



NOTA TÉCNICA Nº 01/2017 DIVEP/LACEN/SUVISA/SESAB VIGILÂNCIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DA BAHIA

1. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA DOENÇA DE CHAGAS

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

Em 2005, o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas propôs uma metodologia de avaliação de risco de transmissão vetorial, analisando os municípios segundo critérios de infestação, indicadores ambientais e sócio-econômicos. Os municípios foram orientados a realizar a avaliação utilizando os dados dos cinco anos anteriores. A partir desse critério, 16 estados, entre eles a Bahia, tiveram seus municípios classificados em baixo, médio ou alto risco para transmissão vetorial da doença de Chagas.

No Brasil, desde 2006, as ações de rotina do programa vêm sendo implementadas em função da presença do vetor e da doença em diversos municípios do país. Essas ações são estabelecidas a partir da classificação de risco de transmissão: baixo risco, médio risco e alto risco. No estado da Bahia, dos 417 municípios, 101(24,2%) são classificados considerados de baixo risco, 219 (52,5%) de médio risco e 97(23,3%) de alto risco (Figura 1).

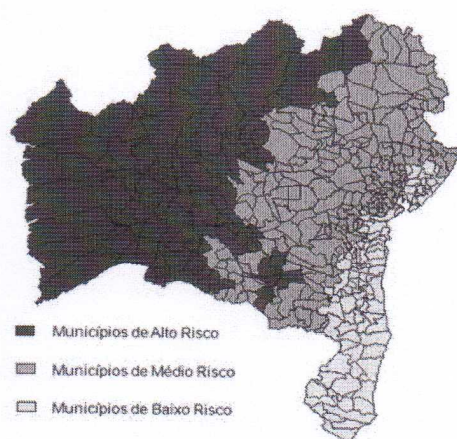


Figura 01 – Distribuição dos municípios segundo grau de risco. Bahia, 2005.

Fonte: PCDCH/DIVEP/SUVISA/SESAB



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

CASO SUSPEITO DE DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

Pessoa com febre persistente (por mais de 7 dias) com uma ou mais das seguintes manifestações clínicas: edema de face ou de membros, exantema, adenomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, cardiopatia aguda (taquicardia, sinais de insuficiência cardíaca), manifestações hemorrágicas, icterícia, sinal de Romana, chagoma de inoculação, ou que:

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

Para confirmação do caso, o diagnóstico etiológico da DC deve ser realizado em todos os pacientes suspeitos, tanto na fase aguda quanto na fase crônica. Para tanto, é fundamental integrar evidências epidemiológicas, clínicas e laboratoriais, a fim de se aumentar o grau de predição e a acurácia do diagnóstico.

CASO CONFIRMADO DE DOENÇA DE CHAGAS AGUDA

<i>Critério laboratorial</i>	Parasitológico (pesquisa a fresco de tripanossomatídeos, métodos de concentração (Strout, micro-hematócrito e creme leucocitário) ou lâmina corada de gota espessa ou de esfregaço)	Indivíduos com <i>T. cruzi</i> circulante no sangue periférico identificado por meio de exame parasitológico direto (com ou sem sintomas).
------------------------------	--	--

Weg



O **critério sorológico** baseia-se em métodos indiretos para diagnóstico, que **podem ser realizados quando os exames parasitológicos forem negativos e a suspeita clínica persistir**. Esses métodos têm utilidade complementar, e devem sempre ser realizados em casos suspeitos ou confirmados de doença de Chagas aguda. Assim, caso suspeito com sorologia reagente com anticorpos da classe IgM anti-T. cruzi por IFI (**título $\geq 1:40$**); ou sorologia reagente com anticorpos da classe IgG anti-T. cruzi por IFI (**título $\geq 1:80$**), com alteração na concentração de IgG de pelo menos 2 títulos em um intervalo mínimo de 21 dias em amostras preferencialmente pareadas; ou soroconversão por qualquer um dos métodos (ELISA, HAI, Quimioluminescência ou IFI).

2. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA DOENÇA DE CHAGAS

2.1 Fase Aguda

2.1.1 Critério parasitológico

O **exame parasitológico direto é o mais indicado nesta fase**. Esse critério é definido pela presença de formas tripomastigotas de *T. cruzi*, identificadas por meio do exame direto do sangue periférico (com ou sem centrifugação prévia) com o uso de microscopia (com ou sem coloração). Recomenda-se a realização simultânea de diferentes modalidades de exames parasitológicos diretos.

Quando os resultados do exame *a fresco* e de *concentração* forem negativos na primeira coleta, devem ser realizadas novas coletas até a confirmação do caso e/ou desaparecimento dos sintomas da fase aguda, ou ainda confirmação de outra hipótese diagnóstica.

O LACEN/Bahia, em Salvador, e o Laboratório Estadual de Referência Regional (LERR), em Jequié, realizam os seguintes exames para diagnóstico de Chagas Agudo: a) Análise de esfregaço sanguíneo; b) Exame à fresco; c) Strout; d) Gota espessa.

Handwritten signature



MÉTODOS DE EXAMES PARASITOLÓGICOS DIRETOS

Pesquisa a fresco de tripanossomatídeos	É 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.
Métodos de concentração	São de rápida execução e baixo custo (método de Strout, micro-hematócrito e creme leucocitário), e são 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	Podem ser utilizadas, mas apresentam menor sensibilidade do que os métodos anteriormente descritos. Entretanto, na região Norte do Brasil, pertencente à Amazônia Legal, são largamente utilizados, em virtude da praticidade e da disponibilidade ao serem integradas às ações de diagnóstico da malária.

2.1.2 Critério sorológico

Nos casos em que não se identifica o parasito na pesquisa direta, a verificação da presença de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgM no sangue periférico é considerada sugestiva da fase aguda, particularmente quando associada a contexto epidemiológico e manifestações clínicas.

A **seroconversão para infecção por *T. cruzi*** é definida pela presença de uma primeira amostra de soro não reagente para anticorpos anti-*T. cruzi*, associada a uma segunda amostra reagente (coletada 2 a 4 semanas após), com base em um ensaio que inclua ambas as amostras simultaneamente.

Por outro lado, o **aumento de pelo menos dois títulos entre duas amostras reagentes** com intervalos de 2 a 4 semanas, em um contexto clínico e epidemiológico favorável pode ser sugestivo para doença de Chagas aguda.

A sorologia IgM por imunofluorescência indireta é realizado no laboratório de referência nacional.



2.2 Fase Crônica

2.2.1 Critério sorológico

O diagnóstico na fase crônica é essencialmente sorológico e pode ser realizado utilizando-se um teste com elevada sensibilidade (Quimioluminescência) em conjunto com outro método de elevada especificidade (ELISA).

Considera-se indivíduo infectado na fase crônica aquele que apresenta anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgG detectados por meio de pelo menos dois testes sorológicos com princípios/métodos distintos ou que possuam diferentes preparações antigênicas. O diagnóstico diferencial com outras doenças (por exemplo, leishmaniose visceral, hanseníase na forma clínica virchowiana, doenças autoimunes, entre outras) deve ser considerado. A realização de reações em eluatos de sangue coletado em papel de filtro é desaconselhada para o diagnóstico de infecção, embora sejam habitualmente utilizadas em etapas de triagem em inquéritos epidemiológicos.

O LACEN/Bahia e os laboratórios Municipais/Estadual de Referência Regional (LMRR/LERR), em Brumado, Bom Jesus da Lapa, Guanambi, Ibotirama, Jequié, Paulo Afonso, Porto Seguro, Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista realizam Sorologia para Chagas (anticorpos totais) por quimioluminescência e ELISA.

2.3 Diagnóstico da Infecção por *T. cruzi* durante a gestação

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

A OMS recomenda também esta triagem para aquelas mulheres que têm histórico de ter recebido sangue por transfusões realizadas em áreas endêmicas ou que tenham nascido nestas áreas.

A transmissão pode ocorrer em qualquer momento da gravidez, sendo possivelmente maior no terceiro trimestre, com o aumento da parasitemia. Por outro lado, o diagnóstico oportuno da infecção durante a gravidez possibilita atenção mais qualificada à gestante infectada, que deve ser acompanhada durante toda a gestação.



Ressalta-se a importância de proceder a todas as avaliações recomendadas durante o pré-natal, incluindo a testagem anti-HIV. A coinfeção T. cruzi e HIV em gestantes representa risco aumentado de transmissão congênita de T. cruzi, pela elevada parasitemia, também implicando em maior morbimortalidade perinatal.

2.4 Diagnóstico em crianças expostas

O risco de transmissão vertical de T. cruzi depende do nível de parasitemia, do estado imunológico materno, da cepa infectante e de fatores placentários, podendo ocorrer em qualquer fase da doença.

Embora a maior parte dos casos seja assintomática, em alguns pode ocorrer febre prolongada, hepatoesplenomegalia, insuficiência respiratória, prematuridade, baixo peso ao nascer e natimorto. Sinais de meningoencefalite e miocardite foram observados na coinfeção com HIV. Portanto, têm sido recomendados como avaliações de rotina nas crianças com indícios clínicos de doença de Chagas congênita: hemograma completo, bioquímica sérica, exame de urina, radiografia de tórax, eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma, além de ultrassonografia cerebral e abdominal.

A estratégia empregada para o diagnóstico da infecção por T. cruzi dependerá essencialmente da idade da criança:

Crianças até 9 meses de idade	Crianças expostas a T. cruzi, por transmissão vertical, apresentam anticorpos maternos da classe IgG circulantes, que podem ser detectados por testes sorológicos de rotina até 9 meses de idade. Dessa forma, sua detecção, nesse período, <u>não caracteriza necessariamente uma infecção congênita.</u>
Crianças a partir de 9 meses de idade	A persistência de títulos inalterados de anticorpos anti-T. cruzi (classe IgG) a partir de 9 meses <u>é indicativa de infecção congênita</u> , e a ausência desses anticorpos afasta a possibilidade de infecção na criança.

O diagnóstico em casos suspeitos de doença de Chagas por transmissão vertical (excluídas outras formas de transmissão), por se tratar de infecção aguda, deve ser confirmado por meio da utilização de **métodos parasitológicos diretos** (exame a fresco, micro-hematócrito, creme leucocitário e/ou método de Strout) no sangue do cordão ou do recém-nascido nos **primeiros**



30 dias de idade (preferencialmente na primeira semana de vida), com avaliação de **duas ou três** amostras na ausência de sinais e sintomas para ampliação da sensibilidade.

Para crianças sintomáticas ou recém-nascidos de mãe com infecção aguda por T. cruzi ou com reativação na vigência de coinfeção por HIV/T.cruzi, estes exames parasitológicos devem ser realizados repetidamente.

Em caso de exames parasitológicos negativos nos primeiros meses ou na impossibilidade do uso de métodos parasitológicos, recomenda-se realizar a pesquisa de anticorpos IgG anti-T. cruzi **após o nono mês em dois testes.**

No Brasil, a inclusão do teste sorológico com pesquisa de IgG para T. cruzi no Programa Nacional de Triagem Neonatal (“teste do pezinho”) é recomendável, especialmente em regiões endêmicas para infecção por T. cruzi, representando estratégia útil e de baixo custo.

3. TRATAMENTO ANTIPARASITÁRIO DA DOENÇA DE CHAGAS

Embora haja divergências quanto aos percentuais de cura no tratamento antiparasitário da doença de Chagas, existem evidências consistentes sobre a sua utilidade em ambas as fases (aguda e crônica) da doença e em todas as formas clínicas da infecção crônica, uma vez que as lesões orgânicas dependem exclusivamente (fase aguda) ou pelo menos em parte (fase crônica) da presença do parasito. Além disso, há supressão evidente da parasitemia com a terapêutica antiparasitária vigente.

Por sua vez, o percentual de cura e sua comprovação dependem de alguns fatores, como a fase e o tempo de duração da doença, a idade do paciente, os exames utilizados para a avaliação de eficácia terapêutica e o tempo de seguimento pós-tratamento, as condições associadas e a susceptibilidade da cepa de T. cruzi aos medicamentos antiparasitários.

3.1 Tratamento na fase aguda

Na **fase aguda**, o tratamento **deve ser realizado em todos os casos** e o mais rápido possível, após a confirmação diagnóstica, independente da via de transmissão do parasito (classe I, nível de evidência B). O tratamento específico é eficaz na maioria dos casos agudos (> 60 %)



e congênitos (> 95 %), apresentando ainda boa eficácia em 50% a 60% de casos crônicos recentes.

3.2 Tratamento da doença de Chagas congênita

Os casos diagnosticados como doença de Chagas congênita devem receber tratamento antiparasitário, independentemente de o diagnóstico ter sido realizado nas primeiras semanas ou nove meses após o nascimento (classe I, nível de evidência B).

3.3 Tratamento na fase crônica

O tratamento etiológico tem como objetivos curar a infecção, prevenir lesões orgânicas ou a evolução das mesmas e diminuir a possibilidade de transmissão do *T. cruzi*. Por esses motivos, recomenda-se o tratamento em crianças e adultos jovens, na forma crônica indeterminada (FCI) e nas formas cardíaca leve e digestiva.

A FCI tem particular relevância, por ser a forma clínica de maior prevalência na doença de Chagas, além do evidente caráter benigno e do baixo potencial evolutivo em curto e médio prazos. Com a redução da incidência de doença de Chagas aguda e com a melhora do manejo clínico, os casos de doença de Chagas crônica estão tendo sua sobrevida ampliada, com avanço na idade, refletindo a tendência à redução proporcional da FCI em idades avançadas.

Desse modo, na fase crônica recente (na prática, em crianças) é válido o mesmo raciocínio quanto à recomendação do tratamento na fase aguda. Assim, considera-se que devem ser tratadas todas as crianças com idade **igual ou inferior a 12 anos**, com sorologia positiva.

Para adolescentes com idade entre 13 e 18 anos e adultos com infecção crônica, quando se consegue estabelecer que a fase aguda ocorreu até 12 anos antes (considerados como infecção recente), é usualmente recomendado o tratamento antiparasitário, embora faltem evidências consistentes a partir de estudos randomizados justificando tal conduta.

Para os indivíduos com doença de Chagas a partir de 19 anos de idade, sem infecção recente documentada, o tratamento antiparasitário deve ser considerado de forma individualizada. Alguns estudos observacionais têm demonstrado que, em indivíduos na faixa etária de 19 a 50 anos, o tratamento antiparasitário é capaz de impedir o aparecimento ou retardar a progressão da doença em proporção expressiva dos casos. De forma específica, o tratamento de mulheres



cronicamente infectadas em idade fértil, realizado antes da gravidez, tem o efeito de reduzir a infecção congênita.

Para indivíduos com idade superior a 50 anos, sem cardiopatia avançada, não há estudos justificando o tratamento antiparasitário. Estudo observacional em indivíduos idosos com infecção por *T. cruzi* demonstrou que a doença se encontra presente e ativa, com redução do percentual de pacientes na FCI e aumento daqueles na forma cardíaca, não estando estes indivíduos completamente fora do plano terapêutico etiológico da doença de Chagas, o qual pode ser individualizado (classe IIb, nível de evidência C).

O tratamento antiparasitário não deve ser realizado em indivíduos na fase crônica da doença de Chagas com a forma cardíaca grave, uma vez que não há evidências de benefícios clínicos na evolução destes pacientes. Em virtude da toxicidade das drogas disponíveis, não é recomendado o tratamento durante a gestação, a menos que se trate de caso agudo e grave.

A forma digestiva não contraindica o tratamento antiparasitário da doença de Chagas, devendo-se realizar a correção do megaesôfago, com a finalidade de possibilitar o pleno trânsito do medicamento e, conseqüentemente, sua absorção (classe IIa, nível de evidência C).

3.4 Tratamento de casos com imunossupressão

Casos com imunodeficiência, como os usuários de medicamentos imunossupressores para o tratamento de neoplasias, em transplantes e outras doenças, e casos com imunodeficiência, como aqueles com coinfeção *T. cruzi*/HIV, podem desenvolver quadro de reativação da doença de Chagas. Seguem condutas indicadas nesses casos.

3.4.1 Transplantes

Em transplantes em geral, é necessário saber se o doador ou o receptor apresentam doença de Chagas, considerando-se o risco de transmissão ou de reativação da doença. Assim, são três os cenários possíveis:

- **Doador com doença de Chagas e receptor sem doença de Chagas**
- **Doador sem doença de Chagas e receptor com doença de Chagas**
- **Doador e receptor com doença de Chagas**



Maiores informações referentes ao item 3.4.1, ver no **II Consenso Brasileiro de Doença de Chagas, 2015**.

3.4.2 Coinfecção *T. cruzi*/HIV

Estudos observacionais têm demonstrado que, na vigência de coinfecção *T. cruzi* e HIV, sem ocorrência de aids, existe a evolução natural de ambas as doenças, devendo-se seguir as orientações para tratamento antiparasitário da doença de Chagas em suas fases aguda e crônica ou monitoramento da parasitemia, se possível quantitativamente (Classe IIa, nível de evidência C). Na coinfecção e na vigência de aids, pode ocorrer reativação da doença de Chagas, e as seguintes condutas são recomendadas: na reativação com síndrome clínica com miocardite, meningoencefalite ou outras, e exame parasitológico positivo por microscopia direta no sangue, líquido ou lesão característica em tecidos, o tratamento antiparasitário específico está indicado (Classe I, nível de evidência C). Essa conduta terapêutica também deve ser adotada nos casos sem evidência de reativação com síndrome clínica associada, mas com alta parasitemia, definida por Sartori e colaboradores como presença de mais de 20% das ninfas positivas em um mesmo exame de xenodiagnóstico (exame parasitológico indireto, PCR quantitativo) ou parasitemia persistente (Classe IIa, nível de evidência C).

3.5 Transmissão acidental

Em acidentes com risco elevado para transmissão da doença, como pérfuro-cortantes, e contato com mucosas durante a manipulação de material biológico com parasitos vivos, deve-se fazer a profilaxia primária, iniciando-se o medicamento imediatamente após o acidente e mantendo-o por 10 dias (Classe IIa, nível de evidência C). Mais informações sobre transmissão acidental, ver **II Consenso Brasileiro de Doença de Chagas, 2015**.

4. MEDICAMENTOS, POSOLOGIA E VIA DE ADMINISTRAÇÃO

O **Benznidazol** é a droga de escolha disponível para o tratamento específico da Doença de Chagas. O Nifurtimox pode ser utilizado como alternativa em casos de intolerância ao



Benznidazol, e deve ser solicitado ao GT Chagas/DIVEP para que ele articule com o GT-Chagas/MS a liberação desse medicamento.

No Brasil, somente as apresentações de 100mg e 12,5mg de benznidazol estão disponíveis na rede do SUS, sendo que a distribuição na dose de 12,5mg é centralizada (Ministério da Saúde), devido a pequena ocorrência de casos da doença na faixa etária recomendada para uso do medicamento (recém nascidos até crianças de 2 anos de idade).

Em todos os casos, a dose máxima recomendada de Benznidazol é de 300mg/dia. Quando a dose diária ultrapassar 300mg/dia recomenda-se estender o tempo de tratamento até se alcançar a dose total calculada para 60 dias. Exemplo: paciente adulto, com 80 Kg (dose 5mg x 80Kg = 400mg). Nesse caso, o paciente deveria tomar 400 mg por dia, entretanto, como a dose máxima é de 300 mg, faltaria 100mg/dia (1comprimido) que, em 60 dias, totalizaria 60 comprimidos a mais para finalizar o tratamento. Como se recomenda fracionar em até três vezes ao dia, esse paciente tomaria durante 60 dias, três comprimidos/dia (300 mg) acrescido de 20 dias (60 comprimidos faltantes divididos em três tomadas/dia (60/3=20 dias).

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

Em casos de intolerância ao benznidazol, tem-se como opção terapêutica o nifurtimox (classe 1, nível de evidência B): comprimidos de 120mg (adultos) e 30mg (crianças).

Adultos: 10mg/kg/dia, por via oral, em três tomadas diárias, durante 60 dias.

Crianças: 15mg/kg/dia, por via oral, em três tomadas diárias, durante 60 dias.

Os efeitos adversos e a toxicidade do nifurtimox são semelhantes aos verificados com o benznidazol, exceto pela menor tolerância digestiva, refletida na anorexia com perda de peso e distúrbios psíquicos. Em caso de falha terapêutica com o benznidazol, o nifurtimox pode ser utilizado, embora tenha sido observada resistência cruzada entre os dois medicamentos.



Recomendações para utilização da formulação pediátrica de Benznidazol (12,5mg) para tratamento da doença de Chagas

O Benznidazol de 12,5 mg é destinado a pacientes de até dois anos de idade (20 kg), eliminando a necessidade de fracionamento (a não ser para crianças prematuras com menos de 2,5 kg de peso corporal). A nova formulação proporciona maior precisão na dose, além de ser facilmente desintegrado em líquidos (água ou suco), o que facilita de forma acentuada a administração do medicamento, sem a necessidade de uma preparação complexa, tornando o processo simples e seguro.

A administração pode ser de um, dois ou três comprimidos de 12,5 mg, administrados duas vezes ao dia (após o café e após o jantar, com intervalo aproximado de 12h entre as administrações), durante 60 dias.

Forma de preparação: colocar o comprimido no recipiente medidor e realizar a diluição em 5 a 10 ml de líquido, que pode ser água ou suco (1-2 colheres de chá) e agitar com cuidado. Em caso de resíduo do medicamento no fundo do recipiente após a administração, colocar novamente a mesma quantidade de líquido, misturar e realizar nova administração.

5. AVALIAÇÃO DE CURA

A negatividade sorológica é considerada o único método tradutor de cura após tratamento antiparasitário da doença de Chagas. O tempo necessário para a negatificação é variável e depende da fase da doença, sendo de **1 ano para a infecção congênita, 3-5 anos para a fase aguda, 5-10 anos para a fase crônica recente e acima de 20 anos na fase crônica de longa duração.**


A redução dos títulos dos exames sorológicos se faz gradativamente. O declínio persistente e progressivo acima de três diluições dos títulos dos exames sorológicos é sugestivo de que estes irão negativar. Os exames parasitológicos não são obrigatórios como controles de cura do tratamento antiparasitário da doença de Chagas, porém, em qualquer momento da evolução do paciente, a positividade destes indica fracasso terapêutico.



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- O tratamento antiparasitário para a doença de Chagas é factível, seguro e operacionalmente viável para utilização em unidades da rede básica de saúde. Entretanto, dependendo da gravidade das condições clínicas de cada caso, principalmente os casos com a forma aguda ou reativada e formas crônicas descompensadas, pode haver necessidade de encaminhamento para unidades especializadas ou de referência, com maior densidade tecnológica em saúde, ou até mesmo internação hospitalar.
- Segue em anexo o Fluxograma de liberação do Benznidazol (ANEXO 1).
- O LACEN/Bahia e o Laboratório Estadual de Referência Regional (LERR) realizam os seguintes exames para diagnóstico de **Chagas Agudo**: a) Análise de esfregaço sanguíneo; b) Exame à fresco; c) Strout; d) Gota espessa. O exame de Chagas IgM por imunofluorescência indireta é encaminhado para o laboratório de referência nacional.
- O LACEN/Bahia e o Laboratório Estadual de Referência Regional (LERR) realizam os seguintes exames para diagnóstico de **Doença de Chagas Crônica**: a) quimioluminescência; b) Chagas IgG por Elisa.
- Orientações para coleta, acondicionamento e transporte das amostras estão disponíveis no “Manual de Orientações para Coleta, Acondicionamento e Transporte de Amostras para Exames Laboratoriais”, disponível no site <http://www.suvisa.ba.gov.br/content/manual-de-orienta%C3%A7%C3%A3o-para-coleta-acondicionamento-e-transporte-de-amostras-para-exames-labor>

Essa Nota Técnica revoga as Nota Técnicas nº 01/2013 e 02/2015 GT CHAGAS/CODTV/DIVEP/SUVISA/SESAB.


Maria Aparecida Araújo Figueiredo

Diretora DIVEP


Quinara Pereira Gusmão Maia

Diretora LACEN



BIBLIOGRAFIA

1. Abras A, Gállego M, Llovet T, Tebar S, Herrero M, Berenguer P, Ballart C, Martí C, Muñoz C. 2016. Serological diagnosis of chronic Chagas disease: is it time for a change? *J Clin Microbiol* 54:1566 –1572. doi:10.1128/JCM.00142-16.
2. DIAS, J. C. P. et al. **II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.** *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2016, v.25, n.spe, pp.7-86. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25nspe/2237-9622-ress-25-esp-00007.pdf>>.
3. G. Praast et al. Evaluation of the Abbott ARCHITECT Chagas prototype assay. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*. v.69 (2011), p.74–81.
4. DNDi e LAFEPE lançam apresentação pediátrica contra o parasito de Chagas. Informativo n.1 – Plataforma de pesquisa clínica em doenças de Chagas – Rio de Janeiro, agosto de 2011. Acesso em: 28 de novembro de 2013. Disponível em: <http://www.dndi.org.br/images/stories/pdf/plataforma_informativo_port_1.pdf>



ANEXO 1

Fluxograma de liberação do Benznidazol

