



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 240/2025-CGZV/DEDT/SVSA/MS

Trata-se de Nota Técnica Conjunta CGZV e CGLAB/SVSA com as atualizações e orientações complementares referentes à vigilância e diagnóstico laboratorial da Doença de Chagas (DC) no Sistema Único de Saúde (SUS).

1. OBJETIVO

1.1. Atualizar orientações de vigilância e diagnóstico laboratorial da Doença de Chagas (DC) no Sistema Único de Saúde (SUS) para:

- I - Realizar planejamento para o rastreamento de casos crônicos;
- II - Informar sobre a solicitação da notificação de fase crônica para diagnóstico - Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) e Testes Rápidos Imunocromatográficos (TRI);
- III - Atualizar orientações para diagnóstico laboratorial e fluxos do Guia de Vigilância em Saúde e do Guia para Diagnóstico Laboratorial em Saúde Pública do Ministério da Saúde.

2. DIRETRIZES VIGENTES

2.1. A vigilância da DC estrutura-se a partir da Política Nacional de Vigilância em Saúde, por meio da Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os atuais documentos orientadores do Ministério da Saúde para vigilância seguem abaixo:

- a) Guia de Vigilância em Saúde* - <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view> (Recomendações relacionadas às ações de Vigilância em Saúde, especialmente quanto à definição de caso suspeito e confirmado, diagnóstico, investigação, notificação, prevenção e controle);
- b) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Doença de Chagas: relatório de Recomendação - <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-doenca-de-chagas--relatorio-de-recomendacao.pdf/view> (Protocolo aprovado no âmbito da CONITEC. A partir do método GRADE, estabelece critérios para o diagnóstico, o tratamento preconizado, as posologias recomendadas, os mecanismos de controle clínico, e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos);
- c) Guia para notificação de doença de Chagas crônica - <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/guia-para-notificacao-de-doenca-de-chagas-cronicas-dcc/view> (Orientações quanto ao sistema de notificação, preenchimento do formulário, exportação dos dados e monitoramento);
- d) Guia para Diagnóstico Laboratorial em Saúde Pública - <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/saude-politicas-publicas/guia-para-diagnostico-laboratorial-em-saude-publica.pdf/view> (Informações sobre a dinâmica do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), com descrição dos procedimentos que envolvem as etapas do diagnóstico laboratorial das doenças de Notificação Compulsória);
- e) Consenso Brasileiro em Doença de Chagas - <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/ii-consenso-brasileiro-em-doenca-de-chagas-2015.pdf/view> (Sistematização de evidências e consenso de especialistas brasileiros quanto ao diagnóstico, tratamento, prevenção e controle da doença. Destacam-se as recomendações quanto as situações de transplante e acidentes laboratoriais);
- f) Programa de Ensaio de Proficiência (PEP-FUNED) - <https://www.funed.mg.gov.br/ensaios-e-proeficiencia/> (Avaliação da qualidade e da precisão dos resultados de análise de laboratórios);
- g) Manual do Programa de Avaliação da Qualidade Imunodiagnóstico da Doença de Chagas - <https://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Manual-PAQ-Doen%C3%A7a-de-Chagas.pdf> (Orientações para o controle de qualidade do diagnóstico laboratorial da rede estadual, Lacen e Laboratório de Referência Nacional (LRN)).

*O Guia de Vigilância está em revisão para a 7ª ed. e será ajustado conforme recomendações desta Nota, assim como o Guia de Notificação e o PCDT.

3. PLANEJAMENTO PARA O RASTREAMENTO DE CASOS CRÔNICOS

3.1. Reforça-se que, para a investigação epidemiológica da DC, primeiramente é necessário avaliar qual fase de suspeição: se aguda ou crônica. As atuais definições de casos suspeitos constam no Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

3.2. Além das portas de entrada habituais de casos, recomenda-se a implementação do rastreamento para identificar a doença em indivíduos crônicos assintomáticos, estruturado a partir da atenção primária em municípios prioritários por meio de programas organizados, considerando o cenário epidemiológico, capacidade da rede laboratorial local, infraestrutura e recursos humanos nos municípios.

Para determinação de áreas de maior risco/vulnerabilidade, é importante considerar atributos da população humana, do vetor e do ambiente. Nesse sentido, a incidência de casos agudos autóctones e a ocorrência de surtos de DC por si só expressam um alto risco.

Para doença de Chagas crônica (DCC), considerando o longo período de infecção e intensa migração populacional nas últimas décadas, propõe-se o uso de um índice de vulnerabilidade, construído a partir de diferentes dimensões, com objetivo de demonstrar as áreas de maior potencial de morbimortalidade da doença em sua fase crônica associada a um cenário de limitações de acesso aos serviços de saúde, implicando em baixa suspeição e detecção de casos crônicos e na qualidade de vida das pessoas acometidas pela doença.

O índice foi construído para Unidade Federada (UF), macrorregiões de saúde e municípios e, quanto mais próximo de 1, maior seria a vulnerabilidade para DCC (<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-especial-de-doenca-de-chagas-numero-especial-abril-de-2022>). Nesse sentido, destaca-se a importância da análise das macrorregiões de saúde, considerando o fato de que pessoas com infecção por T.

cruzi, pelo caráter crônico da DC, necessitam de cuidado articulado a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e, segundo a Resolução de Consolidação CIT n° 1, de 30 de março de 2021, a organização das RAS deve considerar a perspectiva de construção de uma macrorregião de saúde com o intuito de garantir a resolubilidade da atenção à saúde.

As atuais recomendações para o rastreamento, incluem:

- Indivíduos com fatores de risco, conforme definição de caso para fase crônica. Destacam-se, especialmente, as pessoas que residem/residiram em habitações com presença ou risco de contato com o vetor e aquelas que possuam familiares com diagnóstico da doença.
- Gestantes durante o pré-natal.

Apesar do atual PCDT recomendar o rastreamento em gestantes apenas com fatores de risco, pode ser estratégica a implementação de triagem universal para DC em territórios de maior vulnerabilidade e silenciosos, tendo em vista experiências locais e indicadores para eliminação.

3.3. A implantação de um programa de rastreamento requer processo de planejamento e pactuação dos recursos e insumos necessários para diagnóstico, tratamento etiológico e cuidado integral das pessoas que serão diagnosticadas, juntamente com as demais esferas de governo responsáveis pelo fornecimento de cada insumo, e inclusão na Programação Anual de Saúde dos territórios com organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e respectivas Linhas de Cuidado (LC), previamente ao início das ações.

Tal planejamento deve levar em conta os prazos administrativos e legais para construção dos planos de demanda, e sempre envolvendo a vigilância, rede laboratorial e assistência farmacêutica nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando potencial aumento de demanda de insumos, é discricionário aos territórios priorizarem grupos a depender do perfil populacional, como crianças, mulheres em idade fértil e gestantes. Caso o território não consiga realizar o rastreio e necessite da colaboração do Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) no processo de diagnóstico, deverá haver planejamento prévio e pactuação antes que a intervenção seja iniciada, a fim de se avaliar a capacidade técnica, operacional, e disponibilidade de insumos de cada Lacen, e haver programação adequada na solicitação de insumos ao MS.

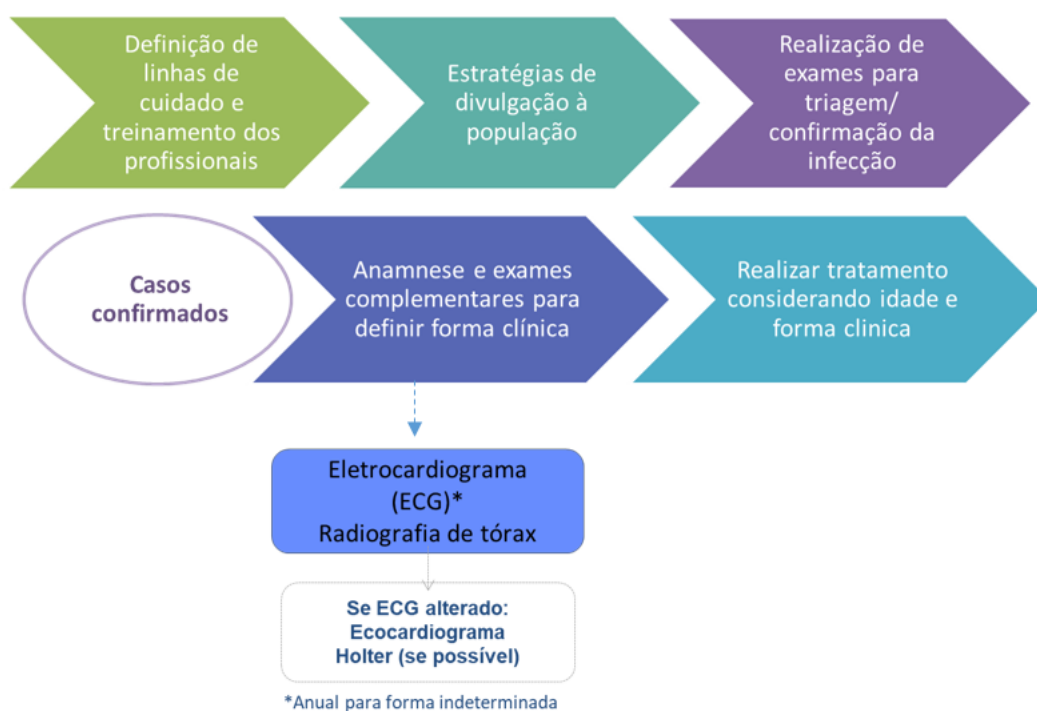
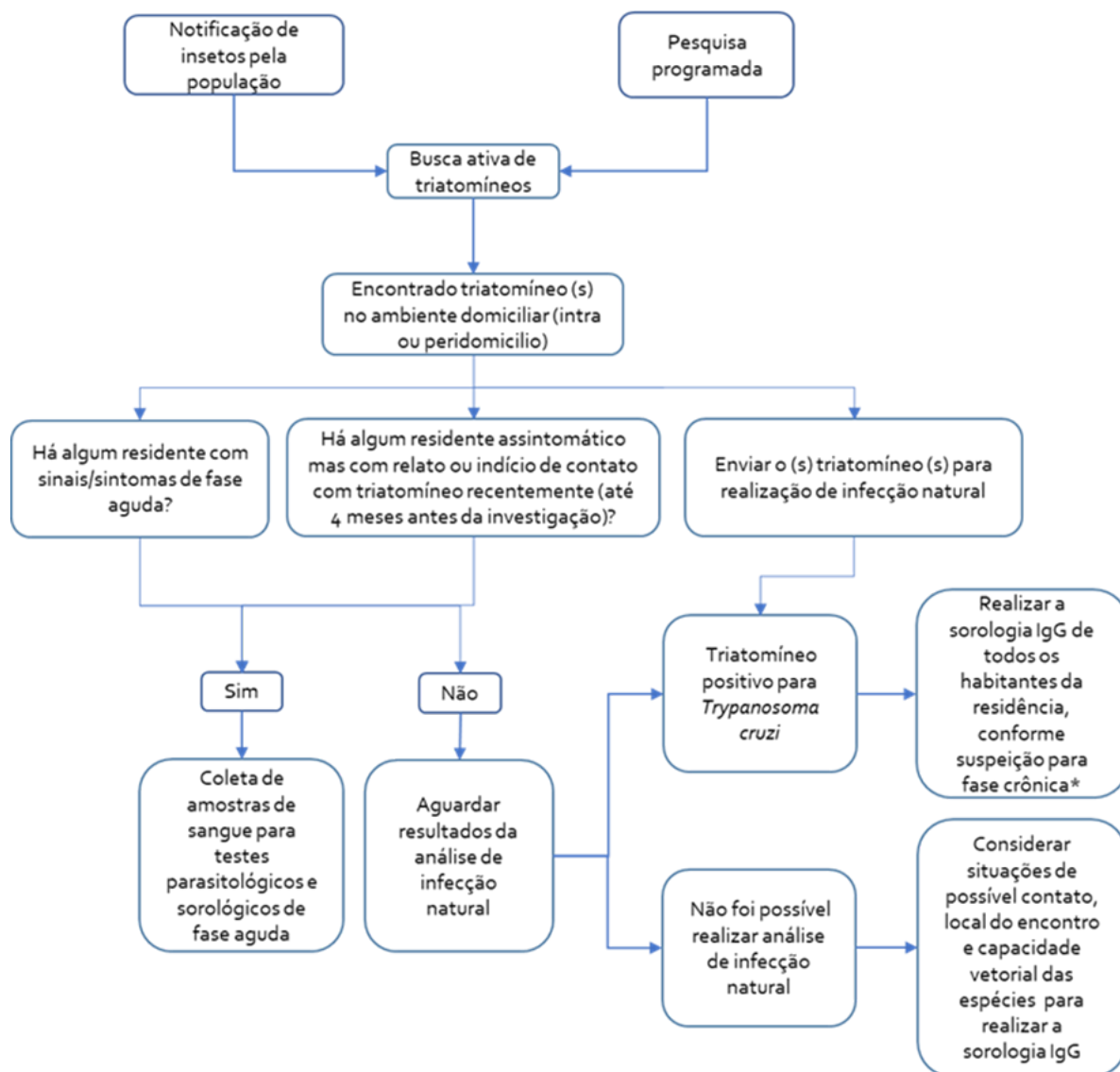


Figura 1. Etapas para implementação de rastreamento de doença de Chagas crônica. Obs.: outros exames complementares podem ser solicitados a depender da avaliação médica, como em casos suspeitos de megacólon e/ou megaesôfago: realizar enema opaco e radiografia contrastada do esôfago, respectivamente.

A partir do caso identificado no rastreamento, é necessária a realização de busca ativa de outros familiares, com destaque para recém-nascidos e filhos anteriores de mães com a confirmação da DC.

Em situações de **busca de casos a partir das ações de vigilância entomológica**, é necessário considerar a possibilidade de suspeição tanto de fase aguda quanto crônica, assim como os resultados da análise de infecção natural. Abaixo, segue sugestão de fluxo, contudo as ações podem ser ajustadas a depender das especificidades epidemiológicas e organização de cada território.



Nota: *Dependendo da capacidade operacional, pode-se priorizar a realização da sorologia nas unidades domiciliares com o encontro de triatomíneo no intradomicílio, considerando o maior risco de infecção.

Figura 2. Fluxo de busca ativa de casos a partir do encontro do triatomíneo no ambiente domiciliar.

4. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

4.1. A coleta de amostras biológicas deve ser realizada em todos os casos suspeitos de DC e os exames a serem realizados em cada fase da doença, no pré-natal e em recém-nascido com suspeita de transmissão vertical estão resumidos na figura abaixo:

Fase Aguda	Fase Crônica	Gestante no Pré-Natal**	Recém-nascido com suspeita de transmissão vertical
- Testes Parasitológicos e Sorológicos (IgM e IgG) simultaneamente - Reação em Cadeia da Polimerase (PCR)*	- Teste Rápido (triagem)* - Testes Sorológicos (IgG) – duas metodologias distintas - Reação em Cadeia da Polimerase (PCR)* – imunossuprimidos/reativação	- Teste Rápido (triagem)* - Dois testes sorológicos anti-<i>T. cruzi</i> – métodos distintos (IgG)	- Testes Parasitológicos - PCR* - Testes Sorológicos***

Nota: *Teste rápido não é adquirido e distribuído à rede laboratorial pelo Ministério da Saúde e PCR necessita de padronização pelo Laboratório de Referência Nacional (LRN). **Gestantes com suspeita da doença na fase aguda devem realizar os exames equivalentes para esta fase. ***Realização de dois testes após os nove meses de vida, no caso de parasitológico negativo ou PCR não detectável.

Figura 3. Exames para diagnóstico de doença de Chagas.

A descrição sobre cada teste, tipos de amostras, critérios de coleta, prazos de envio, transporte e processamento de amostras dos casos suspeitos de DC e informações complementares estão no Quadro 01 (Apêndice) e Anexo A ao final desta Nota, assim como descrição das responsabilidades do Lacen, FUNED e CGLAB (Anexo B).

4.2. Destaca-se que **casos na fase crônica são notificados após a confirmação**. Portanto, para o encaminhamento das amostras ao Lacen de cada Estado é **dispensado o envio da ficha de notificação para fase crônica** para a realização dos exames solicitados (necessária apenas ficha de encaminhamento, requisição do GAL ou outro (s) documento (s) conforme organização de cada laboratório). Já para **fase aguda**, considerando a notificação de casos suspeitos, pode-se vincular à ficha do Sinan.

4.3. A **Reação em Cadeia da Polimerase (PCR)** não pode ser considerada um método de diagnóstico isolado para confirmação ou descarte de casos de DCA ou DCC. Ressalta-se que a PCR tem potencial de diagnóstico complementar especialmente para: avaliação da efetividade do tratamento antiparasitário (caso seja PCR quantitativo); identificação de casos em fase crônica com imunossupressão em risco para reativação; diagnóstico de casos de transmissão materno-fetal.

4.4. **Testes rápidos imunocromatográficos (TRI)** atualmente são recomendados no PCDT como alternativa para descartar diagnóstico **apenas de fase crônica** e podem ser utilizados como **triagem inicial** (ou seja, não é confirmatório isoladamente, apenas para descartar um caso suspeito) em cenários sem uma rede laboratorial adequada, com difícil acesso aos serviços de saúde e em gestantes com suspeita de DC durante o pré-natal ou em trabalho de parto.

O TRI atualmente está sendo utilizado em serviços de saúde de alguns municípios brasileiros, das cinco regiões do país, sítios de estudo dos projetos IntegraChagas e CUIDA Chagas, ambos financiados pelo Ministério da Saúde, além de iniciativas locais. Os resultados destes estudos irão viabilizar evidências que poderão apoiar a tomada de decisão sobre a incorporação do TRI por esta instituição, considerando a diversidade genotípica das cepas circulantes do parasito em nosso território, em especial para Região Amazônica, assim como estudos de avaliação econômica (custo-efetividade e de impacto orçamentário), conforme Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec.

Resultados do Teste rápido

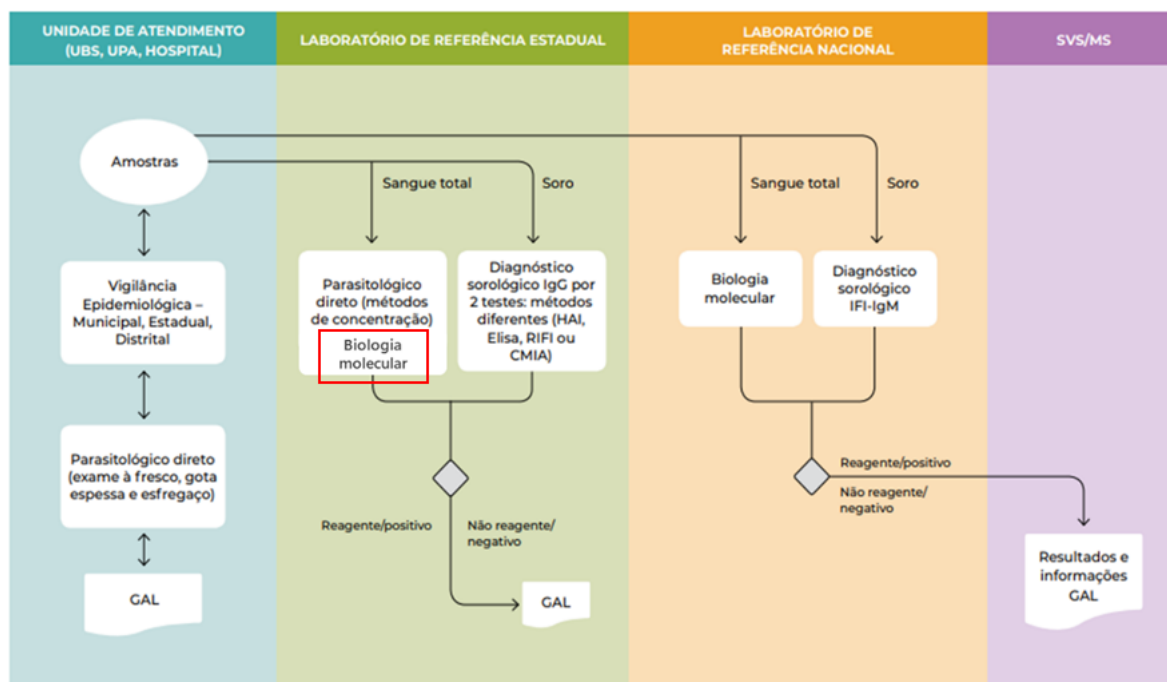
· Se resultado negativo → descarta a doença (fase crônica);

· Se resultado positivo ou inconclusivo → demanda confirmação diagnóstica através da realização de testes sorológicos conforme critérios para confirmação de fase crônica.

4.5. Reitera-se que a detecção de **imunoglobulina M (IgM)** é apenas para fase aguda, e recomenda-se apenas o método de imunofluorescência indireta (IFI) realizado pelo Laboratório de Referência Nacional (LRN) ou Lacen habilitado pelo LRN.

5. ATUALIZAÇÕES DE ORIENTAÇÕES PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E DE FLUXOS DO GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E GUIA PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL EM SAÚDE PÚBLICA

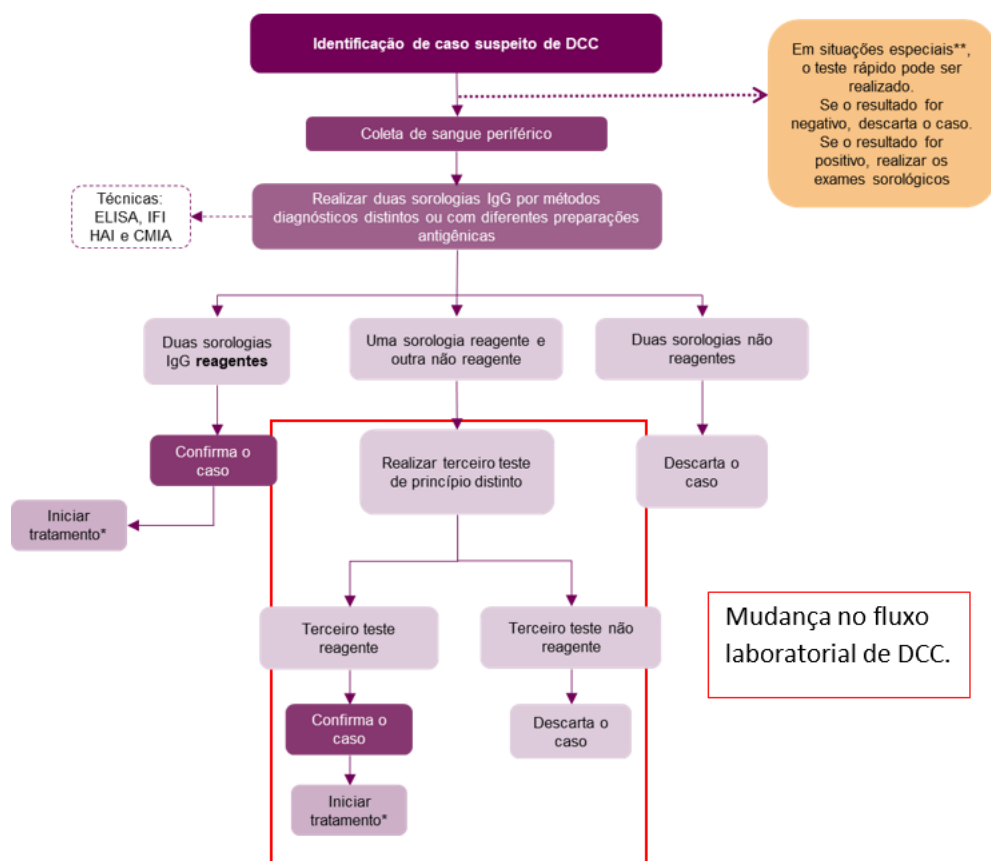
5.1. Considerando a possibilidade de realização de PCR pelos LACEN, o algoritmo do fluxo laboratorial para amostras suspeitas de doença de Chagas do Guia para Diagnóstico Laboratorial em Saúde Pública passa a vigorar com o seguinte ajuste:



Fonte: Adaptado de Guia para Diagnóstico Laboratorial em Saúde Pública - <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/saude-politicas-publicas/guia-para-diagnostico-laboratorial-em-saude-publica.pdf/view>.

Figura 4. Algoritmo do fluxo laboratorial para amostras suspeitas de doença de Chagas.

5.2. O Fluxograma para confirmar ou descartar casos suspeitos de doença de Chagas crônica (DCC), segundo critério laboratorial será alterado no Guia de Vigilância conforme destaque abaixo (os demais fluxos seguem conforme Anexo A desta Nota):



OBS: Diante de resultados indeterminados, persistindo a suspeita clínica da DCC, uma nova amostra deve ser coletada após 15 a 21 dias para realização de novas sorologias.

Notas: O tratamento é indicado seguindo-se as recomendações do *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas* (BRASIL, 2018a).

****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 DC durante o pré-natal ou em trabalho de parto.

Figura 5. Fluxograma para confirmar ou descartar casos suspeitos de doença de Chagas crônica (DCC), segundo critério laboratorial.

5.3. A definição de casos confirmados laboratorialmente do Guia de Vigilância passa a vigorar com a seguinte redação (alteração marcada em **negrito**):

Casos na Fase Aguda

Para casos na fase aguda, a confirmação está atrelada ao caso suspeito, descartada a possibilidade de ser caso crônico ou reativação, sendo necessário apresentar os seguintes resultados laboratoriais:

- Parasitológico: *T. cruzi* circulante no sangue periférico identificado por meio de exame parasitológico; ou
- Sorológico: indivíduo com sorologia reagente com anticorpos da classe IgM anti- *T. cruzi* por IFI; ou sorologia reagente com anticorpos da classe IgG anti- *T. cruzi* por IFI, com alteração na concentração de IgG de pelo menos duas diluições em um intervalo mínimo de 15 dias em amostras preferencialmente pareadas; ou soroconversão por qualquer um dos métodos (ELISA, HAI ou IFI); ou
- **PCR: apenas se realizado pelo LRN ou por centros de pesquisa ou Lacen com protocolo validado e apresente sinais/sintomas e histórico epidemiológico sugestivo. Contudo, não se recomenda como técnica isolada para confirmação ou descarte, por necessidade de padronização.**

Caso confirmado de DC por transmissão vertical: recém-nascido cuja mãe tenha exame parasitológico positivo ou sorológico reagente para *T. cruzi* e que apresente:

- Parasitológico positivo ou PCR detectável a partir do nascimento; ou
- Sorológico reagente a partir do 9º mês de nascimento (antes disso, os anticorpos maternos ainda podem estar presentes na criança) e sem evidência de infecção por outras formas de exposição ao *T. cruzi*.

Os casos de DCA devem ser confirmados sempre por meio de diagnóstico laboratorial. O critério clínico epidemiológico deve ser utilizado em situações eventuais.

Casos na fase crônica

Os casos de DCC podem ser confirmados considerando-se o indivíduo sem suspeita clínico-epidemiológica de fase aguda e com presença de um dos seguintes exames:

- Sorologia anti-*T. cruzi* (IgG) reagente por dois métodos baseados em princípios distintos (ELISA, HAI, IFI ou CMIA).
- Xenodiagnóstico indireto positivo para *T. cruzi*.
- Hemocultura positiva para *T. cruzi* em amostras de sangue e líquido, ou diagnóstico *post mortem*.
- **PCR: em situações de pessoas imunossuprimidas, transplantadas, e apenas se realizado pelo LRN ou por centros de pesquisa e Lacen com protocolo padronizado. Não se recomenda como técnica isolada para confirmação ou descarte, por necessidade de padronização.**

Casos de DCC não são confirmados por critério clínico epidemiológico, apenas laboratorial, com exceção de óbitos investigados pela vigilância sem oportunidade da coleta laboratorial.

Atenção aos seguintes pontos para a interpretação dos resultados da sorologia:

- a) Falso Negativo: Na detecção de IgG é importante ressaltar que há a possibilidade de resposta imunológica reduzida, como nos casos de pessoas imunossuprimidas, podendo o resultado da sorologia para DC se apresentar como não reagente.
- b) Falso Positivo: A detecção de IgM é uma técnica que pode apresentar resultados falso-positivos em várias doenças febris, devido às reações cruzadas. A pessoa deve apresentar alterações clínicas compatíveis com DCA e/ou história epidemiológica sugestiva para confirmação de DCA por sorologia tanto de IgM quanto IgG.

6. CONCLUSÃO

6.1. A SVSA, por meio da CGZV e da CGLAB, da Funed e de outros parceiros, vem empreendendo esforços no intuito de alcançar as metas estabelecidas e pactuadas, na busca pela ampliação do diagnóstico oportuno, assim como da eliminação da DC e da transmissão vertical da DC como problema de saúde pública.

6.2. Diante disso, reforça as orientações aos profissionais de saúde sobre o fluxo de diagnóstico laboratorial da DC, haja vista a importância de fomentar e fortalecer o acesso ao diagnóstico às pessoas com suspeita ou confirmação da doença, incluindo gestantes, crianças e recém-nascidos.

6.3. Em caso de dúvidas ou necessidade de informações adicionais, entrar em contato com a equipe técnica da vigilância da doença de Chagas, pelo e-mail chagas@saude.gov.br ou telefone: (61)3315-3901, com a equipe técnica da vigilância laboratorial, pelo e-mail: rodrigo.rodriques@saude.gov.br e dalia.machado@saude.gov.br e telefone (61)3315-6278/3974, e com a Funed pelo e-mail: sdp@funed.mg.gov.br e telefone (31) 33144661.

7. BIBLIOGRAFIA

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 53 p. Disponível em: http://bvsvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_certificacao_elimizacao_transmissao_hiv_doenca_chagas.pdf. Acesso em: 26 ago. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Suplemento do Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2024/suplemento_guia_elimizacao_tv_sif_eletronico.pdf/view. Acesso em: 26 ago. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3 v.: il. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view>. Acesso em: 05 set. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas. Outubro/2018, nº 397. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-doenca-de-chagas--relatorio-de-recomendacao.pdf/view>. Acesso em: 23 abr.2024.

Dias JCP, Ramos Jr. AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2016. 25(esp): 7-86. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000500007&lng=pt. Acesso em: 23 abr.2024.

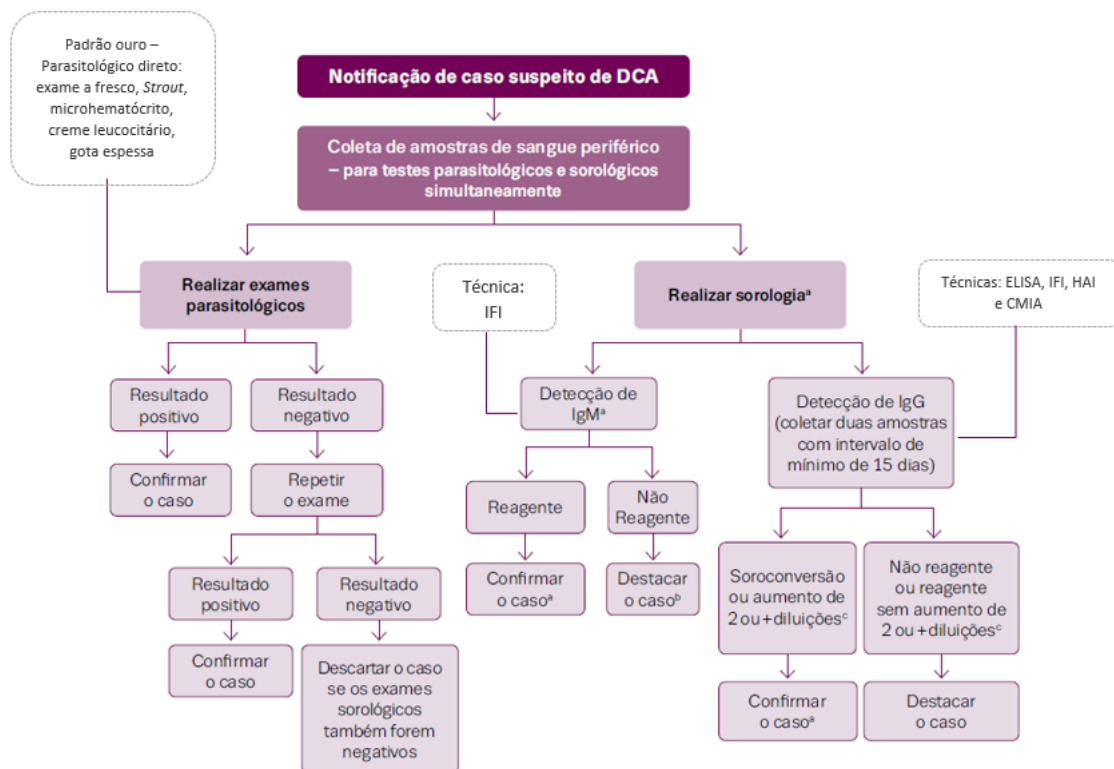
8. APÊNDICE

Quadro 1. Orientações sobre o tipo de diagnóstico, as fases da doença, método/exame, tipo de material/quantidade/número de coletas, tempo entre as coletas de amostras, recipiente, armazenamento/conservação, transporte, executor.

Tipo de Diagnóstico	Fase da Doença	Método/ Exame	Tipo de Material Quantidade	Número de coletas	Intervalo de tempo entre as coletas	Recipiente	Armazenamento/ Conservação	
Sorológico IgM	Fase aguda	Imunofluorescência Indireta (IFI)	Soro 0,5-2 mL	1	-	Tubo estéril	Soro: 2 a 8 °C (até cinco dias) ou -20 °C (após cinco dias)	
Sorológico IgG	Fase aguda e crônica	Imunofluorescência Indireta (IFI)	IFI, HAI, ELISA, CMIA: soro 0,5-2 mL	2 (fase aguda)	15 dias (fase aguda)	Tubo estéril	Soro: 2 a 8 °C (até cinco dias) ou -20 °C (após cinco dias) Sangue total: 2 a 8º C.	
		Hemaglutinação Indireta (HAI)		1 (fase crônica)	Não se aplica (fase crônica)			
		Ensaio imunoenzimático (Elisa)						
		Quimioluminescência (CMIA)						
		Teste rápido imunocromatográfico (TRI) - triagem	TRI: soro ou sangue total 0,5-1 mL ou punção digital (local de coleta)	Não se aplica				
Parasitológico ³	Fase aguda	Exame a fresco ⁴	Punção digital ou sangue total com anticoagulante 0,5-1 mL.	1 amostra. Se negativo na primeira coleta, devem ser realizadas novas coletas até a confirmação do caso e/ou o desaparecimento dos sintomas da fase aguda, ou a confirmação de outra hipótese diagnóstica.		Tubo estéril com EDTA	Sangue total: 2 a 8º C. Enviar amostra no mesmo dia	
		Gota espessa	Punção digital ou sangue total com anticoagulante 0,5-1 mL.			Sangue total: Tubo estéril com anticoagulante Lâminas: duas lâminas.	Sangue total: 2 a 8 °C Lâminas: Temperatura ambiente	
		Creme leucocitário e <i>Strout</i> ⁴	Strout: sangue total sem anticoagulante 5-10 mL. Creme leucocitário: sangue total com anticoagulante 1-5mL			Creme Leucocitário: Tubo estéril com anticoagulante	Sangue total: 2ºC a 8ºC	
Molecular	Fase aguda e crônica (Imunossuprimidos/ suspeita de reativação) ⁴	PCR - reação em cadeia da polimerase	Sangue total com anticoagulante ^{5,6} 0,5-2 mL	1	-	Tubo estéril com anticoagulante	Sangue total: 2 a 8 °C (envio no mesmo dia da coleta) ou -20°C	
Cultivo celular	Fase crônica	Hemocultura	Sangue total com anticoagulante 5-10mL	1	-	Tubo estéril com anticoagulante	Sangue total: 2 a 8 °C (envio imediato após a coleta)	

Notas: ¹Laboratório Central de Saúde Pública. ²Laboratório de Referência Nacional. ³Para RN, acrescenta-se a possibilidade de realização de microhematócrito. ⁴As amostras de sangue para a realização dos testes parasitológicos à fresco e Strout devem ser examinadas dentro de 24 horas, devido à possível lise dos parasitos. ⁵Pode ser enviada biópsia de tecidos em pacientes transplantados com suspeita de reativação, seguindo critérios médicos. ⁶Uso de sangue total transportado em frasco de guadinina/EDTA aumenta a sensibilidade da PCR.

9. ANEXO A - FLUXOS DIAGNÓSTICOS – DCA, GESTANTES E RN



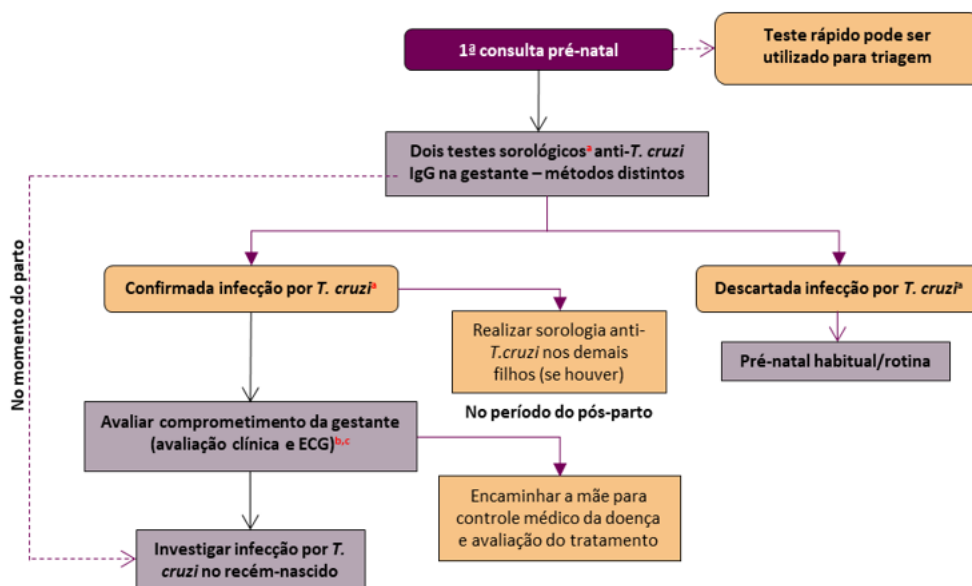
Fonte: DEDT/SVSA/MS.

Notas: HAI: Hemoaglutinação; CMIA: Quimioluminescência; IFI: Imunofluorescência e ELISA: Ensaio Imunoenzimático

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

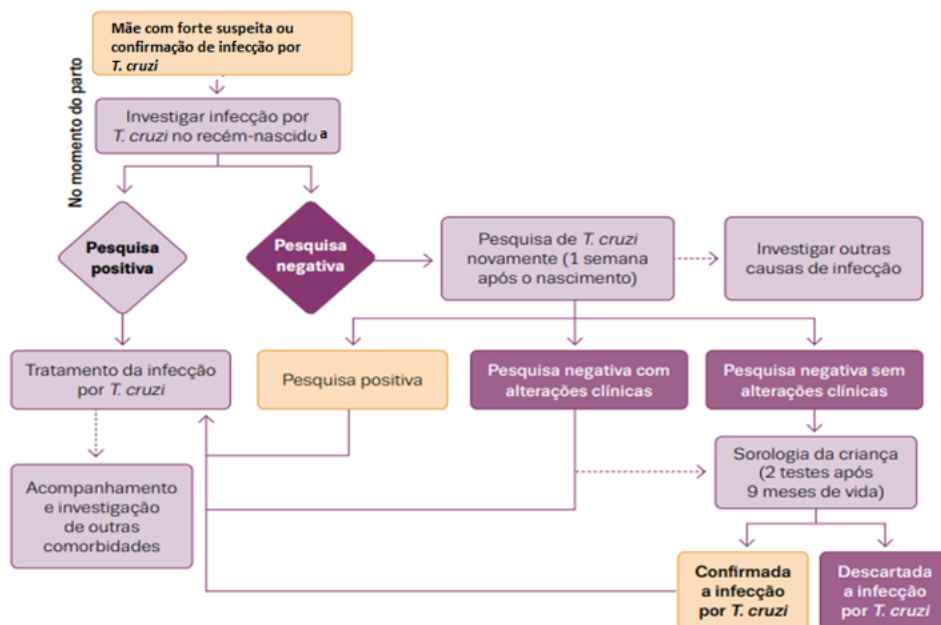
b - Na não detecção de IgM: descartar o caso somente após a avaliação da sorologia por IgG. Considerar sororreagente para IgM o título $\geq 1:40$, e para IgG $\geq 1:80$. Atentar que para IgM, recomenda-se o método de IFI, realizado pelo Laboratório de Referência Nacional (LRN), ou por Lacen habilitado pelo LRN.

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

Figura 1. Fluxograma para confirmar ou descartar casos suspeitos de doença de Chagas aguda (DCA), segundo critério laboratorial.

Fonte: Adaptado do Guia de Vigilância em Saúde. 2024: v.2, p. 862.

Nota: ^aGestantes com suspeita da doença na fase aguda devem realizar exames parasitológicos simultaneamente aos sorológicos. Os testes parasitológicos recomendados são os exames diretos (pesquisa direta a fresco ou testes de concentração como Strout, micro hematócrito ou creme leucocitário). Para a detecção de anticorpos anti-*T. cruzi* IgG, as técnicas disponíveis são o ensaio imunoenzimático (ELISA), a imunofluorescência indireta (IFI), hemaglutinação indireta (HAI) e a quimioluminescência (CMIA). ^bCaso os resultados dos exames complementares não evidenciem alterações, o pré-natal pode ser realizado dentro da rotina de Unidade Básica de Saúde (atenção primária à saúde). ^cApós avaliação da gestante, pacientes com alguma comorbidade ou que apresentem a forma aguda da doença de Chagas devem realizar o pré-natal em unidade de referência para gestação de alto risco.

Figura 2. Fluxograma para abordagem da gestante durante o pré-natal, Brasil, 2024.

Fonte: Adaptado do Guia de Vigilância em Saúde. 2024: v.2, p. 862.

Nota: ^aÉ indicada a realização do exame parasitológico ao nascer, ou prioritariamente até o 10º dia de vida. Os exames parasitológicos mais sensíveis para detecção de *T. cruzi* no recém-nascido são o exame a fresco ou o micro-hematócrito. A PCR também pode ser utilizada no diagnóstico de Chagas congênita, sendo que a amostra de sangue deve ser coletada preferencialmente duas semanas após o nascimento. Em casos nos quais a mãe tiver diagnóstico de DCA ou coinfeção *T. cruzi* e HIV, recomenda-se a pesquisa exaustiva do parasito no recém-nascido até 2 meses de vida.

Figura 3. Fluxograma para abordagem do recém-nascido de mães com suspeita ou confirmação da doença de Chagas, Brasil, 2024.

10. ANEXO B - DAS RESPONSABILIDADES DO LACEN, FUNED E CGLAB

Das responsabilidades dos Lacens

- Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública no Estado;
- Habilitar, observada a legislação específica, os laboratórios que serão integrados à rede estadual, informando ao gestor nacional respectivo;
- Coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública, quando aplicável, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais e avaliação das unidades partícipes;
- Realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação de diagnóstico no Estado;
- Realizar o Controle de Qualidade analítico dos exames para DC da rede de laboratórios públicos e privados do estado;
- Promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios do Estado.

Das responsabilidades do LRN - FUNED

- Coordenar a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, quando aplicável, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais e avaliação das unidades partícipes;
- Realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação de diagnóstico, caso os Lacens não estejam aptos a realização;
- Realizar diagnóstico sorológico de DCA para determinação de anticorpos IgM para a rede de laboratórios públicos nacionais (Lacens), caso os Lacens não estejam aptos para a realização;
- Promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios públicos nacionais (Lacens) para o diagnóstico sorológico e molecular da DCC e DCA;
- Realizar o Controle de Qualidade analítico dos exames para DC da rede de laboratórios públicos nacionais (Lacens) através do Programa de Avaliação da Qualidade (PAQ-Chagas) e Programa de Ensaio de Proficiência (PEP- Funed) da Funed (links de acesso com diretrizes constam no item 2 desta nota técnica);
- Assessorar o Ministério da Saúde no acompanhamento, normalização, padronização de técnicas e avaliação das atividades laboratoriais.

Das responsabilidades da CGLAB/SVSA/MS

Conforme Art. 16 da Portaria n. 1.419, de 8 de junho de 2017, estão entre atribuições da Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública:

- Coordenar e supervisionar, elaborar normas técnicas e operacionais e monitorar as informações relativas à Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública;
- Assessorar e cooperar tecnicamente com os estados e o Distrito Federal na implementação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública;
- Promover o processo de educação permanente junto aos estados, municípios e Distrito Federal, relacionados às ações da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, em articulação com as demais unidades competentes;
- Definir os critérios para habilitação dos Laboratórios de Referência Nacional e Regional para a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde, em articulação com as demais unidades competentes;
- Planejar a necessidade de insumos estratégicos, equipamentos e produtos para saúde necessários à realização do diagnóstico laboratorial, em articulação com as demais unidades competentes, bem como fornecer e monitorar o estoque desses no âmbito da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública;
- Subsidiar, apoiar e supervisionar a formação e divulgação dos materiais publicitários, comunicação social e disseminação de informações referentes às ações de laboratórios de saúde pública em seu campo de atuação, em articulação com as demais unidades competentes.

Atenciosamente,

FRANCISCO EDILSON FERREIRA DE LIMA JÚNIOR

Coordenador-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial

KAREN MACHADO GOMES

Coordenadora-Geral de Laboratórios de Saúde Pública

De acordo,

MARÍLIA SANTINI DE OLIVEIRA

Diretora do Departamento de Doenças Transmissíveis



Documento assinado eletronicamente por **Marília Santini de Oliveira, Diretor(a) do Departamento de Doenças Transmissíveis**, em 13/06/2025, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Francisco Edilson Ferreira de Lima Junior, Coordenador(a)-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial**, em 16/06/2025, às 15:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karen Machado Gomes, Coordenador(a)-Geral de Laboratórios de Saúde Pública**, em 17/06/2025, às 14:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0048313223** e o código CRC **44E806EE**.