



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**  
**Para Vigilância da Doença de Crônica - DCC**  
**Atualização: Setembro/2024**

**OBJETIVOS:** Detectar os casos de doença de Chagas crônica, com vistas possibilitar uma qualidade de vida a pessoa afetada, à aplicação de medidas de prevenção e controle. De modo geral, a maioria dos casos de DCC toma conhecimento no diagnóstico ao doar sangue; submeter-se à avaliação médica pré-admissional em uma empresa, ou ainda, quando já apresentam sintomas indicativos de alteração cardiovascular ou digestiva, e buscam atendimento médico em serviços de atenção ambulatorial especializada.

**A. DEFINIÇÃO DE CASO DE DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA (DCC)**

**CASO SUSPEITO:** Baseada preliminarmente nos achados clínicos e na história epidemiológica. Na forma cardíaca, existem evidências de acometimento cardíaco de 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. Contudo, parte dos casos não apresenta síndrome clínica específica, devendo ser considerados os seguintes contextos de risco e vulnerabilidade para suspeição:

- Ter residido, ou residir, em área com relato de presença de vetor transmissor (barbeiro) da doença de Chagas ou ainda com 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, sapê, pau-a-pique, madeira, entre outros modos de construção que permitam a colonização por triatomíneos);
- 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;
- Ter realizado transfusão de sangue ou hemocomponentes antes de 1992;
- Ter familiares ou pessoas do convívio habitual ou rede social que tenham diagnóstico de doença de Chagas, em especial mãe e irmão (s).

## CASO CONFIRMADO DE DCC:

- 1. Critério laboratorial:** Indivíduo, **sem suspeita** clínico-epidemiológica de fase aguda, com exames **sorológicos reagentes** com diferentes preparações antigênicas para **detecção de IgG** ou achados necroscópicos compatíveis para *T. cruzi*. Os métodos mais utilizados pelos laboratórios de Saúde Pública são imunofluorescência indireta (IFI), hemaglutinação indireta (HAI) e *enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISA).
- 2. Critério clínico-epidemiológico:** Apenas óbitos podem ser confirmados por critério clínico epidemiológico.

### B. NOTIFICAÇÃO NO E-SUS Notifica

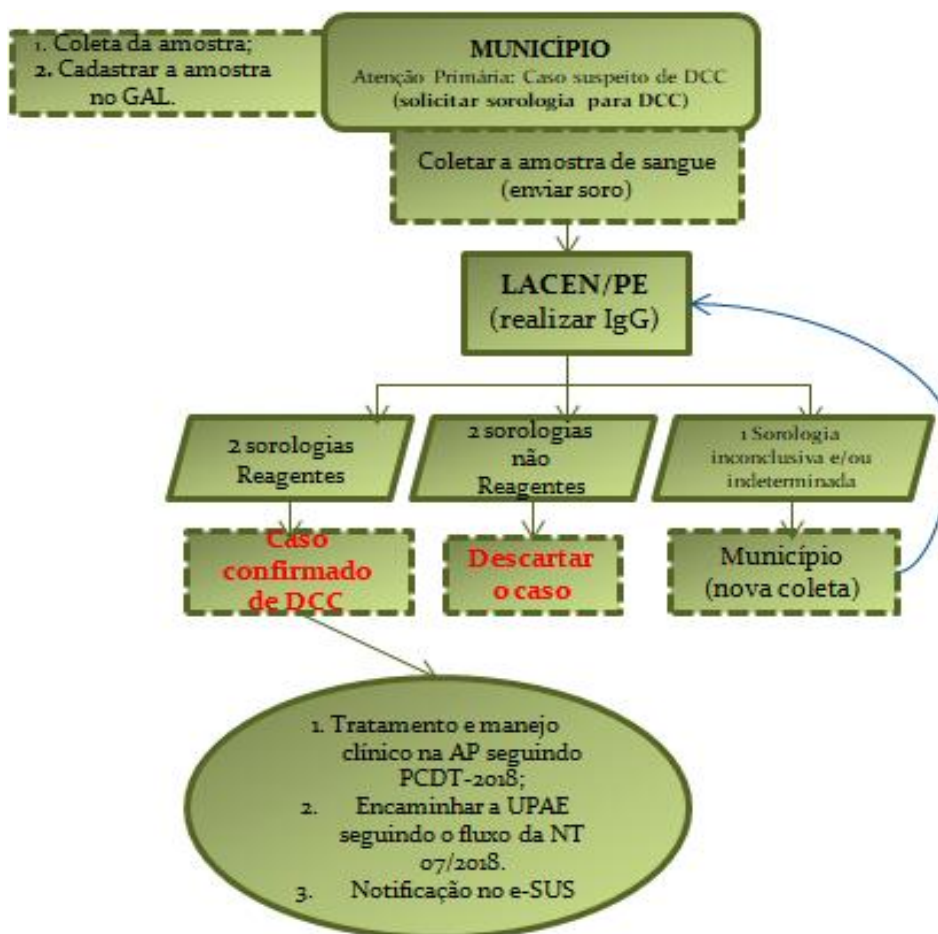
A **Doença de Chagas Crônica (DCC)** passou a ser um agravo de notificação compulsória a partir de 2020, devendo ser notificado apenas os casos **confirmados por dois testes imunológicos distintos da classe IgG** (Portaria GM/MS N° 217 de 1° de março de 2023). Devendo ser notificado o caso **confirmado** no Sistema E-SUS Notifica.

## MODELO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO – E-SUS NOTIFICA

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - LABORATÓRIO		FICHA DE NOTIFICAÇÃO DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA		NP	
<p><b>CASO CONFIRMADO DE DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA (DCC):</b>                  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 <i>T. cruzi</i>. (Apenas óbitos podem ser confirmados por critério clínico-epidemiológico)                  Obs.: não notificar casos já registrados e confirmados em fase aguda no SINAN.                  Mais informações no Guia de VIG - <a href="https://www.saude.gov.br/sinan/encerramento-dcc">https://www.saude.gov.br/sinan/encerramento-dcc</a>                  Atenção! Casos suspeitos de fase aguda devem ser inseridos no SINAN. Para acesso aos materiais com definição de casos, acessar: <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/causas-da-a-2/doenca-de-chagas">https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/causas-da-a-2/doenca-de-chagas</a></p>					
<p>Estado (UF) de notificação: _____ Município de notificação: _____                  Estabelecimento de saúde: _____ Código (CHES): _____</p>					
<p>1. Tem CPF? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2. CPF: _____                  3. Estrangeiro (se não tiver CPF) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 4. CNS: _____</p>					
<p>1. CBO/Ocupação: _____ Código (CBO): _____</p>					
<p>4. Nome Completo: _____                  5. Nome social: _____                  6. Nome Completo da Mãe: _____</p>					
<p>7. Data de nascimento: ____/____/____ Idade (em anos) (preenchida no sistema a partir do nascimento): _____                  8. País de origem (se estrangeiro): _____</p>					
<p>9. Sexo ao nascer: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino                  10. 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. Se indígena, qual a etnia? _____</p>					
<p>15. Pertence a povos e comunidades tradicionais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 16. Se sim, informe: _____</p>					
<p>17. Escolaridade: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> EF incompleta (até o 3º ano) <input type="checkbox"/> EF completa (até o 9º ano) <input type="checkbox"/> EM incompleta <input type="checkbox"/> EM completa <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>					
<p>18. CEP de residência: _____ 19. Logradouro: _____ 20. Número: _____</p>					
<p>21. Complemento: _____                  22. Bairro: _____ 23. Estado de residência: _____                  24. Município de residência: _____ Cod. IBGE: _____                  25. DD/DDD Telefone: _____ 26. Zona (Marcar X) <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Periurbana <input type="checkbox"/> Ignorado</p>					
<p>27. País de residência (se estrangeiro): _____</p>					
<p><b>NOTIFICAÇÃO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA</b></p>					
<p>28. Data de notificação: ____/____/____ 29. Ano provável do diagnóstico: ____</p>					
<p>30. Modo de suspeição: <input type="checkbox"/> Triagem para doador de órgãos/técidos <input type="checkbox"/> Demanda espontânea - UBS <input type="checkbox"/> Receptor em transplante de órgãos/técidos <input type="checkbox"/> Demanda espontânea - Hospital ou serviço especializado <input type="checkbox"/> Risco de Sangue em soro <input type="checkbox"/> Pré-Natal <input type="checkbox"/> Serviço de assistência em HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Comitê de investigação de óbito <input type="checkbox"/> Outros: _____                  31. Gestante: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32. UF de nascimento: ____ 33. Município de Nascimento: _____ Cod. IBGE: _____                  34. UF provável de infecção: ____ Município provável de infecção: _____ Cod. IBGE: _____                  35. Nº requisição GAL: _____</p>					
<p>36. Sorologia (IgG) (Marcar X) <input type="checkbox"/> IICA - Ensaio imunoenzimático (IFI) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não Realizado <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> IFI-Imunofluorescência (IFI) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não Realizado <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> HAI-Hemaglutinação (HAI) <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não Realizado <input type="checkbox"/> Sem informação <input type="checkbox"/> Quimioluminescência <input type="checkbox"/> Reagente <input type="checkbox"/> Não-Reagente <input type="checkbox"/> Inconclusivo <input type="checkbox"/> Não Realizado <input type="checkbox"/> Sem informação</p>					
<p>37. PCR detectável? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Não se aplica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, qual? _____                  38. Outros exames positivos para DCC? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, quais? _____                  Profissional Responsável: _____ Registro Conselho/Matricula: _____</p>					
<p>Observação: _____</p>					
<p><b>ACOMPANHAMENTO - DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA</b></p>					
<p>39. Nº de notificação: _____ Unidade de acompanhamento é a mesma de notificação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>					
<p>40. (Se 39 = não) - Informações da UBS que acompanha/ acompanhará o caso:                  Estado da UBS: _____                  Município da UBS: _____ Cod. IBGE: _____                  Qual a UBS: _____ Código (CHES): _____</p>					
<p>41. Está sendo acompanhado em Hospital/Serviço especializado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>					
<p>42. (Se 41 = sim) - Informações do Hospital/Serviço Especializado:                  Estado do Hospital/Serviço Especializado: _____                  Município do Hospital/Serviço Especializado: _____ Cod. IBGE: _____                  Qual Hospital/Serviço especializado: _____ Código (CHES): _____</p>					
<p>43. Exames complementares (Marcar X)                  Eletrocardiograma: <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Não realizado                  RX colón: <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Não realizado                  RX esôfago: <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Não realizado                  Ecocardiograma: <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Não realizado                  Outros: <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Não realizado                  Se outros, quais: _____</p>					
<p>44. Comorbidades: (Marcar X) <input type="checkbox"/> HIV/aids <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hepatite crônica <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia de outra etiologia <input type="checkbox"/> Neoplasias/Outras condições de imunossupressão <input type="checkbox"/> Leishmanioses <input type="checkbox"/> Outras: _____</p>					
<p>45. Forma clínica: <input type="checkbox"/> Indeterminada <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Cardíaca leve/moderada <input type="checkbox"/> Cardíodigestiva <input type="checkbox"/> Cardíaca avançada <input type="checkbox"/> Em investigação 46. Ocorreu episódio de reativação (reagutização)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>					
<p>47. Tem histórico de tratamento anterior com Benznidazol? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>					
<p>48. Prescrições atuais - Tratamento Específico: Total de comprimidos: _____ rF dias de TTP: _____                  24 Linha Benznidazol (BNZ): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não BNZ: _____                  24 Linha Nifurtimox (NFX): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não NFX: _____ NFX: _____</p>					
<p>49. Apresentou reações adversas ao BNZ? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica  <input type="checkbox"/> Sem reações <input type="checkbox"/> Dermatopatia leve/moderada <input type="checkbox"/> Dermatopatia grave <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Parestesias <input type="checkbox"/> Depressão medula óssea <input type="checkbox"/> Intolerância gastrointestinal <input type="checkbox"/> Artralgias <input type="checkbox"/> Outras: _____</p>					
<p>50. Apresentou reações adversas ao NFX? (Marcar X) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica  <input type="checkbox"/> Sem reações <input type="checkbox"/> Dermatopatia leve/moderada <input type="checkbox"/> Dermatopatia grave <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Parestesias <input type="checkbox"/> Depressão medula óssea <input type="checkbox"/> Intolerância gastrointestinal <input type="checkbox"/> Artralgias <input type="checkbox"/> Outras: _____</p>					
<p>51. Nº de Familiares (vivos) com história epidemiológica COM diagnóstico prévio e confirmado de doença de Chagas: _____</p>					
<p>52. Realizada busca ativa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 53. Nº de Familiares com história epidemiológica SEM diagnóstico prévio de doença de Chagas: _____                  (Se sem informação (marcar X) <input type="checkbox"/> ) 54. Nº de Familiares com realização de exames para doença de Chagas, após busca ativa: _____ / Sem inf ( )                  (Se em andamento (marcar X) <input type="checkbox"/> ) 55. Nº de Familiares confirmados para doença de Chagas, após busca ativa: _____ / Sem inf ( )</p>					
<p>56. Transferência de residência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>					
<p>57. Novo estado de residência: _____ Novo Município de Residência: _____ Cod. IBGE: _____                  Mudança de UBS de acompanhamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  UF da nova UBS: _____ Cod. IBGE: _____                  Município da nova UBS: _____ Código (CHES): _____                  Nova UBS: _____                  Houve Alteração de Ambulatório Especializado ou Hospital? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                  Estado do novo Ambulatório Especializado ou Hospital: _____                  Município: _____ Cod. IBGE: _____                  Nova unidade de acompanhamento: _____ Código (CHES): _____</p>					
<p>58. Situação de encerramento: (Marcar X) <input type="checkbox"/> Permeio em acompanhamento clínico <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito por D. Chagas <input type="checkbox"/> Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> Cansado/Excluir <input type="checkbox"/> Não                  60. Data do Óbito: ____/____/____ 61. Data do Encerramento: ____/____/____                  Profissional Responsável: _____ Registro Conselho/Matricula: _____</p>					

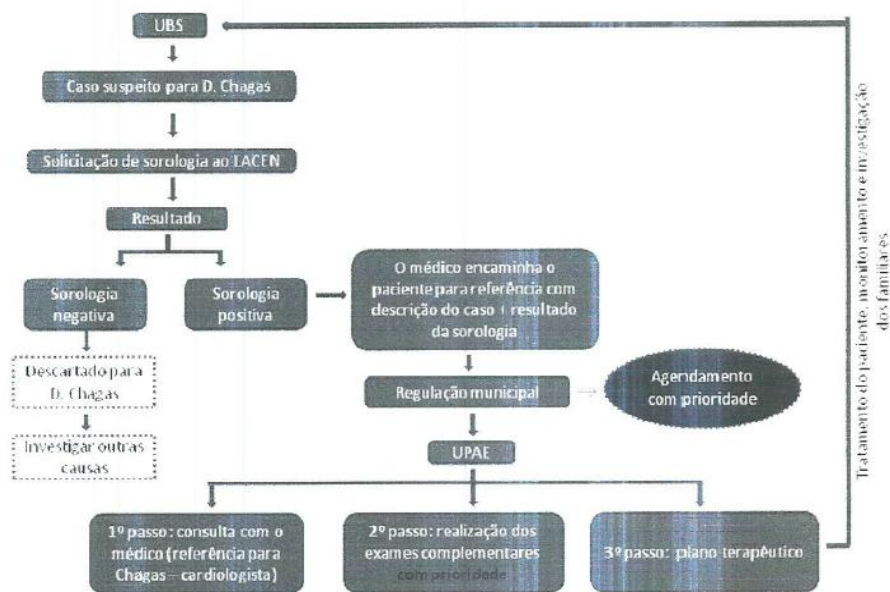
**Obs:** O encerramento da notificação de DCC é considerado oportuno em até seis meses após a data de notificação (não há encerramento automático no e-SUS Notifica).

### C. FLUXO DE DIAGNÓSTICO



D. Orientações para a coleta das amostras no Manual de Orientações de Coleta, Acondicionamento e Transporte de Amostras <https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Manual%20Lacen.pdf>

E. **INVESTIGAÇÃO:** O Município deverá coletar a amostra de sangue para realizar a sorologia e a partir da confirmação do caso, o acompanhamento deverá ocorrer na Atenção Primária (AP), podendo ser encaminhado também para Unidade Pronto Atendimento Especializado - UPAE a fim de ser atendido por especialista e realizar outros exames (Nota Técnica Nº 07 de 26 novembro de 2018). Ver o fluxo abaixo para a entrada do paciente na UPAE.



Nota: Caberá ao município realizar a coleta de sangue e o envio da amostra para o LACEN. A amostra deverá estar cadastrada no Sistema Gerenciador de Laboratório-GAL e seguir com o formulário próprio do LACEN. Após 25 dias o município acessa o GAL para retirar o resultado das sorologias e repassa para o médico da USF.

\* Encaminhar o paciente para UPAE com a descrição do caso.

**F. TRATAMENTO ESPECÍFICO:** A droga de primeira escolha no Brasil é o Benzonidazol 100 mg adulto e 12,5 mg infantil, disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde através das Secretarias Estaduais. O tratamento poderá ser realizado na AP, monitorado sempre os exames necessários, segundo o PCDCT - Outubro/2018 N° 397.

Nota 1: Para Assistência, diagnóstico e tratamento da doença de Chagas Crônica em Pernambuco, o Ambulatório de Insuficiência Cardíaca//**Casa de Chagas/PROCAPE/UPE** está como referência no tratamento dos casos de DCC.

#### PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES

1. Nota Técnica 36/2012 Nota Técnica 36/2012 - **Orientações sobre vigilância entomológica e a utilização de inseticida de ação residual no controle de triatomíneos** - vetores da doença de Chagas.
2. Portaria SES N° 234 de 21 de junho de 2017 - **Estabelece o Ambulatório de doença de Chagas e Insuficiente Cardíaca/Casa de Chagas/PROCAPE/UPE.**

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Chagas, - Outubro/2018 N° 397.
4. Manual de Orientações de Coleta, Acondicionamento e Transporte de Amostras – Lacen/PE: 4ª Ed: <https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Manual%20Lacen.pdf>

#### **TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

<b>Setor</b>	<b>Telefone</b>	<b>e-mail</b>
Cievs-PE	(81)3184-0192 (horário comercial)/Prontidão 24h: (81)9488-4267 (Para notificação exclusiva de surtos ou emergências de Saúde Pública)	<a href="mailto:cievs.pe.saude@gmail.com">cievs.pe.saude@gmail.com</a>
Coordenação Estadual de Vigilância Área Técnica	(81) 3184-0220	<a href="mailto:chtmpe@gmail.com">chtmpe@gmail.com</a>