



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

NOTA INFORMATIVA Nº: 4/2024 - SES/GVEDT-03816

Assunto: Orientações acerca do diagnóstico e fluxo de envio de amostras para o LACEN como parte da vigilância da Doença de Chagas - Transmissão Vertical.

1. CONTEXTO

Com a diminuição da incidência de casos por transmissão vetorial e transfusional, a transmissão vertical da Doença de Chagas (DC) emergiu como a via mais eficiente de propagação do *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) nos 21 países endêmicos das Américas.

A transmissão vertical é definida quando o *T. cruzi* é transmitido de mãe para filho durante a gestação ou no momento do parto. Na maioria dos casos, a mãe é assintomática. A passagem transplacentária pode ocorrer durante qualquer estágio da doença, mas geralmente após o sexto mês de gestação, entre 22 e 37 semanas e parece depender de fatores ligados ao parasito e ao hospedeiro. As fases e as formas clínicas da infecção materna não parecem afetar a transmissão, embora a fase aguda, quando a parasitemia é alta e persistente, apresenta maior risco que a crônica. A infecção congênita pode ocorrer em 71% dos recém-nascidos de mães com infecção aguda durante a gravidez e em 1,6% na fase crônica da doença. Formas menos frequentes de transmissão materna da DC podem ocorrer pela contaminação oral através do líquido amniótico, e a transmissão hematogênica, durante o trabalho de parto. Há também a possibilidade de transmissão pelo leite materno em mulheres na fase aguda da infecção ou quando ocorre sangramento dos mamilos.

A eliminação da transmissão vertical é viável com uma cobertura adequada na atenção primária, expansão da capacidade de diagnóstico e tratamento de casos congênitos e de mulheres em idade fértil. Considerando a alta eficácia do tratamento na fase aguda, esta abordagem oferece amplas possibilidades para eliminar a transmissão vertical.

2. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL NO RECÉM-NASCIDO

O exame parasitológico do recém-nascido de mãe sororreagente deve ser realizado prioritariamente nos 10 primeiros dias de vida. As metodologias utilizadas para o diagnóstico laboratorial do recém-nascido são: exame a fresco, gota espessa e creme leucocitário. A realização do exame a fresco é de responsabilidade dos municípios, mediante capacitação disponibilizada pelo LACEN/GO. Para a realização do exame parasitológico por gota espessa e creme leucocitário, deverá ser enviado de 3 a 5 mL de sangue total em EDTA ou Heparina para o LACEN, refrigerados, em até 2 (dois) dias após a coleta, acompanhados do resultado do exame a fresco e munidos de documentação específica.

Quadro 1. Diagnóstico Laboratorial no recém-nascido

Exame	Definição/Vantagens	Responsabilidade	Amostra
A fresco	Teste baseado na observação de parasitos vivos no sangue. Execução rápida e simples, apresentando sensibilidade próxima de 80%.	Município Solicitante	Sangue total recém-coletado ou heparinizado.
Gota Espessa	São testes de concentração, recomendados em casos de negatividade ao exame a fresco apresentando sensibilidade de até 90%.	LACEN	Sangue total em EDTA ou Sangue total Heparinizado.
Creme Leucocitário		LACEN	

A documentação, cadastro e forma de armazenamento estão disponíveis na [página do LACEN/GO no site SES/GO](#) > Manuais de procedimentos de coleta > [Módulo V-Imunoparasitologia](#) > DOENÇA DE CHAGAS – PARASITOLÓGICO CHAGAS AGUDA. Os municípios que tiverem cenário que impossibilite a realização do exame a fresco, poderão encaminhar a amostra ao LACEN, para a realização de gota espessa e creme leucocitário. Os casos de recém-nascidos com exame parasitológico negativo e sem sintomatologia compatível com DCA devem ser acompanhados, com retorno aos 9 meses a fim de realizar dois testes sorológicos para pesquisa de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgG. Antes desse período, o resultado poderá sofrer interferência da imunidade passiva (anticorpos maternos). Se ambas as sorologias forem negativas, descarta-se a possibilidade de transmissão vertical; caso haja discordância entre os resultados dos testes, um terceiro teste de princípio diferente deve ser realizado, tal como é preconizado para o diagnóstico da fase crônica.

3. DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE TRANSMISSÃO CONGÊNITA

Todo recém-nascido de mãe infectada em qualquer fase da doença (aguda ou crônica).

4. DEFINIÇÃO DE CASO CONFIRMADO DE TRANSMISSÃO CONGÊNITA

Pode ser realizado pelo critério laboratorial ou clínico-epidemiológico. É considerado caso confirmado por critério laboratorial todo recém-nascido cuja mãe tenha exame parasitológico positivo ou sorológico reagente para *T. cruzi* e que apresente exame parasitológico positivo ou PCR detectável a partir do nascimento ou exame sorológico reagente a partir do nono 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*.

Apenas em situações eventuais, pode-se adotar critério clínico-epidemiológico para casos suspeitos que atendam às seguintes condições em conjunto:

- Em casos de recém-nascidos de mães comprovadamente infectadas por *T. cruzi*, com parasitológico negativo, pode-se confirmar quando elas apresentarem clínica compatível com DC. Reserva-se o critério epidemiológico apenas para subsidiar o tratamento empírico em pacientes hospitalizados. Deve-se insistir na realização de exames sorológicos para a confirmação dos casos e, se resultarem continuamente negativos, é recomendável suspender o tratamento específico.

Para fins de vigilância e notificação, de acordo com o Ministério da Saúde (2021), considera-se caso de transmissão vertical em fase aguda a criança de até 3 anos de idade, descartadas as outras prováveis formas de transmissão. Após essa idade, o caso deverá ser considerado crônico.

5. REFERÊNCIAS

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). ETMI Plus. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. 2017. [Acessado em 16 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/documentos/etmi-plus-marco-para-eliminacion-transmision-maternoinfantil-vih-sifilis-hepatitis>;

Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas. Relatório de recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Brasília/DF. CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. nº 397. Outubro/2018. Acesso em: 16/07/2024. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio_PCDT_Doenca_de_Chagas.pdf;

Alves, Daniela Ferreira et al. Métodos de diagnóstico para a doença de Chagas: uma atualização. Rev. Bras. An. Clin.[Internet], v. 50, n. 4, p. 330-3, 2018;

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília:Ministério da Saúde, p. 1-1128, 2021. Acesso em: 16/07/2024. Disponível em: <https://www.biodiversidade.ciss.fiocruz.br/sites/www.biodiversidade.ciss.fiocruz.br/files/guia%20de%20vigil%C3%A2ncia%20em%20saude%202021%20%281%29.pdf>;

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). EMTCT PLUS Initiative 2011-2021. Efforts for the Elimination of Congenital Chagas Disease in selected countries in the Americas. 2022. [Acessado em 16 de julho de 2024]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/fact-sheet-emtct-plus-initiative-2011-2021-efforts-elimination-congenital-chagas-disease>.

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, em GOIANIA - GO, aos 18 dias do mês de julho de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **LILIANE DA ROCHA SIRIANO, Técnico (a) em Saúde**, em 18/07/2024, às 16:04, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **FABRICIO AUGUSTO DE SOUSA, Coordenador (a)**, em 18/07/2024, às 16:05, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **ANA CRISTINA GONCALVES DE OLIVEIRA, Gerente**, em 18/07/2024, às 16:05, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **VINICIUS LEMES DA SILVA, Diretor (a)-Geral**, em 19/07/2024, às 07:21, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **FLUVIA PEREIRA AMORIM DA SILVA, Superintendente**, em 23/07/2024, às 16:25, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **62685267** e o código CRC **B8819DB5**.

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
AVENIDA 136 S/Nº, ED. CÉSAR SEBBA - Bairro SETOR SUL - GOIANIA - GO - CEP 74093-250 - (62)3201-2685.



Referência: Processo nº 202400010051605



SEI 62685267