



Nota Técnica nº 1/SES/SUBVS-CELP/2026

PROCESSO Nº 1320.01.0051555/2026-45

Nota Técnica conjunta nº1/2026 - Coordenação Estadual de Vigilância das Zoonoses e Coordenação Estadual de Laboratórios de Saúde Pública, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, e Laboratório Central de Saúde Pública de Minas Gerais, Fundação Ezequiel Dias

1. OBJETIVOS

- Apresentar e destacar as principais alterações e orientações referentes ao diagnóstico da Doença de Chagas (DC), especialmente no que se refere ao planejamento para o rastreamento de casos crônicos, à notificação da fase crônica e às definições diagnósticas diante da utilização da Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) e dos Testes Rápidos Imunocromatográficos (TRI), bem como às orientações para o diagnóstico laboratorial e aos fluxos previstos no Guia de Vigilância em Saúde e no Guia para Diagnóstico Laboratorial em Saúde Pública do Ministério da Saúde;
- Dispor sobre a operacionalização, no âmbito do Estado de Minas Gerais, da estratégia apresentada pelo Ministério da Saúde, e atualizar, de forma concomitante, a Nota Técnica nº 6/SES/SUBVS-SVE-DVAT-CZVFRB/2021 que orienta o diagnóstico da doença de Chagas na Rede Estadual;
- Propor estratégias para o fortalecimento da vigilância entomológica, com foco na investigação de casos humanos suspeitos de Doença de Chagas aguda e crônica.

2. DEFINIÇÃO DE CASO

2.1 Caso suspeito de doença de Chagas aguda (DCA)

São considerados casos suspeitos de DCA aqueles que preenchem os seguintes requisitos:

- Recém-nascido de mãe infectada em qualquer fase da doença (aguda ou crônica);
- Indivíduo que apresente sinal de Romaña ou chagoma de inoculação e tenha tido **contato direto*** com triatomíneo ou suas excretas;
- Indivíduo que apresente febre persistente (>7 dias), podendo apresentar 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, **“associada (s)”** a algum destes fatores epidemiológicos:
 - a. Ter tido **contato direto*** com triatomíneo ou suas excretas nos últimos 4 (quatro) meses;
 - b. Ter recebido sangue/hemocomponentes ou transplante de células/tecidos/órgãos contaminados por *Trypanosoma cruzi* em até 120 dias antes do início dos sintomas;
 - c. Ter ingerido alimento suspeito contaminado pelo *T. cruzi* (alimentos *in natura* sem manipulação e/ou processamento adequado), especialmente frutos (exemplos: açaí, bacaba, cana-de-açúcar), ou ingerido carne de caça crua ou mal cozida;
- Indivíduo que, em decorrência de acidente laboratorial, tenha tido contato com culturas de *T. cruzi*, fezes de triatomíneos contaminadas ou sangue (humano ou animal) contendo formas infectantes do parasito;
- Indivíduo assintomático que tenha ingerido alimento suspeito contaminado por *T. cruzi* em surto recente e/ou tenha tido **contato direto*** com triatomíneo ou suas excretas até 4 meses anteriores à investigação.

***Contato direto com o triatomíneo:** refere-se a situações como a presença de sinais de picada do inseto ou sua identificação no intradomicílio do indivíduo suspeito, desde que tenha evidências da possibilidade de exposição **direta** ao risco de transmissão. Nesses casos, a investigação laboratorial de fase aguda será realizada independentemente do resultado da análise entomológica de infecção natural do vetor.

2.2 Caso suspeito de doença de Chagas Crônica (DCC)

A suspeita de DCC é baseada preliminarmente nos achados clínicos e na história epidemiológica. Contudo, na maioria dos casos, a DCC é assintomática, o que demanda clara definição de contextos epidemiológicos de risco e vulnerabilidade para DC. São considerados contextos de risco e vulnerabilidade:

- Residência atual ou pregressa em área com relato de presença de vetor transmissor da doença de Chagas ou de reservatórios animais (silvestres ou domésticos) com registro de infecção por *T. cruzi*;
- Residência atual ou pregressa em habitações onde possa ter ocorrido o convívio com vetor transmissor (especialmente casas de estuque, taipa sem reboco, sapê, pau a pique, de madeira e habitações suspensas em cenários ribeirinhos, entre outros tipos de construção que favoreçam a colonização por triatomíneos e/ou sua aproximação por fatores físicos diversos);
- Residência ou procedência de áreas com registro de transmissão ativa e com histórico epidemiológico sugestivo de ocorrência da transmissão da doença;
- Histórico de transfusão sanguínea realizada antes de 1992;
- Histórico familiar ou de convívio com pessoas com diagnóstico de DC, especialmente mães e/ou irmão(s) com infecção comprovada por *T. cruzi*.

2.3 Caso confirmado de doença de Chagas aguda (DCA) por critério laboratorial

A confirmação de DCA está relacionada ao caso suspeito, descartada a possibilidade de ser caso crônico ou reativação, sendo necessário apresentar um dos seguintes resultados laboratoriais:

- **Exames parasitológicos:** indivíduo com *T. cruzi* circulante no sangue periférico identificado por meio de exame parasitológico; **OU**
- **Exames sorológicos:** indivíduo com sorologia reagente com anticorpos da classe IgM anti-*T. cruzi* por Imunofluorescência Indireta (IFI); ou sorologia reagente com anticorpos da classe IgG anti-*T. cruzi* por IFI, com alteração nos títulos 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, CMIA ou IFI); **OU**
- **Exames moleculares (PCR):** indivíduo com resultado detectável, realizado pelo Lacen-MG/FUNED ou por outro laboratório da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública de Minas Gerais (RELSP-MG) habilitado, que apresente sinais e sintomas compatíveis ou histórico epidemiológico sugestivo da doença.

Notas:

I. A DCA pode ter sintomatologia não específica como febre, mal-estar e astenia, ou simplesmente ser assintomática. De forma mais rara, porém com alta morbidade, manifestações como hepatoesplenomegalia, meningoencefalite e miocardite aguda podem ocorrer nessa fase. Para o diagnóstico diferencial, devem ser consideradas outras doenças infecciosas como dengue, Zika, chikungunya, hepatites virais, hantavírose e leptospirose grave, além da infecção por outros tripanossomatídeos, por exemplo, *Leishmania spp.*

II. Os exames parasitológicos diretos são o padrão ouro para diagnóstico de fase aguda. O objetivo desses exames é identificar a presença de *T. cruzi* no sangue periférico. As metodologias aplicáveis na pesquisa direta são: exame à fresco de tripanossomatídeos, métodos de concentração (*Strout*, microhematócrito e creme leucocitário) e lâminas coradas de gota espessa.

III. O exame à fresco é um teste de execução rápida e simples, a coleta deve ser realizada em pessoa com síndrome febril e até 30 dias do início de sintomas. Caso a primeira coleta seja negativa e a suspeita clínica persistir, recomenda-se nova coleta entre 12 a 24 horas da primeira. Os métodos de concentração são recomendados nos casos em que o exame à fresco for negativo. Entretanto, visando a otimização do diagnóstico, recomenda-se que sejam realizados simultaneamente ao exame à fresco. Em suspeitos com mais de 30 dias de sintomatologia, os métodos de concentração são mais sensíveis. Quando os resultados do exame à 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 confirmação de outra hipótese diagnóstica.

IV. A lâmina corada de gota espessa apresenta menor sensibilidade em comparação aos demais métodos parasitológicos, sendo recomendada apenas em situações em que não seja possível a realização dos demais testes, por limitações operacionais.

V. Considerando as particularidades e a necessidade de análise imediata da pesquisa a fresco e métodos de concentração para identificação de *T. cruzi*, os exames devem ser realizados imediatamente após a coleta, nos laboratórios municipais ou nos laboratórios Regionais ou Descentralizados integrados à Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública de Minas Gerais (RELSP-MG).

VI. Reitera-se que a detecção de IgM é uma técnica que pode apresentar resultados falso-positivos em várias doenças febris, devido às reações cruzadas. Assim, a confirmação da DCA por sorologia (IgM e/ou IgG) deve estar associada a quadro clínico compatível e/ou vínculo epidemiológico sugestivo.

A confirmação dos casos de DCA deve ocorrer, preferencialmente, por critério laboratorial. Na **Figura 1**, encontra-se disponível o fluxograma para o diagnóstico de casos suspeitos de DCA, contendo as orientações para confirmação ou descarte dos casos com base no critério laboratorial.

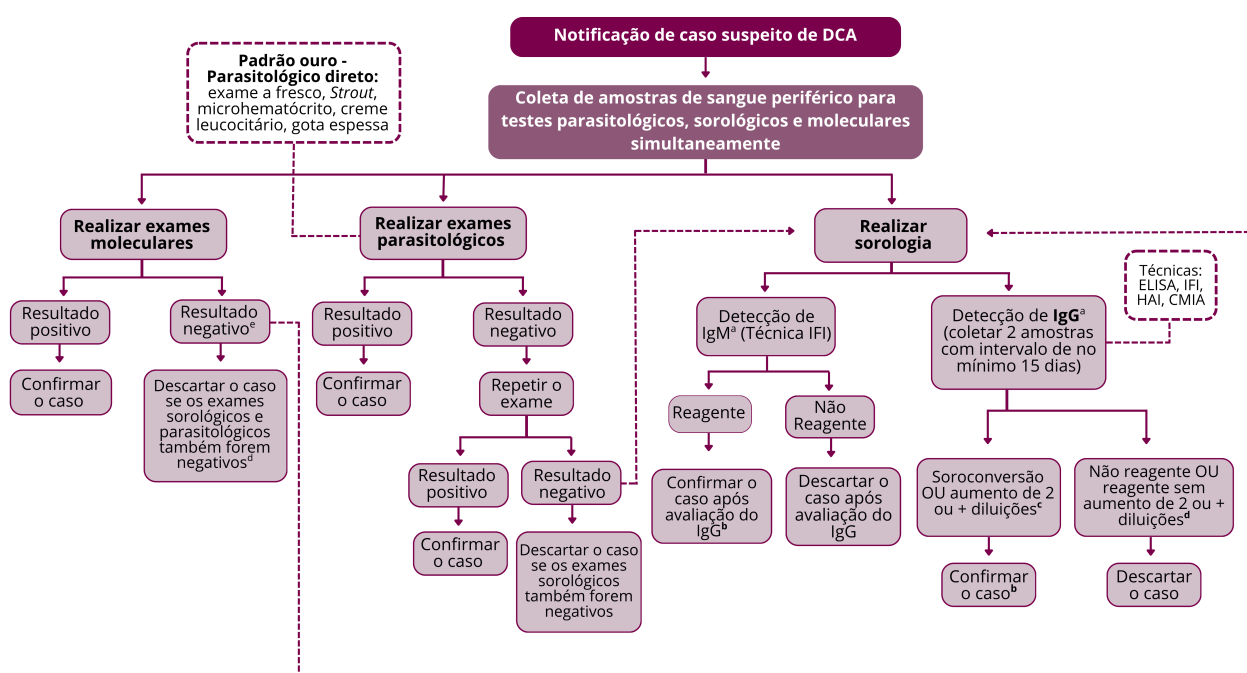


Figura 1 - Fluxograma para diagnóstico dos casos suspeitos de doença de Chagas aguda (DCA), segundo critério laboratorial. **Fonte:** Adaptado de DEDT/SVSA/MS.

Legenda: HAI: Hemaglutinação; CMLA: Quimioluminescência; IFI: Imunofluorescência e ELISA: Ensaio Imunoenzimático.

a: Para IgM, considera-se reagente o título $\geq 1:40$ e para IgG, seguir as orientações do fabricante.

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

c: Exemplo de aumento de títulos de IgG em duas ou mais diluições: 1:80 na primeira amostra e 1:320 na segunda;

d: A DCA somente deve ser descartada se IgG for não reagente, não houver aumento de títulos em duas ou mais diluições entre duas amostras coletadas com intervalo mínimo de 15 dias ou se não houver soroc conversão por qualquer um dos métodos (ELISA, HAI, CMLA ou IFI).

e: Resultado negativo da PCR não descarta a possibilidade da doença, sendo necessária a avaliação conjunta com os exames sorológicos e parasitológicos.

2.3.1 Caso confirmado de DC por transmissão vertical:

Para a confirmação de transmissão vertical de recém-nascido cuja mãe tenha exame parasitológico positivo, PCR detectável ou sorológico reagente para *T. cruzi*, o recém-nascido deve apresentar os seguintes exames laboratoriais:

- Exame parasitológico positivo ou PCR detectável a partir do nascimento até o terceiro mês de vida; **OU**
- Sorológico reagente (IgG) 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*.

Notas:

I. É indicada a realização do exame parasitológico no recém-nascido de mães com diagnóstico confirmado de DC logo após o nascimento, ou até o 10º dia de vida. Os exames parasitológicos mais sensíveis para detecção de *T. cruzi* no recém-nascido são o exame a fresco e/ou métodos de concentração.

II. Os exames moleculares (PCR) devem ser utilizados no diagnóstico da DC congênita. Nesses casos, a amostra de sangue pode ser coletada logo após o nascimento até o terceiro mês de vida, preferencialmente no primeiro ou segundo mês. Após o primeiro trimestre de vida, recomenda-se aguardar até o nono mês para a realização de exames sorológicos, a fim de confirmar ou descartar a infecção. Nos casos em que a mãe apresentar diagnóstico de DCA ou coinfeção por *T. cruzi* e HIV, recomenda-se a pesquisa exaustiva do parasito no recém-nascido até os dois meses de vida. A PCR deverá ser realizada pelo Lacen-MG/FUNED ou por outro laboratório da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública de Minas Gerais (RELSP-MG) devidamente habilitado.

III. Crianças não diagnosticadas até 9 meses devem realizar a testagem sorológica após esse período, visto que a eficácia e a segurança do tratamento são semelhantes nos primeiros anos de vida e a negatificação sorológica é superior a 95%.

Na **Figura 2**, encontra-se disponível o fluxograma para abordagem do recém-nascido de mães com diagnóstico confirmado de DC, contendo as orientações para confirmação ou descarte dos casos com base no critério laboratorial.

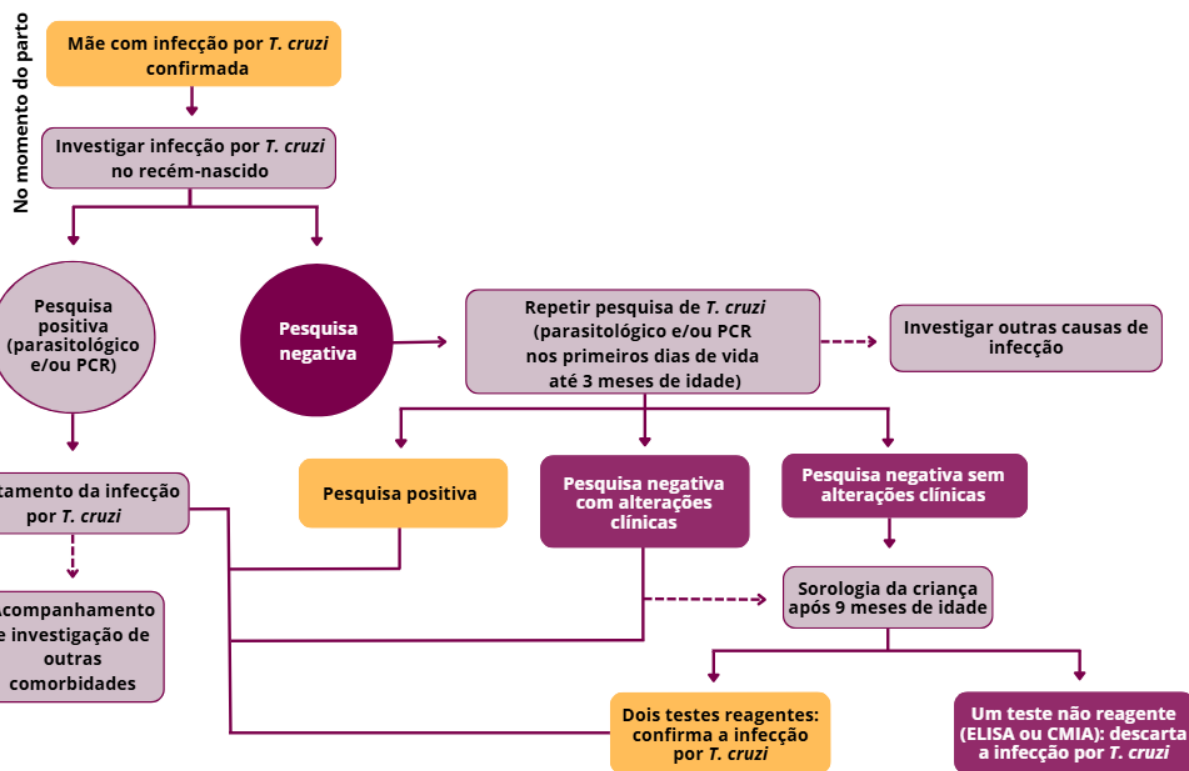


Figura 2 - Fluxograma para abordagem do recém-nascido de mães com diagnóstico confirmado de Doença de Chagas. **Fonte:** Adaptado do Guia de Vigilância em Saúde. 2024: v.2, p. 862.

2.4 Caso confirmado de doença de Chagas crônica (DCC) por critério laboratorial

Casos de DCC podem ser confirmados desde que o indivíduo não apresente suspeita clínica-epidemiológica de fase aguda, associado aos seguintes exames listados abaixo:

- **Exames sorológicos:** indivíduo com resultado anti-*T. cruzi* (IgG) reagente por dois métodos baseados em princípios distintos: Reação de Hemaglutinação Indireta (HAI), Reação de Quimioluminescência Indireta (CMIA), Reação de Imunofluorescência Indireta (IFI) ou Ensaio Imunoenzimático Indireto (ELISA).
- **Exames moleculares (PCR):** Indivíduo imunossuprimido ou transplantado, com resultado detectável, que apresente sinais e sintomas compatíveis e histórico epidemiológico sugestivo de DC. A PCR deverá ser realizada pelo Lacen-MG/FUNED ou por outro laboratório da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública de Minas Gerais (RELSP-MG) devidamente habilitado.

Os casos suspeitos de DCC devem ser confirmados **exclusivamente por critério laboratorial**, exceto em óbitos investigados sem possibilidade de coleta de amostra. Na **Figura 3**, encontra-se disponível o fluxograma para o diagnóstico de casos suspeitos de DCC, contendo as orientações para confirmação ou descarte dos casos com base no critério laboratorial.

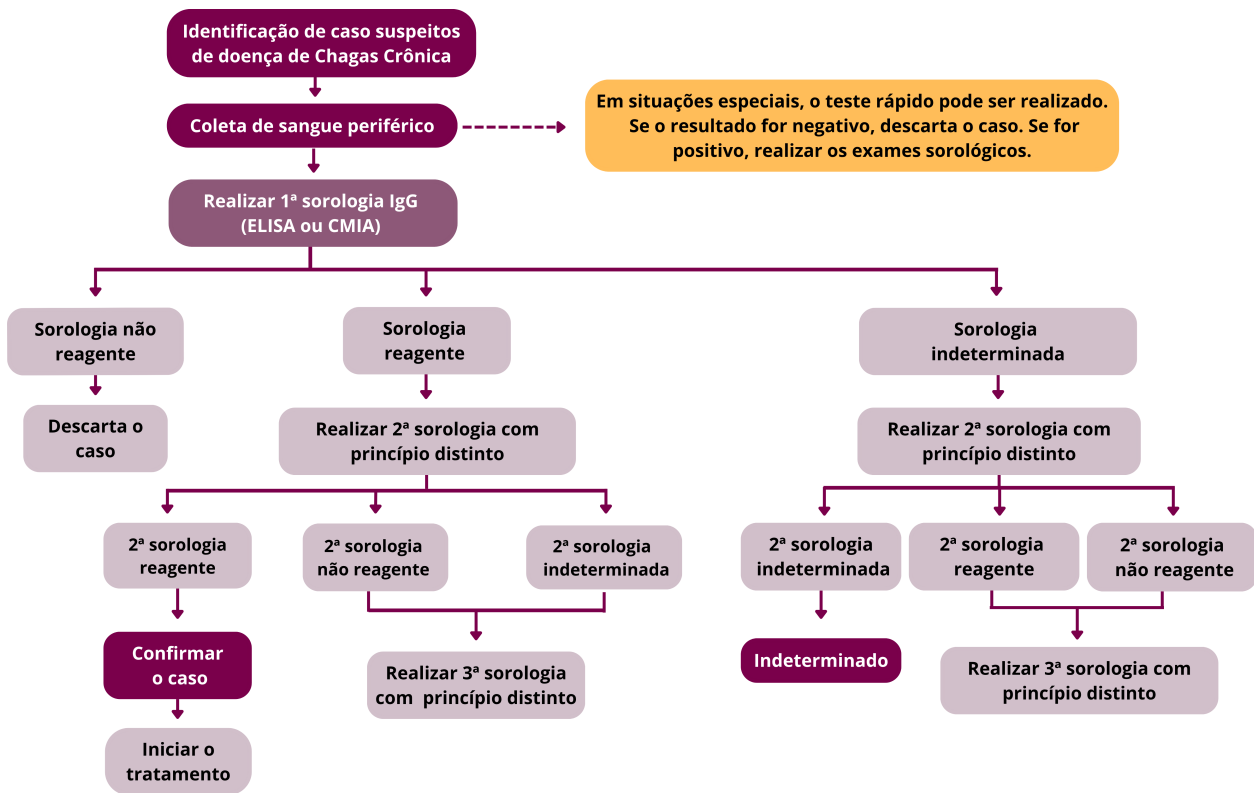


Figura 3 - Fluxograma para diagnóstico dos casos suspeitos de doença de Chagas crônica (DCC), segundo critério laboratorial. **Fonte:** Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Chagas. Outubro/2018. A alteração do fluxo proposta foi baseada em resultados de estudo técnico-científico realizado na FUNED, conforme SOUZA FILHO *et al.* (2026).

Notas:

I. Os resultados sorológicos devem ser interpretados em conjunto com os dados clínicos e epidemiológicos do paciente. É importante considerar a realização de diagnóstico diferencial com outras doenças que causam cardiopatias e gastroenteropatias, dependendo da forma clínica predominante (cardíaca, digestiva ou mista), segundo critérios médicos.

II. Os ensaios imunoenzimáticos indiretos (ELISA) e a quimioluminescência indireta (CMIA) podem ser utilizados como testes de triagem inicial. Em indivíduos imunocompetentes, resultados não reagentes nessas metodologias permitem o descarte do caso. Resultado reagente na primeira metodologia deve ser confirmado com uma segunda metodologia distinta reagente (HAI, IFI, CMIA ou ELISA). Em situações de discordância entre os resultados, recomenda-se a aplicação de uma terceira metodologia para definição diagnóstica.

III. Os exames sorológicos para detecção de DCC podem apresentar resultados falso-negativos e falso-positivos:

a) Falso Negativo: Na detecção de anticorpos IgG, é importante considerar a possibilidade de resposta imunológica reduzida, especialmente em pessoas imunossuprimidas, situação em que o resultado sorológico pode se apresentar como não reagente, mesmo na presença de infecção.

b) Falso Positivo: A detecção de anticorpos IgG pode apresentar resultados falso-positivos em diferentes doenças, em decorrência de reações cruzadas.

IV. Testes rápidos imunocromatográficos (TRI) são recomendados no PCDT como alternativa para descartar diagnóstico exclusivamente na fase crônica da doença. Além disso, podem ser utilizados como estratégia para triagem inicial em contextos onde não há uma rede laboratorial estruturada, com difícil acesso aos serviços de saúde, em inquéritos sorológicos e em gestante com suspeitas de DC durante o pré-natal ou no momento do parto. Recomenda-se a seguinte interpretação dos resultados do teste rápido:

a) Resultado negativo: permite descartar a doença na fase crônica;

b) Resultado positivo: requer confirmação diagnóstica por meio da realização de testes sorológicos, conforme os critérios estabelecidos para confirmação da fase crônica.

V. O uso da PCR como técnica isolada não é recomendado para confirmação ou descarte de casos de DCC de pacientes imunocompetentes, devido à falta de padronização e à baixa sensibilidade em amostras de sangue periférico.

1ª sorologia* (CMIA ou ELISA)	2ª sorologia*	3ª sorologia*	Resultado final**
Não reagente	x	x	Negativo. Descarta o caso
Reagente	Reagente	x	Positivo. Confirma o caso
Reagente	Não reagente	Reagente	Positivo. Confirma o caso
Reagente	Não reagente	Não reagente	Negativo. Descarta o caso
Reagente	Não reagente	Indeterminado	Indeterminado***
Reagente	Indeterminado	Reagente	Positivo. Confirma o caso
Reagente	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado***
Indeterminado	Não reagente	Não reagente	Negativo. Descarta o caso
Indeterminado	Indeterminado	x	Indeterminado***
Indeterminado	Não reagente	Indeterminado	Indeterminado***

Tabela 1 - Algoritmo laboratorial para interpretação de resultados sorológicos para casos suspeitos de DCC, por meio da pesquisa de anticorpos IgG.

Legenda:

* Primeira, segunda e terceira sorologias, referem-se a testes sorológicos de princípios metodológicos distintos, realizados a partir da mesma amostra/coleta;

** A interpretação do resultado final não depende da ordem de apresentação dos resultados na Tabela 1. A classificação diagnóstica deve basear-se exclusivamente na combinação dos resultados obtidos (reagente, não reagente ou indeterminado) em sorologias realizadas por métodos distintos e na concordância entre esses resultados. Assim, combinações equivalentes, ainda que apresentadas em ordens diferentes, conduzem ao mesmo desfecho diagnóstico (positivo, negativo ou indeterminado). Ressalta-se que duas sorologias reagentes, obtidas por métodos distintos, são suficientes para a confirmação laboratorial da DCC.

***Diante de um resultado final negativo ou indeterminado, persistindo a suspeita de DCC, recomenda-se a coleta de nova amostra após 30 dias para realização de nova sorologia.

3. TIPOS DE EXAMES/FASE CLÍNICA

I. Fase Crônica: Destaca-se que casos de DCC são notificados apenas após a confirmação laboratorial. Portanto, para o encaminhamento das amostras aos laboratórios da RELSP-MG, é necessária somente a ficha de encaminhamento de DCC e a requisição de cadastro no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL). A ficha de encaminhamento de amostras de DCC aos laboratórios da RELSP-MG encontra-se disponível no sítio eletrônico da Fundação Ezequiel Dias (<https://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/Doenca-de-Chagas-Cronica-DIOM-DECD-FM-0031-%E2%80%93-revisao-01.pdf>).

II. Fase Aguda: Na DCA, a notificação deve ser realizada no momento da suspeita, desde que estejam presentes critérios epidemiológicos compatíveis e quadro clínico sugestivo que fundamentem a suspeita de DCA. Portanto, para o encaminhamento das amostras aos laboratórios da RELSP-MG, é necessária a ficha de notificação do SINAN para DCA, com todos os campos devidamente preenchidos e a requisição de cadastro no sistema GAL.

A coleta de amostras biológicas deve ser realizada em todos os casos suspeitos de DC. A **Figura 4** apresenta os exames laboratoriais indicados para cada fase da doença, contemplando também as orientações para o pré-natal e para recém-nascidos com suspeita de transmissão vertical. O **Quadro 1** apresenta as orientações referentes ao material biológico, aos critérios de coleta, aos prazos de envio e às condições de transporte das amostras.

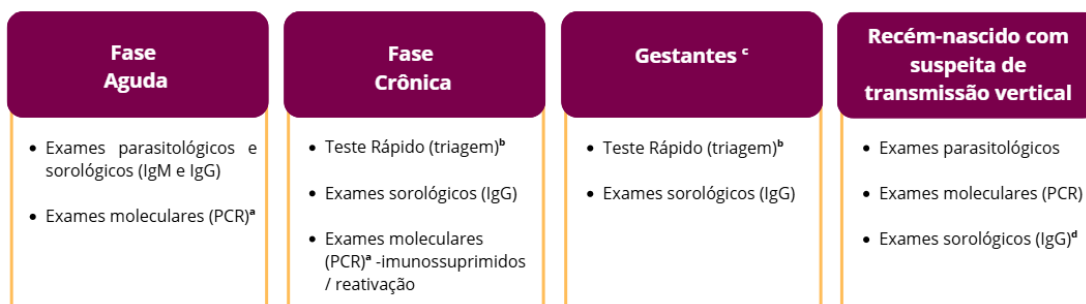


Figura 4 - Exames para diagnóstico da doença de Chagas. **Fonte:** Adaptado de NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 240/2025-GZV/DEDT/SVSA/MS.

Legenda:

a: A PCR não deve ser considerada método diagnóstico isolado para confirmação ou descarte de casos de DCA ou DCC. Ressalta-se, contudo, que a PCR apresenta importante potencial diagnóstico em situações específicas, especialmente para avaliação da efetividade do tratamento antiparasitário (PCR quantitativa), identificação de casos na fase crônica em pacientes com imunossupressão e risco de reativação, e diagnóstico de casos de transmissão vertical.

b: O teste rápido não é adquirido e distribuído pelo Ministério da Saúde e/ou Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais;

c: Gestantes com suspeita de DCA devem realizar os exames indicados para a fase aguda, incluindo, de forma simultânea, exames moleculares, parasitológicos e sorológicos;

d: Realização de testes sorológicos após nove meses de vida, no caso de parasitológico negativo ou PCR não detectável.

Quadro 1 - Orientações para coleta, acondicionamento e envio de amostras aos laboratórios, segundo fase da doença, método/exame e tipo de material.

Tipo de diagnóstico	Fase da doença	Método/ Exame	Tipo de amostra e volume	Número de coletas	Intervalo de tempo entre as coletas	Recipiente	Armazenamento/ Conservação	Transporte	Laboratório executor
Sorológico IgM	Fase aguda	IFI	Soro 0,5-2 mL	1 (uma)	Não se aplica	Tubo estéril	Soro: Até cinco dias: 2 a 8°C Após cinco dias: -20 °C	Gelo reciclável ou gelo seco	Funed
Sorológico IgG	Fase aguda e crônica	IFI HAI ELISA CMIA	Soro 0,5-2 mL	DCA: 2 (duas) DCC: 1(uma)	DCA: 30 dias	Tubo estéril	Soro: Até cinco dias: 2 a 8°C Após cinco dias: -20 °C	Gelo reciclável ou gelo seco	Laboratórios municipais, Funed e outros laboratórios da RELSP-MG
Parasitológico	Fase aguda	Exame a fresco ¹	Punção digital ou sangue total com anticoagulante 0,5-1 mL	1 (uma) ²		Tubo estéril com EDTA	Sangue total: 2 a 8°C Enviar amostra no mesmo dia da coleta	Gelo reciclável	Laboratórios municipais e outros laboratórios da RELSP-MG
		Gota espessa	Punção digital ou sangue total com anticoagulante 0,5-1 mL			Sangue total: Tubo estéril com EDTA Punção digital: duas lâminas.	Sangue total: 2 a 8°C Lâminas: Temperatura ambiente	Sangue total: gelo reciclável Lâminas: porta-lâmina	Laboratórios municipais, Funed e outros laboratórios da RELSP-MG
		Creme leucocitário e <i>Strout</i> ¹	<u>Strout</u> : sangue total sem anticoagulante 5-10 mL <u>Creme leucocitário</u> : sangue total com anticoagulante 1-5 mL			<u>Strout</u> : Tubo estéril sem anticoagulante <u>Creme Leucocitário</u> : Tubo estéril com EDTA	Sangue total: 2 a 8°C	Gelo reciclável	Laboratórios municipais e outros laboratórios da RELSP-MG
Molecular	Fase aguda e crônica	PCR - Reação em Cadeia da Polimerase	Sangue total com anticoagulante ³ 2-5 mL ⁴	1 (uma)	Não se aplica	Tubo estéril com anticoagulante ⁵	Sangue total: Envio no mesmo dia da coleta: 2 a 8°C Após 72 horas: -20°C	Gelo reciclável ou gelo seco	Funed

Legenda: HAI: Hemaglutinação; CMIA: Quimioluminescência; IFI: Imunofluorescência e ELISA: Ensaio Imunoenzimático.

1. As 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;
2. 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;
3. Para exame de PCR na fase crônica, pode ser enviada biópsia de tecidos em pacientes transplantados com suspeita de reativação, seguindo critérios médicos;
4. Para pesquisa em recém-nascidos, o volume de sangue recomendado é de 0,5 mL;
5. Para a realização do exame de PCR, pode-se utilizar sangue total coletado em tubos contendo guanidina ou EDTA. O uso de sangue total transportado em frasco com guanidina aumenta a sensibilidade da técnica de PCR.

Informações adicionais sobre procedimentos de coleta e envio de amostras encontram-se no MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA O ENVIO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS PARA A FUNED, disponível em: <https://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/12/MANUAL-COLETA-2025.pdf>

Observação: Conforme estabelecido nos critérios de rejeição de amostras constantes no manual de coleta da FUNED, a ausência de cadastro ou o cadastro inadequado no GAL poderão acarretar a não realização do exame.

4. INVESTIGAÇÃO DA DOENÇA DE CHAGAS POR MEIO DA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA:

Considerando a necessidade de fortalecimento da vigilância laboratorial da doença de Chagas em Minas Gerais, propõe-se a ampliação da detecção de casos no território, articulada às ações de vigilância entomológica. As estratégias propostas estão apresentadas a seguir e detalhadas na **Figura 5**:

1. Realizar a vigilância de casos a partir da identificação de triatomíneos na unidade domiciliar (intra/peridomiciliar);
2. No contexto das ações de vigilância entomológica, considerar a possibilidade de suspeição de casos nas fases aguda e crônica da doença, assim como os resultados da análise de infecção natural dos triatomíneos, observadas as especificidades epidemiológicas e a organização dos serviços em cada território;
3. Realizar busca ativa entomológica em domicílios com registro de casos humanos confirmados de DCA, com ênfase em notificações de indivíduos de 1 a 29 anos, considerando a possibilidade de transmissão vetorial.

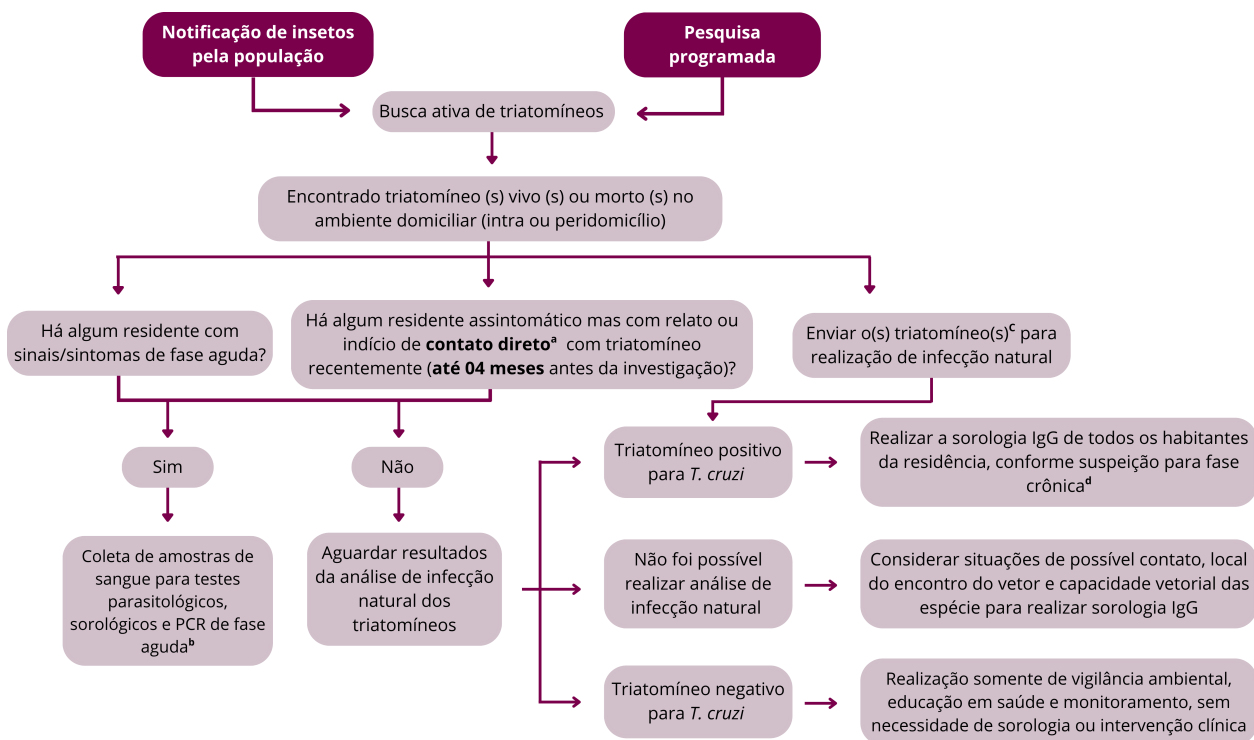


Figura 5 - Fluxo de vigilância e busca ativa de casos a partir da identificação de triatomíneos em ambiente domiciliar. **Fonte:** Adaptação da NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 240/2025-GZV/DEDT/SVSA/MS.

a: Contato direto com o triatomíneo refere-se a situações como a presença de sinais de picada do inseto ou sua identificação no intradomicílio do indivíduo suspeito, indicando a possibilidade de exposição ao risco de transmissão. O fluxo para notificação de casos suspeitos de DCA, devem levar em consideração as manifestações clínicas do paciente associado a presença de dados epidemiológicos compatíveis. Sem manifestação clínica, seguir o fluxo para rastreamento de DCC. Nessas situações, enviar amostra com a Ficha de Encaminhamento de Amostras para Exames de Doença de Chagas Crônica;

b: Após a confirmação laboratorial de caso de doença de Chagas, recomenda-se a realização de sorologia em todos os demais moradores da residência, conforme suspeição de fase aguda, com especial atenção aos filhos de mãe com infecção confirmada;

c: Triatomíneos vivos ou mortos devem ser enviados para a realização da infecção natural;

d: Dependendo da capacidade operacional, pode-se priorizar a realização da sorologia nas unidades domiciliares com o encontro de triatomíneo no intradomicílio (positivo ou negativo), considerando o maior risco de infecção.

5. FLUXOS OPERACIONAIS PARA VIGILÂNCIA LABORATORIAL E NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS

5.1 - DCA - Fluxo de Vigilância Laboratorial e Notificação

Os exames parasitológicos e sorológicos para DCA devem ser coletados simultaneamente para aumentar a sensibilidade diagnóstica. A amostra de sangue total deve ser obtida preferencialmente durante episódios de **pico febril**, momento em que a parasitemia tende a estar mais elevada.

A identificação de casos suspeitos de DCA exige notificação imediata, considerando febre prolongada (>7 dias) e quadro clínico sugestivo, devendo os municípios e estados serem informados em até 24 horas após suspeição. A comunicação deve ser realizada pelos serviços de assistência, vigilância e laboratórios públicos ou privados por telefone, e-mail, fax ou outro meio de contato disponível. O registro formal da notificação deve ser pelo SINAN Net na Ficha de Investigação da Doença de Chagas Aguda (B57.1) no seguinte endereço: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Chagas/Chagas_v5.pdf

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, conforme a **Figura 6**.

Notas:

I. O recém-nascido de gestante com Doença de Chagas confirmada deve ser considerado como caso suspeito de DCA, e a notificação no SINAN deve ser imediata.

II. Destaca-se que as informações epidemiológicas compatíveis e quadro clínico sugestivo que fundamenta a suspeita de DCA deverão ser registradas de forma objetiva na ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - B 57.1). Devem constar na ficha as seguintes informações: presença de sinais e sintomas e data de início dos mesmos, histórico de contato direto com vetor, ou ingestão de alimento suspeito, local provável do contato direto com o barbeiro (intra ou peridomicílio), data provável da exposição ou do contato direto, outras informações epidemiológicas pertinentes que subsidiem a investigação e confirmação diagnóstica. O preenchimento adequado e completo das informações é fundamental para qualificar a análise laboratorial, fortalecer a investigação epidemiológica e assegurar a adoção oportuna das medidas de vigilância e controle.

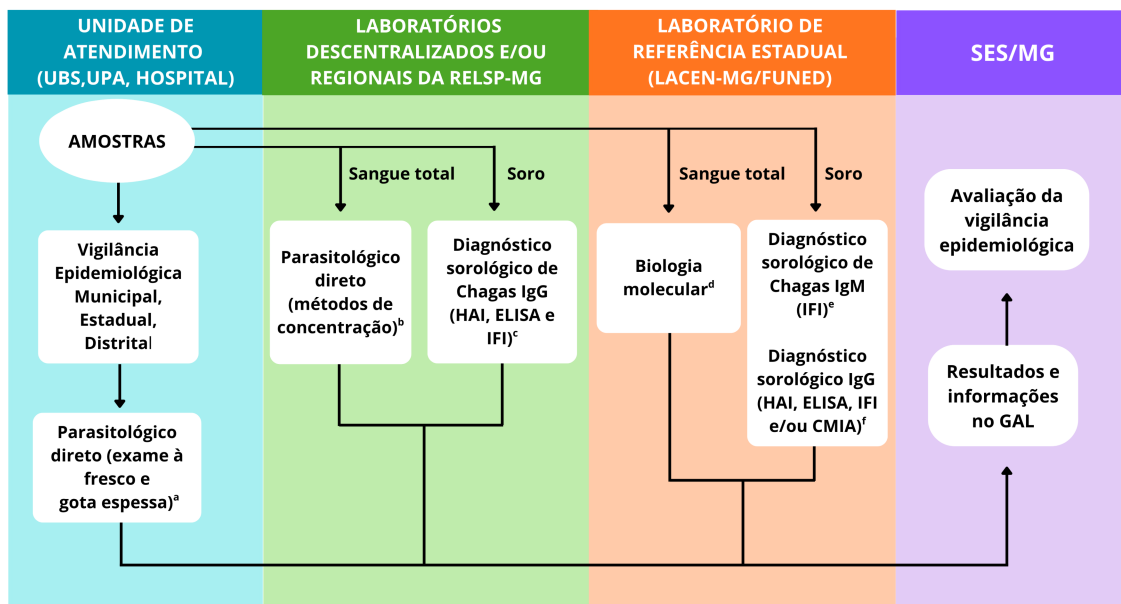


Figura 6 - Algoritmo do fluxo laboratorial para amostras suspeitas de doença de Chagas. **Fonte:** Adaptado de NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 240/2025-GZV/DEDT/SVSA/MS.

Legenda:

a: Os exames à fresco e de gota espessa deverão ser realizados pelos serviços municipais;

b: Os municípios que não possuem Laboratórios Descentralizados ou Regionais integrados à RELSP-MG poderão encaminhar as amostras para análise no Lacen-MG/Funed;

c: Em caso de discordância entre duas metodologias, a amostra deverá ser encaminhada à Funed para realização de uma terceira metodologia;

d: Os exames de biologia molecular serão realizados pelo Lacen-MG e/ou outros laboratórios habilitados da RELSP-MG;

e: Os Laboratórios Descentralizados ou Regionais integrados à RELSP-MG que receberem amostras para pesquisa de DCA deverão realizar a sorologia de IgG e enviar a amostra ao Lacen-MG para pesquisa de IgM;

f: Os exames sorológicos para detecção de IgG serão realizados pelo Lacen-MG para os municípios que não possuem Laboratório Descentralizado ou Regional da RELSP-MG no território.

5.2 DCC - Fluxo da Vigilância Laboratorial e Notificação

Nos casos de suspeita de DCC, a amostra de soro deve ser encaminhada à Funed ou outro laboratório da RELSP-MG, acompanhada da Ficha de Encaminhamento de Amostras para Exames de Doença de Chagas Crônica, disponível em: [Ficha de encaminhamento de amostras - Doença de Chagas Crônica](#)

Após a confirmação do diagnóstico, a notificação da DCC deve ser registrada no sistema e-SUS Notifica (<https://notifica.saude.gov.br/notificacoes>), utilizando-se a ficha específica disponível em: [Ficha de Notificação - Doença de Chagas Crônica](#)

Ao identificar um indivíduo com DCC é recomendável que os demais moradores da mesma residência sejam testados para a fase crônica.

A condução terapêutica deve seguir as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Chagas (2018).

6. REFERÊNCIAS

Fundação Ezequiel Dias. Doença de Chagas no Século XXI: Análise Integrada de 15 Anos (2009-2024) sobre Desempenho Diagnóstico, Padrões Epidemiológicos e Vigilância Entomológica em um Laboratório de Referência Nacional. Relatório Técnico n.º DPD-DCI-SPDI-RELT-0005. Belo Horizonte: FUNED, 2026. 58 p. Disponível em: <https://agiminas.mg.gov.br/images/stories/Relt0005.pdf>

Fundação Ezequiel Dias. Manual do Programa de Avaliação da Qualidade Imunodiagnóstico da Doença de Chagas. Disponível em: <https://www.funed.mg.gov.br/fichas-formularios-manuais-e-terminos-de-coleta-de-amostras/>

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 240/2025-CGZV/DEDT/SVSA/MS: Atualizações e orientações complementares referentes à vigilância e diagnóstico laboratorial da Doença de Chagas (DC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2025.

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, 2023. 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>

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia para Notificação de Doença de Chagas Crônica (DCC). Brasília, DF: MS, 2023. Disponível em: <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>

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Territorialização e vulnerabilidade para doença de Chagas crônica. Brasília, MS, 2022.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia para diagnóstico laboratorial em saúde pública : orientações para o sistema nacional de laboratórios de saúde pública [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2021/guia-para-diagnostico-laboratorial-em-saude-publica.pdf/view>

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insignias Estratégicas. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Chagas. Brasília, DF: 2018. 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



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Alvarenga Cardoso Medeiros, Servidor (a) Público (a)**, em 27/04/2026, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Letícia de Azevedo Silva, Chefe de Serviço**, em 27/04/2026, às 16:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Josiane Barbosa Piedade Moura, Coordenadora**, em 28/04/2026, às 13:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carolina Senra Alves de Souza, Prestador(a) de Serviço Técnico por Produto**, em 28/04/2026, às 13:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Verônica Cardoso Santos de Faria, Prestador(a) de Serviço Técnico por Produto**, em 28/04/2026, às 13:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renee Silva Carvalho, Coordenador(a)**, em 28/04/2026, às 13:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Oliveira Dias Temponi, Servidor (a) Público (a)**, em 28/04/2026, às 13:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Gontijo de Brito, Coordenador(a)**, em 28/04/2026, às 13:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcela Lencine Ferraz, Diretor (a)**, em 28/04/2026, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aline Lara Cavalcante Oliva, Superintendente**, em 28/04/2026, às 15:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Lucia do Amaral Pedroso, Servidor (a) Público (a)**, em 29/04/2026, às 09:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **138277178** e o código CRC **208AAB9B**.