Notifica Versão 3.00.00**. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

CEARÁ. **Diagnóstico da doença de Chagas-recomendações, 2020**. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/nota_tecnica_recomendacoes_doenca_chagas_16_09_2020-1.pdf. Acesso em 06 mar 2024.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE