



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE RONDÔNIA

NOTA TÉCNICA Nº 4/2024/AGEVISA-NDTV

ASSUNTO: REVOGA A NOTA TÉCNICA Nº 1/2024/AGEVISA-NDTV, E ALTERA A NOTA TÉCNICA Nº 4/2024/AGEVISA-NDTV, PARA INCLUIR ATUALIZAÇÃO SOBRE VIGILÂNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS - AGUDA E CRÔNICA

1. **Considerando** que a Doença de Chagas (DC) é uma antropozoonose de elevada prevalência e expressiva morbimortalidade, também conhecida como tripanossomíase americana, que apresenta curso clínico bifásico, composto por uma fase aguda (cl clinicamente aparente ou não) e uma fase crônica, que pode se manifestar nas formas indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva;
2. **Considerando** a atualização quanto ao fluxo de análise de notificações no SINAN e implementação da notificação de casos crônicos de DC (Nota Informativa Nº 7/2023-CGZV/DEDT/SVSA/MS);
3. **Considerando** que na região Norte, anteriormente considerada não endêmica, a DC aguda adquiriu importância em saúde pública em virtude das inusitadas condições epidemiológicas de transmissão concorrentes; e,
4. **Considerando** que no período de 2019 a 2023 foram notificados e investigados em Rondônia 316 casos suspeitos e 2,2% (n=7) casos confirmados em humanos de doença de Chagas Aguda no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Os municípios que mais investigaram casos de doença de Chagas aguda no ano de 2023 foram São Felipe d'Oeste (30%), seguido por Porto Velho (28%), Teixeiraópolis (12%), Seringueiras (8%), onde registrou-se 164 casos, destes (n=3) foram confirmados. Em Rondônia de 2019 a 2023 os casos confirmados na fase aguda são de sua maioria da faixa etária 20-39 (57%) e sexo masculino correspondendo a 85%. Até 2020, apenas a fase aguda do agravo passava pela notificação compulsória. Em maio de 2020, foi publicada a Portaria nº 1.061, mas somente em 2023 Rondônia passou a notificar casos crônicos de doença de Chagas, onde foram registrados 33 casos no sistema e-SUS Notifica.

A Eco-epidemiologia da doença de Chagas dos municípios de Rondônia, registrou um total de 232 no ano de 2023, sendo encontrados 90(40%) triatomíneos infectados, destacando-se Porto Velho 46% (n=106), São Felipe D'Oeste 22% (n=51), Teixeiraópolis 7% (n=17), Cacoal 7% (n=15), Theobroma 4% (n=09) positivos para análise taxonômica e teste de infectividade.

5. Frente a esse cenário, a **Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia (AGEVISA/RO)** - orienta os aspectos fundamentais para as equipes da vigilância epidemiológica e laboratorial da DC, para a definição e cumprimento dos fluxos de notificação, investigação e vigilância laboratorial.

6. DEFINIÇÃO DE CASO**6.1. Caso suspeito de Doença de Chagas Aguda (DCA):**

- 6.1.1. Recém-nascido de mãe infectada em qualquer fase da doença (aguda ou crônica);
- 6.1.2. Indivíduo que apresente sinal de Romaña ou chagoma de inoculação, e tenha tido contato direto com triatomíneo ou suas excretas;
- 6.1.3. Indivíduo que teve contato com culturas de *Trypanosoma cruzi*, exposição à fezes de triatomíneos ou sangue (de casos humanos ou de animais) contendo formas infectantes do parasito, em acidente laboratorial;
- 6.1.4. Indivíduo que apresente febre persistente (por mais de sete dias), podendo também 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;
- 6.1.5. Tenha tido contato direto com triatomíneo (relato ou indício de picada ou o encontro do vetor no local de dormitório) ou suas excretas;
- 6.1.6. Tenha recebido sangue/hemocorpoentes ou transplante de células/tecidos/órgãos contaminados por *T. cruzi* em até 120 dias antes do início dos sintomas;
- 6.1.7. Tenha ingerido alimento suspeito contaminado pelo *T. cruzi* (alimentos *in natura* sem manipulação e processamento adequados), especialmente frutos (exemplos: açaí, bacaba, cana-de-açúcar), ou ingerido carne crua ou malcozida de caça.

6.2. Indivíduo assintomático que:

- 6.2.1. Tenha ingerido alimento suspeito contaminado por *T. cruzi* em surto recente;
- 6.2.2. Tenha tido contato direto com triatomíneo (relato ou indício de picada ou o encontro do vetor no local de dormitório) ou suas excretas em até quatro meses anteriores à investigação.

6.3. Caso confirmado:

- 6.3.1. Critério laboratorial: Caso suspeito, descartada a possibilidade de ser caso crônico ou reativação, apresentando os seguintes exames laboratoriais:
 - 6.3.2. Parasitológico: *T. cruzi* circulante no sangue periférico identificado por meio de exame parasitológico;
 - 6.3.3. 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);
 - 6.3.4. PCR: apenas se realizado pelo Laboratório de Referência Nacional (LRN), ou por centros de referência com protocolo validado. Em Rondônia, o LACEN-RO está apto para a realização da PCR.
- 6.3.5. Caso confirmado de DC por transmissão vertical: recém-nascido cuja mãe tenha exame parasitológico positivo ou sorológico reagente para *T. cruzi* e que apresente:
 - 6.3.6. Exame parasitológico positivo ou PCR detectável a partir do nascimento;
 - 6.3.7. 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*.

ATENÇÃO: Para fins de vigilância e notificação, 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.

6.4. **Critério clínico-epidemiológico:** Os casos de DCA devem ser confirmados sempre por meio de diagnóstico laboratorial. Apenas em situações eventuais, pode-se adotar critério clínico-epidemiológico para casos suspeitos que atendam às seguintes condições em conjunto:

6.4.1. Ter vínculo epidemiológico com casos confirmados de DCA por critério laboratorial durante surto por transmissão oral, ou contato direto com triatomíneo infectado ou com as fezes deste.

6.4.2. Ter clínica compatível, principalmente febre.

6.4.3. Ter pelo menos duas sorologia IgG reagentes, mesmo na ausência de soroconversão, ou no aumento de dois ou mais títulos.

6.5. **Caso descartado:** Caso suspeito, com resultado dos exames laboratoriais negativos ou não reagentes, ou que tiver outra doença diagnosticada. Em função da pouca expressão clínica apresentada em muitos casos na fase aguda e do longo e silencioso curso da enfermidade, o caso notificado como suspeito de fase aguda pode ser descartado como caso crônico ou por reativação da doença.

6.6. **Caso suspeito de Doença de Chagas Crônica (DCC):**

6.6.1. 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:

6.6.2. Ter residido, ou residir, em área com relato de presença de vetor transmissor da doença de Chagas ou ainda com reservatórios animais (silvestres ou domésticos) com registro de infecção por *T. cruzi*;

6.6.3. Ter residido ou residir em habitação onde possa ter ocorrido o convívio com vetor transmissor (barbeiro) (principalmente casas de estuque, taipa sem reboco, sapê, pau-a-pique, de madeira e suspensas em rios nos cenários ribeirinhos da Amazônia, entre outros modos de construção que permitam a colonização por triatomíneos e/ou sua aproximação por fatores físicos diversos);

6.6.4. 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, como consumo frequente de frutos in natura ou carne de caça no contexto da região amazônica.

6.6.5. Ter realizado transfusão de sangue ou hemocomponentes antes de 1992;

6.6.6. Ter familiares ou pessoas do convívio habitual que tenham diagnóstico de doença de Chagas, em especial mães e/ou irmão (s) com infecção comprovada por *T. cruzi*.

6.7. Ressalta-se a recomendação do PCDT para realização de rastreamento de gestantes, junto aos exames realizados no pré-natal. E, no PCDT para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2013) recomenda-se a realização de sorologia para DC em toda pessoa infectada pelo HIV e com história epidemiológica compatível com infecção por *T. cruzi*.

6.8. Também se destacam as recomendações das políticas nacionais de triagem de candidatos à doação de sangue e de órgãos sólidos. A atual normativa institui que todo candidato à doação de sangue deve ser testado para doença de Chagas e, aquele com antecedente epidemiológico de contato domiciliar com triatomíneo em área endêmica ou com diagnóstico clínico ou laboratorial de doença de Chagas, deve ser considerado doador inapto definitivo (Portaria no 158, de 4 de fevereiro de 2016).

7. CONDUTA TERAPÉUTICA

7.1. O benznidazol (BZ) é o fármaco de primeira escolha e é indicado para todos os casos em fase aguda e Crônica e de reativação da doença. Os esquemas terapêuticos referentes ao BZ, assim como a indicação em situações especiais, como gravidez e imunossupressão, encontram-se no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica da DC. O nifurtimox é a alternativa à intolerância ou que não respondam ao tratamento com BZ. Ambos disponibilizados por intermédio da AGEVISA/RO.

Verificar os **Anexos ID(0048431164) I, II e III**, desta Nota Técnica, os fluxogramas para atendimento de pacientes com Doença de Chagas.

8. NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

8.1. A Portaria Ministerial nº 1.061, revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a DCC, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. A finalidade é adotar medidas de controle oportunamente e prevenir a ocorrência de novos casos.

Quadro 1 - Orientações para notificação da doença de Chagas

	Notificação individual de		Periodicidade de notificação				Sistema
	Caso Suspeito	Caso Confirmado	Imediata (até 24 horas) para			Semanal	
			MS	SES	SMS		
Doença de Chagas Aguda (DCA)*	X	X		X	X		SINAN
Doença de Chagas Crônica (DCC)		X				X	e-SUS Notifica

Fonte: Nota Informativa nº 7/2023-CGVZ/DEDT/SVSA/MS

ATENÇÃO: *Além da inserção individual de caso suspeito de DCA no SINAN, recomenda-se que os surtos por transmissão oral, ocorridos pela doença, também sejam notificados por meio do SINAN DTA, através da Ficha de Investigação de Surto – DTA.

9. VIGILÂNCIA LABORATORIAL

9.1. Métodos parasitológicos diretos

O exame parasitológico é o mais indicado nesta fase. É definido pela presença de parasitos circulantes, demonstráveis no exame direto do sangue periférico. Incluem:

9.1.1. Pesquisa a fresco de tripanossomatídeos: execução rápida e simples, sendo mais sensível que o esfregaço corado. A situação ideal é a realização da coleta com paciente febril e dentro de 30 dias do início de sintomas.

9.1.2. Métodos de concentração: de rápida execução e baixo custo, são eles: Strout, micro- hematócrito e creme leucocitário. Recomendados como primeira escolha de diagnóstico para casos sintomáticos com mais de 30 dias de evolução, devido ao declínio da parasitemia com o decorrer do tempo. As amostras de sangue devem ser examinadas dentro de 24 horas, devido à possível *lise* dos parasitos.

9.1.3. Lâmina corada de gota espessa ou de esfregaço: tem menor sensibilidade que os métodos anteriores, sendo realizado prioritariamente na região da Amazônia Legal, em virtude da facilidade de sua utilização em concomitância com o diagnóstico da malária. Em casos de elevada parasitemia, como na fase aguda da doença, na transmissão transfusional e em pessoas com comprometimento imunológico, pode ser um achado casual no exame de esfregaço para contagem diferencial de leucócitos.

NOTA: Recomenda-se a realização simultânea de diferentes exames parasitológicos diretos (a partir de uma semana após exposição ao parasito, no caso de assintomáticos). Quando os resultados do exame a fresco e de concentração forem negativos na primeira coleta, devem ser realizadas novas coletas até a confirmação do caso e/ou o desaparecimento dos sintomas da fase aguda, ou a confirmação de outra hipótese diagnóstica.

9.2. Métodos sorológicos

Constituem-se em métodos indiretos, não sendo os mais indicados para o diagnóstico de fase aguda. Podem ser realizados quando os exames parasitológicos forem negativos e a suspeita clínica persistir. Têm utilidade complementar e devem sempre ser colhidos em casos suspeitos ou confirmados de DCA e enviados ao Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen). As técnicas sorológicas que podem ser utilizadas para confirmação de DCA são as que se seguem:

9.2.1. Detecção de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgG;

9.2.2. Detecção de anticorpos anti-*T. cruzi* da classe IgM.

9.3. Coleta de amostras para envio ao LACEN.

9.3.1. As amostras biológicas coletadas deverão ser encaminhadas ao LACEN/RO, cadastradas no sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL acompanhadas dos seguintes documentos: ficha de notificação do caso, requisição e relatório de encaminhados emitidos após o cadastro da amostra no sistema GAL.

9.3.2. Orientações para coleta e envio de amostras, conforme quadro abaixo.

TIPO DE DIAGNÓSTICO	TIPO DE MATERIAL	QUANTIDADE/ N. AMOSTRAS	PERÍODO DE COLETA	MÉTODO/EXAME	RECIPIENTE	ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO	TRANSPORTE	LOCAL DE REALIZAÇÃO DO EXAME
Sorológico (fases aguda e crônica)	Soro	2-5 mL (mínimo 2 mL de soro)	Fase aguda (IgM e IgG); Fase crônica (IgG)	Imunofluorescência indireta (IFI); Quimioluminescência (CMIA)	Tubo criogênico 5mL com tampa rosqueável	2°C a 8°C, por no máximo 1 semana. Acima deste período conservar a -20°C	Gelo reciclável ou gelo seco	LACEN/RO
Parasitológico (Fase aguda)	Sangue	Punção digital	Fase aguda	Exame a fresco	Exame realizado direto pelo microscopista que realizou a coleta da amostra	Exame realizado imediatamente após a coleta	Exame realizado in loco	Laboratório municipal
	Sangue	Punção digital e confecção direta de lâminas (2 gotas)	Fase aguda	Gota espessa e esfregaço fino	Duas lâminas confeccionadas	Secar e armazenar em temperatura ambiente	Temperatura ambiente	Laboratório municipal
	Sangue	3-5 mL de sangue Sem anticoagulante. 3-5 mL de sangue com anticoagulante	Fase aguda	Métodos de concentração: • creme leucocitário e Strout; • micro-hematócrito	Tubo criogênico 5mL com tampa rosqueável	2°C a 8°C	Transportar para o laboratório no mesmo em temperatura de 2°C a 8°C	Laboratório municipal
Teste molecular (Fase aguda e crônica)	Sangue total (EDTA)	4 mL de sangue	Fase aguda e crônica	PCR- Reação em cadeia da Polimerase	Tubo criogênico 5mL com tampa rosqueável	2°C a 8°C, por no máximo 12 horas. Acima deste período conservar a -20°C	Gelo reciclável ou gelo seco	LACEN/RO

9.4. Cadastro de amostras no Sistema GAL – Preenchimento da Requisição 10.4-1 Finalidade: Investigação;

9.4.1. Descrição: Doença de Chagas Aguda;

9.4.2. Agravo/Doença: Doença de Chagas Aguda.

9.5. Sorologia:

9.5.1. Amostra (material biológico): Soro (identificar “1” quando primeira amostra, “2” quando segunda amostra, etc.)

9.5.2. Pesquisa: Doença de Chagas Agudo – Sorologia IgM/IgG

9.6. Biologia Molecular:

9.6.1. Amostra (material biológico): Sangue total (anticoagulante);

9.6.2. Pesquisa: Doença de Chagas – Biologia Molecular (PCR);

9.6.3. Informar no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL a data de início dos sintomas e a data da coleta da amostra (campo obrigatório), no campo “Agravado” especificar o caso suspeito (Doença de Chagas), conforme a notificação no SINAN. Também informar se é gestante e qual o período gestacional, dados clínicos, se é caso grave. Sempre informar, no campo “Caso” se é caso de óbito, entre outros;

9.7. Consulta e impressão de resultados no sistema GAL.

9.7.1. Realizar a consulta e impressão dos resultados dos exames pelo nome do paciente preferencialmente) ou pelo número da requisição do GAL, visualizando assim, outros exames realizados pelo LACEN como diagnóstico diferencial.

10. VIGILÂNCIA AMBIENTAL

10.1. A transmissão da Doença de Chagas na Amazônia apresenta peculiaridades que obrigam a adoção de um modelo de vigilância distinto daquele proposto para as áreas originalmente de risco da referida doença no país. Na Amazônia, ainda não há registro de vetores que colonizam o domicílio e, por consequência, a transmissão domiciliar da infecção ao homem são raras. Os mecanismos de transmissão conhecidos compreendem: Transmissão oral, transmissão vetorial extra domiciliar, transmissão vetorial domiciliar ou peridomiciliar. Em função dessas condições e circunstâncias, propõem-se como atividades a serem implantadas de forma permanente na Amazônia Legal.

10.2. O Estado de Rondônia concentra espécies, que são triatomíneos geralmente nativos da região, com capacidade de invadir e colonizar as casas em pequenas densidades. Estes ocupam ecótopos naturais e artificiais próximos das moradias, associados a reservatórios silvestres e peridomiciliares, apresentando diferentes graus de antropofilia.

10.3. A vigilância entomológica tem o objetivo de desenvolver, implantar e avaliar os indicadores entomológicos compatíveis com as características da região e formas de transmissão da doença de Chagas. Assim como manter a vigilância epidemiológica, informada sobre as inter-relações, homem - ambiente - vetor, no tempo e espaço.

10.4. A investigação entomológica é um procedimento que consiste na realização de uma pesquisa nos ambientes intradomiciliar e peridomiciliar, em área de incidência de triatomíneo ou uma área onde o mesmo foi encontrado. Esta investigação deve ser feita em áreas previamente demarcadas de modo que, em caso de necessidade, de outro agente de saúde, que desconheça a área possa identificá-la e dar continuidade ao trabalho.

10.5. As principais estratégias de vigilância entomológica para a doença de Chagas que devem ser executadas na rotina dos municípios e /ou regionais, descritas a seguir :

10.6. Taxonomia e Infectividade de Triatomíneos; os vetores (barbeiros) capturados dentro das residências, seja pelo morador ou pelos agentes de saúde do município, devem ser encaminhados a um laboratório de entomologia, sendo este municipal, regional ou estadual para identificação quanto à espécie e o exame parasitológico de fezes, buscando a presença de tripanossomatídeos no conteúdo estomacal. Além desses deve ser encaminhado também os insetos capturados através do uso de armadilhas quando ocorrido atividades programadas. Esses insetos sempre devem estar acompanhados do boletim de captura e envio dos triatomíneos.

10.7. Vigilância Entomológica com participação da população; através da implantação de PIT's (Postos de Informação de Triatomíneos) nos municípios com presença abundante de insetos invadindo as residências e os demais mantendo a vigilância. Motivar essa população na entrega desses insetos deve ser um exercício contínuo na gestão local.

10.8. Vigilância ativa, programação realizada junto aos municípios considerando o cenário epidemiológico e entomológico e devem ser realizadas ações no local provável de infecção, de acordo com as formas de transmissão; transmissão vetorial, procede a investigação entomológica e de reservatórios, associados a ações de vigilância ambiental; *transmissão oral, procede a investigação entomológica, de reservatórios e inspeção sanitária com foco na cadeia produtiva com base nas boas práticas de manipulação dos alimentos.

10.9. Mobilização comunitária, atividade contínua, visando instruir e conscientizar a comunidade sobre os riscos e as consequências dessa doença, suas formas de transmissão e medidas profiláticas. E as ações de educação em saúde nas escolas e demais instituições de ensino de educação escolar, são de grande valia neste processo.

10.10. Nos municípios e localidades quando houver ausência de técnicos municipais capacitados para a realização das atividades mencionadas, estes deverão entrar em contato com a AGEVISA/RO e LACEN/RO, respectivamente, chagasagevisa@gmail.com e gtec@lacen.ro.gov.br, para solicitar apoio em investigação entomológica e capacitação de profissionais para ações de vigilância entomológica.

10.11. Ações de controle vetorial com uso de inseticidas, quando houver presença de vetores domiciliados, em conformidade com a nota técnica nº 36/2012/CGDT/DEVEP/SVS/MS.

10.12. Estabelecer rotina de captura dos vetores de Doença de Chagas, uma vez que esses vetores (triatomíneos), possuem características de habitat silvestres, por meio da vigilância passiva, orientando a população para envio de insetos suspeitos à gerência de endemias do município e da vigilância ativa via busca ativa com pessoal capacitado e por meio de armadilhas em áreas estratégicas;

10.13. Realizar busca entomológica no intradomicílio, no qual devem ser investigados todos os cômodos, sempre se realizando a busca entomológica da esquerda para a direita, nas paredes internas e externas do domicílio. Por sua vez, no peridomicílio, devem ser vistoriados todos os anexos, seguindo-se a mesma metodologia preconizada para o intradomicílio; Realizar busca entomológica no extradomicílio em ecótopos preferenciais das diferentes espécies de vetores prevalentes na Amazônia. Os ecótopos de importância epidemiológica reconhecida abrangem uma variedade de palmeiras amplamente distribuídas, inclusive de relevância para a economia da região. Entre elas, algumas já associadas a casos autóctones, como a *Leopoldina piaçaba*, ecótopo natural de *Rhodnius brethesi*, e *Maximiliana regia*, *Schelea martiana*, *Acrochomia speciosa*, entre outras, ecótopos de triatomíneos como *Rhodnius robustus*, *Rhodnius pictipes* e *Panstrongylus geniculatus*; . Deverá ser providenciado um profissional que faça no sistema informatizado, o de registro no GAL Animal - invertebrados, da ficha de notificação de triatomíneos preenchida, a qual acompanha o inseto até o LACEN-RO. Sendo necessário uma solicitação via e-mail para a gerência do GAL Lacen: lacengalro@gmail.com

10.14. Em caso de surtos de DC por transmissão oral, realizar investigação entomológica durante todas as etapas da produção, armazenamento e transporte do alimento suspeito vindo do campo para a mesa.

11. VIGILÂNCIA SANITÁRIA

11.1. A Vigilância Sanitária municipal (VISA) é o órgão responsável pelas ações de fiscalização/inspeção da produção, transporte, armazenamento, acondicionamento, preparo, manipulação e comercialização de alimentos, incluindo o produto açaí o qual está relacionado à casos de doenças de chagas. Deve atuar também durante a ocorrência de surtos relacionados ao consumo, de forma próxima e conjunta com as outras áreas da vigilância em saúde e atenção básica, realizando ações para identificação de produtos e agentes causadores, caso haja confirmação realizar a suspensão do consumo do produto suspeito e realizar outras ações, como por exemplo:

11.2. Participar das ações de planejamento com a equipe de investigação epidemiológica, para a definição de estratégias e execução de ações para o controle do surto conforme as características e especificidades locais;

11.3. Manter as equipes de VISA capacitadas para a realização de coletas, acondicionamento e encaminhamento de amostras, incluindo o correto preenchimento de Termo de Coleta de Amostra (TCA) ou outro documento com dados da coleta, conforme as normas técnicas, do alimento suspeito no

envolvimento no surto; (termo de coleta**)

11.4. Realizar o envio de amostras ao LACEN, observando-se o correto acondicionamento e características de temperatura, disponibilização das informações e realização de contato prévio com o Laboratório para comunicação do encaminhamento.

11.5. Executar inspeções e fiscalizações nos estabelecimentos envolvidos com Surtos para a identificação de pontos críticos na cadeia alimentar e adotar medidas de intervenção e controle e aplicar, no âmbito de sua competência, as sanções legais cabíveis aos responsáveis pela ocorrência do surto;

11.6. Elaborar relatórios técnicos contendo informações, ainda que preliminares, sobre a coleta de amostras de alimentos suspeitos e os encaminhamentos realizados;

11.7. Realizar ações de orientação e educação sanitária para os estabelecimentos e pessoas participantes da cadeia produtiva de alimentos, especialmente os de açaí;

11.8. Realizar atividades educativas para os produtores, manipuladores e comunidade sobre os riscos e a manipulação correta de alimentos, com vistas à prevenção de doenças, e de forma reforçada, em períodos pré-colheita e alto consumo, conforme as características locais, e em parceria com às áreas da educação em saúde, Secretaria de Educação, escolas, cooperativas de produtores, lideranças comunitárias, órgãos relacionados à produção rural, dentre outros; e, Comunicar a VISA/ESTADUAL sempre que a VISA Local for acionada ou for demandada para as orientações e acompanhamento das ações em execução pelo município.

12. RELATÓRIO – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Em situações de surtos um relatório final deve ser elaborado e enviado para a AGEVISA por meio dos e-mails: cievsro@gmail.com e chagasagevisa@gmail.com, o relatório deve abranger todas as etapas da investigação, o método, o resultado, a discussão, as recomendações e as limitações, com linguagem adequada ao público-alvo, contendo minimamente:

12.1. Descrição dos casos prováveis ou confirmados (caracterização dos atributos por pessoa, tempo e lugar): idade, sexo, provável fonte de infecção, localidade de infecção e temporalidade;

12.2. Relatar o consumo de alimentos *in natura*, como carnes de animais de caça mal cozidas, açaí, entre outros, em virtude da contaminação poder ocorre por meio da ingestão do próprio triatomíneo, ou de suas fezes;

12.3. Resultados dos exames de cada caso confirmado ou provável (mesmo que sejam parciais, é importante colocar as datas de coleta e o tipo de exame a ser/que foi realizado);

12.4. Descrição da investigação entomológica/ambiental: data da pesquisa; município; área (rural ou urbana); localidade(s); identificação e características de cada unidade domiciliar (UD) que foi trabalhada (número de cômodos, anexos – galinheiro/paiol/galpão/curral); encontro de barbeiro, espécie(s) e local(is) do encontro;

12.5. Ações realizadas (epidemiologia, entomologia e ambiental, sanitária, educacionais); e,

12.6. Recomendações específicas da vigilância para controle e prevenção de novos casos.

13. ENCERRAMENTO DE CASO

O caso de **DCA deverá ser encerrado em até 60 dias da notificação e DCC 180 dias**. A classificação final do caso deverá obedecer aos critérios estabelecidos em “Definição de caso”. No encerramento da investigação, devem ser informados os critérios de confirmação, a forma provável de transmissão, a classificação final, a evolução do caso, a data do óbito (se houver) e a data do encerramento.

14. INFORMAÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

Para maiores informações a respeito das definições de caso, conduta clínica, coleta de amostras biológicas, notificação, controle vetorial e boas condutas, fazer contato com as gerencias e/ou departamentos, através dos contatos abaixo:

Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia - AGEVISA/RO		
Gabinete	(69)3216-5397	Gabinete agevisaro@gmail.com
Gerência Técnica de Vigilância Sanitária	(69)3216-5353	visa.agevisa.ro@gmail.com
Gerência Técnica de Vigilância Epidemiológica	(69)3216-7243	gtvpe@agevisa.ro.gov.br
Gerência Técnica de Vigilância em Saúde Ambiental	(69)3216-5343	gtvam.ro@gmail.com
Centro de Informações de Vigilância Estratégica	-0800 642-5398 (69)98459-1610	cievsro@gmail.com
Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN		
LACEN RO	(69)3216-5302	lacen_ro@hotmail.com

REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico]– 5.ed.–Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. A **Portaria nº 1 .061/GM/MS, de 18 de maio de 2020**. - Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt3418_01_09_2022.html

BRASIL. 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, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

JUNQUEIRA, A. C. V. et al. **Manual de capacitação na detecção de Trypanosoma cruzi para microscopistas de malária e laboratoristas da rede pública**, 2ª ed. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em saúde e Ambiente. **Nota técnica nº 36/2012/CGDT/DEVEP/SVS/MS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas>. acesso em: 06 fev. 2024.

José Maria Silva Nobre
Coordenador Estadual da Vigilância da Doença de Chagas e filariose

Pedro Jorge Gonçalves Magalhães
Gerente Técnica de Vigilância Ambiental em Saúde

Maria Leiliane De Brito
Gerente Técnica de Vigilância Sanitária

Maria Arlete da Gama Baldez
Gerente Técnica de Vigilância Epidemiológica

Ciciléia Correia da Silva
Diretora do LACEN/RO

Cel BM Gilvander Gregório de Lima
Diretor Geral AGEVISA/RO



Documento assinado eletronicamente por **Jose Maria Silva Nobre, Técnico**, em 10/05/2024, às 12:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pedro Jorge Gonçalves Magalhães, Gerente**, em 10/05/2024, às 12:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Leiliane de Brito, Gerente**, em 14/05/2024, às 08:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARIA ARLETE DA GAMA BALDEZ, Gerente**, em 14/05/2024, às 14:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cicileia Correia da Silva, Diretor(a)**, em 15/05/2024, às 09:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



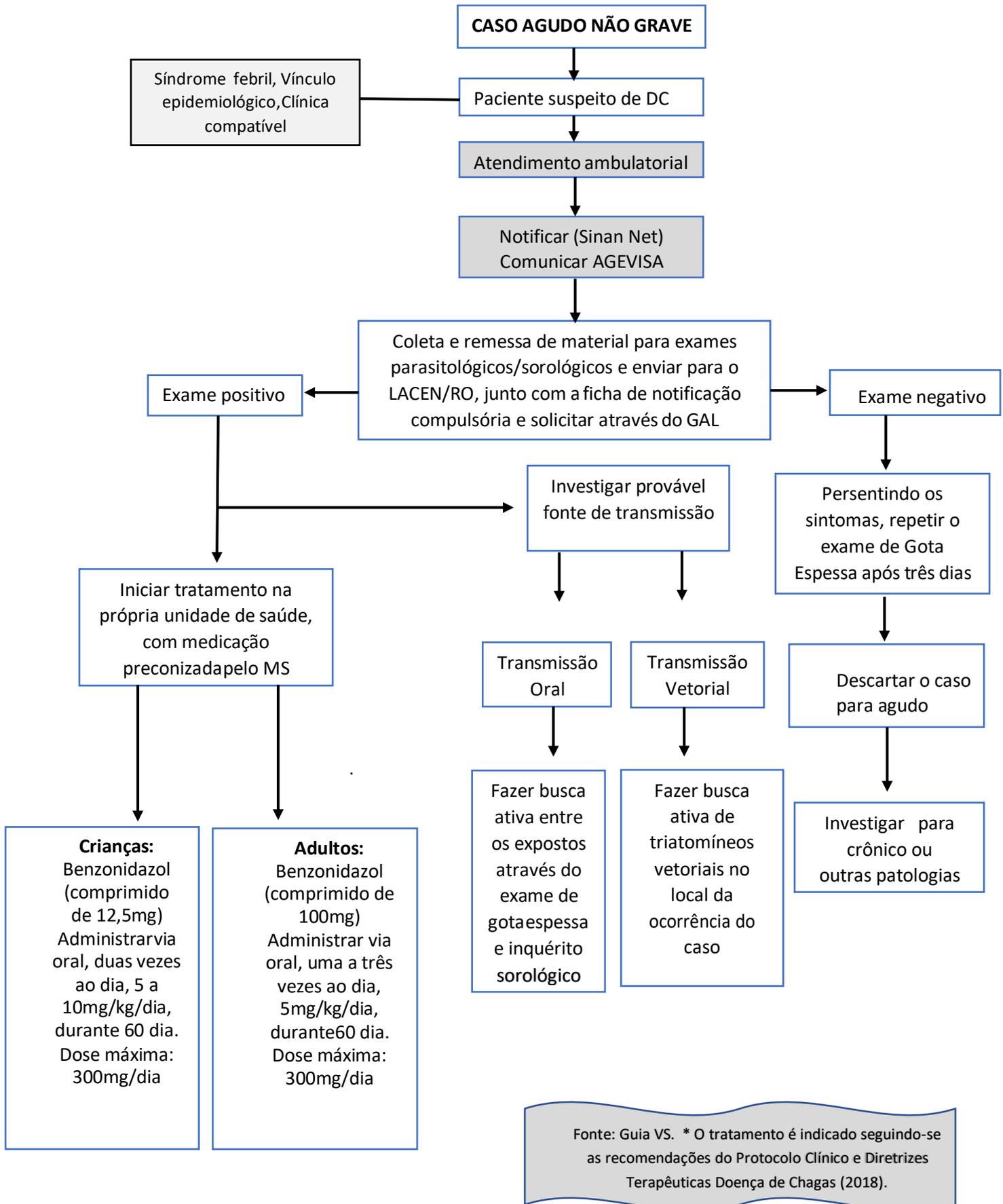
Documento assinado eletronicamente por **Gilvander Gregorio de Lima, Diretor(a)**, em 15/05/2024, às 14:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no artigo 18 caput e seus §§ 1º e 2º, do [Decreto nº 21.794, de 5 Abril de 2017](#).



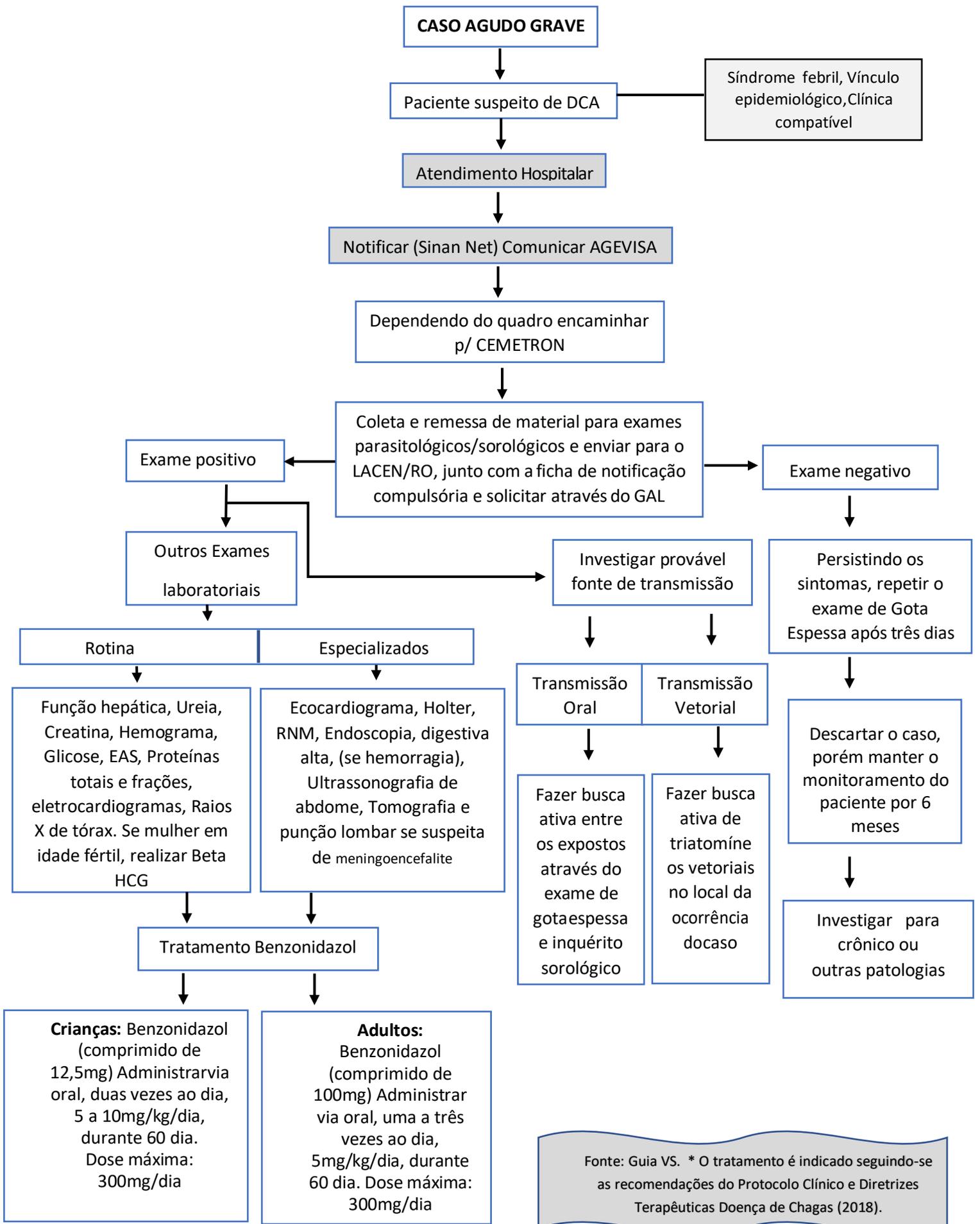
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [portal do SEI](#), informando o código verificador **0048614376** e o código CRC **7BA4843C**.

Anexo I. Fluxograma de atendimento de casos suspeitos de Doença de Chagas Aguda(DCA)

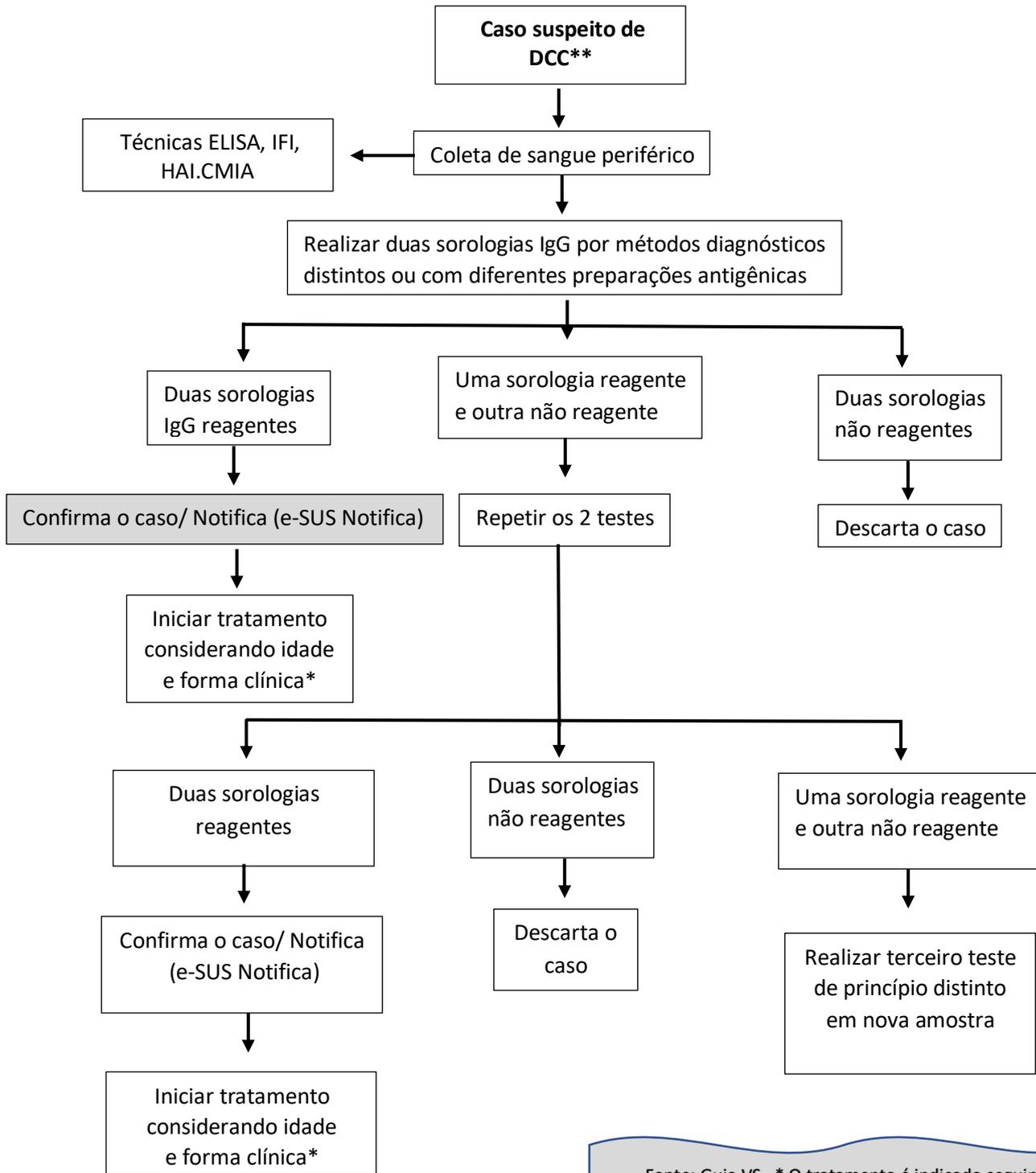
OBSERVAÇÃO: Quando o paciente for diagnosticado com DCA não grave e após iniciar o tratamento no própria UBS tiver mudança no quadro clínico, havendo possibilidade, o médico que realizou o atendimento deverá encaminhar esse paciente para o serviço especializado no CEMETRON para seguimento e realização de exames especializados.



Anexo II. Fluxograma de atendimento de casos suspeitos de Doença de Chagas Agudo grave (DCA)



Anexo III. Fluxograma de atendimento de casos suspeitos de Doença de Chagas Crônica(DCC)



Fonte: Guia VS. * O tratamento é indicado seguindo-se as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas (2018).

** A suspeita baseia-se nos achados clínicos e na história epidemiológica. Como parte dos casos é assintomática (forma indeterminada), deve-se considerar os contextos de risco e vulnerabilidade: NOTA TÉCNICA Nº 1/2024/AGEVISA-NDTV

