

Doenças endêmicas no Brasil — leishmaniose visceral, doença de Chagas, malária e esquistossomose

Quando suspeitar, que exame pedir, quem trata e quando é emergência, com as doses do Ministério da Saúde

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A SBP não tem documento próprio sobre estas quatro doenças; o site segue o **Ministério da Saúde (MS)**. **Leishmaniose visceral (LV)**: febre por mais de 7 dias com esplenomegalia, palidez e emagrecimento em área de transmissão; o **teste rápido rK39 reagente confirma**; tratamento no serviço de referência, com **anfotericina B lipossomal** abaixo de 1 ano e nos graves (GVS 2024). **Chagas**: todo **filho de mãe com sorologia positiva** faz parasitológico nos primeiros dias de vida e, se negativo, **duas sorologias IgG aos 9 meses**; surtos por via oral (açaí) dão quadro agudo grave; **benznidazol 5–10 mg/kg/dia por 60 dias** (PCDT 2018). **Malária**: febre após estada na Amazônia = **gota espessa ou teste rápido no mesmo dia**; *falciparum* e mista: **artesanato + mefloquina** (MS 2026); qualquer sinal de gravidade é . **Esquistossomose**: contato com água doce em área endêmica; **praziquantel 60 mg/kg em dose única** (GVS 2024). Casos leves e o rastreio ficam com o pediatra e a UBS; LV e Chagas aguda vão com urgência ao serviço de referência; sinais de gravidade vão ao pronto-socorro. Todas são de **notificação obrigatória (compulsória)**.

1. O que é e como se apresenta

DOENÇA	AGENTE E TRANSMISSÃO	QUANDO SUSPEITAR NA CRIANÇA
Leishmaniose visceral (calazar)	<i>Leishmania infantum</i> ; flebotomíneo (mosquito-palha); cão é o reservatório urbano	Febre longa, esplenomegalia volumosa, hepatomegalia, palidez, emagrecimento; pancitopenia , hipergamaglobulinemia. Sem tratamento, letal em mais de 90% (GVS 2024)
Doença de Chagas	<i>Trypanosoma cruzi</i> ; via oral (alimento contaminado), vertical , vetorial, transfusão	Aguda : febre prolongada, edema, hepatoesplenomegalia leve, exantema, miocardite ; Romaña é raro. Congênita : em geral assintomática; às vezes hepatoesplenomegalia, icterícia, meningoencefalite. Crônica : indeterminada, assintomática
Malária	<i>Plasmodium vivax</i> (maioria), <i>P. falciparum</i> , mista; <i>Anopheles</i> ; quase toda na Amazônia Legal	Febre de qualquer padrão, calafrios, cefaleia, vômitos em quem mora ou esteve na Amazônia ou em país endêmico; evolução rápida
Esquistossomose mansoni	<i>Schistosoma mansoni</i> ; cercárias do caramujo <i>Biomphalaria</i> penetram a pele em água doce	Aguda : dermatite cercariana e, 3–7 semanas depois, febre de Katayama (febre, dor abdominal, tosse, hepatoesplenomegalia, eosinofilia). Crônica : hepatointestinal; hepatoesplênica com varizes; mielorradiculopatia

Particularidades que mudam a conduta

- **LV:** sorologia positiva sem sintomas **não autoriza tratar**. Matam a **infecção bacteriana**, o **sangramento** e a insuficiência hepática (MS 2011). Toda criança com LV faz **teste para HIV**.
- **Chagas oral:** açaí, bacaba, caldo de cana *in natura*; **congelar não protege** (só cozimento ou pasteurização); quadro mais grave (GVS 2024).
- **Chagas vertical:** cerca de 1–2% na mãe com doença crônica, muito mais na infecção aguda na gestação; o tratamento precoce negativa a sorologia em mais de 95% (PCDT 2018).
- **Malária:** o *P. vivax* também causa doença grave (ruptura do baço, anemia); recai se a primaquina não for completada (Guia MS 2021).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Filho assintomático de mãe com Chagas; Chagas crônica indeterminada; esquistossomose intestinal sem hepatoesplenomegalia, sangramento ou sinais neurológicos; rastreio positivo em criança assintomática	Pediatra com a UBS e a vigilância: exames do bebê no calendário do MS; praziquantel na UBS; benznidazol na UBS por médico que conheça o fármaco (GVS 2024); notificar
● Moderada	Suspeita de LV sem sinais de gravidade; malária não complicada confirmada; Chagas aguda sem miocardite, sangramento ou alteração neurológica; Katayama sem toxemia; esquistossomose hepatoesplênica compensada	LV e Chagas aguda: encaminhar com urgência ao serviço de referência; malária: tratar no mesmo dia , com reavaliação próxima; hepatoesplênica: encaminhar com prioridade à gastro-hepatologia pediátrica
● Grave	LV com idade < 6 meses, desnutrição grave, comorbidade, icterícia, sangramento (exceto epistaxe), edema generalizado, toxemia, infecção bacteriana, neutrófilos $\leq 500/\text{mm}^3$, plaquetas $< 50.000/\text{mm}^3$ ou Hb $\leq 7 \text{ g/dL}$ (MS 2011); malária com sinal de gravidade (abaixo); Chagas aguda com miocardite, insuficiência cardíaca, derrame pericárdico, meningoencefalite ou hemorragia digestiva; esquistossomose com hematêmese/melena, ascite ou paraparesia	Pronto-socorro/hospital: estabilizar, acesso, oxigênio, glicemia, transporte acompanhado

Sinais de malária grave (Guia MS 2021): prostração; convulsão ou desorientação; vômitos que impedem a medicação oral; qualquer sangramento; icterícia; palidez intensa; dispneia ou cianose; taquicardia fora do pico febril; dor abdominal intensa (ruptura do baço); diurese

reduzida; anemia grave, **hipoglicemia**, acidose, insuficiência renal ou parasitemia de *P. falciparum* > 250.000/mm³.

Fatores que elevam a gravidade

- Idade < 1 ano (na LV, 6–12 meses é sinal de alerta), desnutrição, imunossupressão, HIV.
- LV com febre há mais de 60 dias, diarreia, vômitos ou recidiva; malária por *P. falciparum* ou mista e demora no diagnóstico; Chagas por via oral.

3. Diagnóstico no consultório

A pergunta que não pode faltar: onde a criança mora e por onde passou (viagens, garimpo, área rural, país de origem), cães doentes, açaí ou caldo de cana artesanal, banho de rio ou lagoa, sorologia materna para Chagas.

SITUAÇÃO	EXAMES E CONDUTA
Febre + esplenomegalia (suspeita de LV)	Hemograma, função renal e hepática, albumina, coagulação. rK39 reagente confirma; RIFI ≥ 1:80; mielograma (padrão-ouro) na referência; HIV (GVS 2024)
Recém-nascido de mãe com Chagas	Parasitológico direto (micro-hematócrito) nos 10 primeiros dias de vida ; mãe com fase aguda ou HIV: repetir até 2 meses. Negativo e assintomático: duas sorologias IgG aos 9 meses ; ambas negativas descartam; discordantes, um terceiro teste de princípio diferente (GVS 2024). Testar irmãos
Suspeita de Chagas aguda	Parasitológico direto com a criança febril; sorologia; ECG, radiografia de tórax, ecocardiograma
Febre após área de malária	Gota espessa ou teste rápido no mesmo dia (MS: diagnóstico e tratamento em até 24 h dos sintomas); negativo com febre persistente: repetir. Hemograma e glicemia
Suspeita de esquistossomose	Kato-Katz ou sedimentação (Lutz/HPJ); fezes negativas fora de área endêmica: sorologia no Lacen; ultrassom se hepatoesplenomegalia

Diagnóstico diferencial que não pode passar: leucemia e linfoma (o mielograma esclarece), **dengue**, febre tifoide, sepse, endocardite, tuberculose disseminada, mononucleose, histoplasmoses e **síndrome hemofagocítica** (pode ser secundária à LV). Febre prolongada sem foco: **Febre prolongada e febre de origem indeterminada na criança**, nesta área.

4. Tratamento e seguimento

Do pediatra: suspeitar, pedir o exame, notificar, prescrever o ambulatorial, checar adesão e efeitos adversos. **Do serviço de referência / infectologista pediátrico:** LV, Chagas aguda

grave e congênita sintomática, malária grave, esquistossomose hepatoesplênica e neurológica. Medicamentos fornecidos pelo SUS.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Anfotericina B lipossomal (LV)	3 mg/kg/dia ou 4 mg/kg/dia	1×/dia IV, em 30–60 min	7 dias (3 mg/kg) ou 5 dias (4 mg/kg)	1ª escolha < 1 ano, insuficiência renal, hepática ou cardíaca, QTc > 450 ms, HIV, imunossupressão, falha ao antimonial, escore de gravidade alto (GVS 2024). Creatinina, K e Mg
Antimoniato de meglumina (LV)	20 mg de Sb+5/kg/dia (máx. 3 ampolas/dia)	1×/dia IV ou IM	20 a 40 dias	1ª escolha do GVS 2024 nos demais; cardio e hepatotóxico
Benznidazol (Chagas)	5–10 mg/kg/dia	12/12 h, VO	60 dias	PCDT 2018. Comprimido pediátrico de 12,5 mg solúvel; hemograma 3 semanas após o início (neutropenia) (PCDT 2018)
Nifurtimox (Chagas)	15 mg/kg/dia	8/8 h, VO	60 dias	Alternativa na intolerância ao benznidazol (PCDT 2018)
Cloroquina (<i>P. vivax</i> ou <i>ovale</i>)	10 mg/kg no 1º dia; 7,5 mg/kg no 2º e no 3º	1×/dia, VO	3 dias	Guia MS 2021. < 10 kg ou até 6 meses: ACT; < 1 ano : ASMQ (NI nº 1/2026)
Primaquina (<i>P. vivax</i> , cura radical)	0,5 mg/kg/dia	1×/dia, VO	7 dias	Guia MS 2021. Proibida < 6 meses ; G6PD deficiente: 0,75 mg/kg/semana por 8 semanas
Tafenoquina (<i>P. vivax</i> , cura radical, no lugar da primaquina)	10–20 kg: 100 mg; 21–34 kg: 200 mg (cp de 50 mg); ≥ 35 kg: 300 mg	Com a cloroquina	Única	NT nº 2/2026: ≥ 2 anos e ≥ 10 kg , não grave, Hb ≥ 7 g/dL, G6PD quantitativa ≥ 6,1 U/gHb ; sem teste, primaquina
Artesunato + mefloquina (ASMQ; 1ª opção: <i>falciparum</i> , mista, recorrência e <i>vivax</i> < 1 ano)	Infantil 25/50 mg: < 9 kg 1 cp; 9–17 kg 2 cp . Adulto 100/200 mg: 18–29 kg 1 cp; ≥ 30 kg 2 cp	1×/dia, após refeição	3 dias	MS, NI nº 1/2026. Vômito até 60 min: repetir. <i>Falciparum</i> : + primaquina 0,5 mg/kg no 1º dia (≥ 6 meses; Guia 2021)
Artemeter 20 mg + lumefantrina 120 mg (2ª opção)	Por peso: < 15 kg 1 cp; 15–24 kg 2 cp; 25–34 kg 3 cp; ≥ 35 kg 4 cp por tomada	12/12 h, após refeição	3 dias	Guia MS 2021; NI nº 1/2026

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Artesunato IV/IM (malária grave)	< 20 kg: 3 mg/kg/dose; ≥ 20 kg: 2,4 mg/kg/dose	0, 12 e 24 h, depois 1×/dia	≥ 24 h e até tolerar VO; depois ACT por 3 dias	Guia MS 2021 (OMS)
Praziquantel (esquistossomose)	60 mg/kg (adulto 50 mg/kg)	Dose única, VO	Única	GVS 2024. < 2 anos a critério médico; não usar na hepatoesplênica descompensada. Controle de cura no 4º mês (3 amostras)

Suporte e o que não fazer

- **Febre:** dipirona 15 mg/kg/dose ou paracetamol nas doses do site; **sem ácido acetilsalicílico** nem ibuprofeno com plaquetopenia, sangramento ou suspeita de dengue.
- **LV:** antibiótico se toxemia, foco infeccioso, neutrófilos < 500/mm³ ou idade < 2 meses; hemácias se Hb < 7 g/dL (MS 2011).
- **Benznidazol:** dermatite (comum, em geral sem suspender), parestesias, neutropenia; **sem álcool** (efeito antabuse).
- **Malária:** **nunca tratar sem confirmação** (Guia MS 2021); o teste rápido não serve para controle de cura.

Seguimento: LV — clínica e hemograma por 12 meses (recidiva); Chagas aguda — sorologia anual por 5 anos até duas negativas (GVS 2024); Chagas crônica — ECG anual; malária vivax — retorno se febre (recaída).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Qualquer sinal de gravidade da classificação (LV, malária, Chagas aguda).
- Malária em lactente que vomita ou não engole os comprimidos.
- Hemorragia digestiva, ou fraqueza nas pernas, retenção urinária e dor lombar em área de esquistossomose.
- Recém-nascido de mãe com Chagas que esteja doente.

Como encaminhar

1. **ABC** e sinais de choque; decúbito lateral se rebaixamento; convulsão: protocolo do site (≥ 5 minutos = estado de mal).
2. **Oxigênio** se desconforto respiratório ou SpO₂ < 92%, mantendo **SpO₂ ≥ 94%** no transporte; **glicemia capilar** — hipoglicemia: glicose 0,5–1 g/kg IV (SG 10% 5–10 mL/kg).

3. Acesso venoso; suspeita de sepse: **Sepse e choque séptico na criança**; não atrasar a remoção.
4. Malária grave sem artesunato no local: ACT disponível se a criança engole (Guia MS 2021).
5. SAMU (192) e contato prévio com o hospital de referência.
6. **Relatório**: procedência e viagens, exames, medicamentos com dose e horário, peso.

Notificação obrigatória (compulsória): LV (todo suspeito), Chagas aguda (inclusive todo recém-nascido de mãe infectada) e crônica, malária (Sivep-Malária na Amazônia; Sinan fora dela) e esquistossomose (área não endêmica ou focal, graves e surtos) — GVS 2024.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O exame do bebê é obrigatório porque a mãe tem Chagas; quem tem a infecção fica curado se tratado cedo. Não falte ao exame dos 9 meses."
- "Tome o remédio da malária até o último dia, mesmo sem febre; a primaquina evita que a malária volte."
- "O benznidazol dura 60 dias; manchas na pele são comuns — avise, mas não pare por conta própria."
- **Prevenção**: mosquiteiro e roupa comprida ao entardecer; repelente conforme a idade (icaridina ou IR3535 a partir de 6 meses, DEET a partir de 2 anos); cuidar do cão e do quintal; açaí pasteurizado; **evitar banho em rios e lagoas** de área de esquistossomose.
- **Procurar o pronto-socorro se houver**: febre depois da Amazônia (no mesmo dia), sonolência, convulsão, vômitos que não param, falta de ar, olhos amarelos, sangramento, urina escura ou pouca, dor forte na barriga, vômito com sangue ou fezes pretas, fraqueza nas pernas.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Leishmaniose visceral	Sem documento; segue o MS	rK39 confirma; lipossomal < 1 ano e graves; antimonial nos demais (lipídicas incorporadas em 2026)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Lipossomal 3–4 mg/kg (série de casos, An Pediatr 2010)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Chagas congênita	Sem documento; segue o MS	Parasitológico nos 10 primeiros dias; 2 sorologias aos 9 meses	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	PCR ao nascer e com 1 mês; sorologia aos 9 meses (SEIP 2013)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Benznidazol	Segue o MS	5–10 mg/kg/dia, 60 dias	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	5 → 8–10 mg/kg/dia, 30–60 dias (SEIP 2013)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Malária	Segue o MS	Ambulatorial; ASMQ no <i>falciparum</i> (2026); primaquina 7 dias ou tafenoquina; artesunato na grave	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Valorar internação; primaquina 14 dias; artesunato IV (SEIP 2012)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Esquistossomose	Segue o MS	Praziquantel 60 mg/kg dose única	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências estrangeiras tratam de casos importados. Há concordância na confirmação laboratorial da malária antes de tratar, no artesunato parenteral na malária grave, no benznidazol como primeira escolha e no tratamento de toda criança com Chagas.

Divergências: (1) **LV** — o GVS 2024 mantém o antimoniato fora dos grupos de risco; a OPAS usa a lipossomal como primeira linha (Conitec, Relatório nº 1.121). A **Portaria SCTIE/MS nº 37, de 2 de julho de 2026, incorporou as formulações lipídicas** e a nº 36, a lipossomal com miltefosina no imunocomprometido; com oferta e protocolo em implantação, vale o GVS 2024, e o esquema é do serviço de referência. (2) **Benznidazol** — MS 5–10 mg/kg/dia por 60 dias; SEIP 5 subindo a 8–10 mg/kg/dia, 30–60 dias. (3) **Chagas congênita** — a SEIP usa PCR ao nascer e com 1 mês; o MS, o parasitológico. (4) **Malária** — a SEIP manda valorar internação e usa primaquina por 14 dias no *vivax* (MS: 7 dias com dose maior, ou tafenoquina). **Posição do site:** sem documento da SBP, o site segue o Ministério da Saúde em todos os itens.

PONTOS PRÁTICOS

1. Febre com baço grande em área de LV: hemograma e rK39 no mesmo atendimento; leucemia é o principal diferencial.
2. Todo filho de mãe com Chagas: parasitológico nos primeiros dias e duas sorologias aos 9 meses — e notificação.
3. Febre depois da Amazônia é malária até prova em contrário: gota espessa ou teste rápido no mesmo dia; nunca tratar sem confirmação.
4. Primaquina não se usa abaixo de 6 meses, nem tafenoquina abaixo de 2 anos ou sem G6PD quantitativa; abaixo de 10 kg, ACT em vez de cloroquina; *falciparum*, ASMQ.
5. Praziquantel 60 mg/kg em dose única; hematêmese ou fraqueza nas pernas em área endêmica é .
6. As quatro doenças são de notificação obrigatória (compulsória).

Veja também, nesta Biblioteca: **Febre prolongada e febre de origem indeterminada na criança** (nesta área); **Parasitoses intestinais** (Patologias do consultório); **Vacinação do viajante e em surtos** (Imunizações); **Como Conduzir uma Criança com Febre** (Pediatria geral); **Sepse e choque séptico na criança** (Urgências e emergências); **Dengue, chikungunya, zika e Oropouche** (Patologias do consultório); **Infecções Congênitas (TORCH e Sífilis)** (Neonatologia).

8. Fontes

- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed. revisada, vol. 2 — Leishmaniose visceral, 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed. revisada, vol. 2 — Doença de Chagas, 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed. revisada, vol. 2 — Malária, 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed. revisada, vol. 2 — Esquistossomose mansoni, 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Leishmaniose visceral — recomendações clínicas para redução da letalidade, 2011. [PDF](#)
- Conitec. Formulações lipídicas de anfotericina B para o tratamento da leishmaniose visceral, Relatório nº 1.121, 2026. [PDF](#)
- Ministério da Saúde/Conitec. PCDT Doença de Chagas (Portaria SCTIE nº 57), 2018. [PDF](#)

- Ministério da Saúde. Guia de tratamento da malária no Brasil, 2021. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 2/2026-CGEMA/DEDT/SVSA/MS — tafenoquina e teste de G6PD na população pediátrica, 2026. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 1/2026-CGEMA/DEDT/SVSA/MS — artesunato + mefloquina como primeira opção, 2026. [PDF](#)
- Ministério da Saúde/SCTIE. Portarias nº 36 e nº 37, de 2 de julho de 2026 (anfotericina B na LV), em Conass Informa nº 121/2026. conass.org.br
- SEIP/AEP. García López Hortelano M et al. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la malaria. An Pediatr (Barc), 2012. [PDF](#)
- SEIP, SEIMC, SEGO. González-Tomé MI et al. Recomendaciones... embarazada y niño con enfermedad de Chagas. Enferm Infecc Microbiol Clin, 2013. [PDF](#)
- Prieto Tato L et al. Diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis visceral infantil. An Pediatr (Barc), 2010. analesdepediatria.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.