

Oficina para discussão da proposta de “Certificação da interrupção da transmissão da doença de Chagas por vetores secundários no Brasil”

O grupo, reunido nos dias 05 e 06 de junho de 2012, após apresentação dos representantes da OPAS, MS e pesquisadores e longa discussão de conceitos e dados, fez os seguintes encaminhamentos:

1. Recomendou a alteração da proposta original para:

Atualização conceitual do risco de transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil

Contextualização

Breve histórico das ações do programa de controle da doença de Chagas no Brasil no período de **1970/1980**:

- Soroprevalência no Brasil: 4,2%, 100 mil novos casos/ano
- Extensa área endêmica com *T. infestans* no intradomicílio
- Amazônia excluída da área de risco

Cenário após a certificação da interrupção da transmissão da doença de Chagas por *T. infestans* (2006).

Como produto de um enorme esforço de três décadas de atividade ininterruptas do programa de controle da doença de Chagas obteve-se:

- *T. infestans* eliminado como um problema de saúde pública, restando focos residuais na Bahia e Rio Grande do Sul.
- Paralelamente houve grande avanço no controle das populações intradomiciliares das espécies autóctones.
- Consequentemente houve grande redução nas taxas de transmissão da doença de Chagas humana no País, sem que atualmente se registre uma transmissão domiciliar sustentada e contínua. O inquérito nacional de soroprevalência (2001-2008) demonstrou essa situação para todo território endêmico.
- Desenvolvimento da conceituação da Amazônia como área endêmica, concentrando a maioria dos casos agudos por transmissão oral e/ou vetorial não usual.

A partir do sucesso das intervenções de controle vetorial da doença de Chagas no Brasil, e considerando-se a ocorrência de espécies com alto potencial vetorial e de colonização ressalta-se a necessidade de manutenção da vigilância epidemiológica e

estabelecimento de novas estratégias de vigilância e controle, conforme apontado por Silveira (2011):

- 1. Necessidade de se preservar os níveis de controle alcançados;*
- 2. A concepção e desenvolvimento de novas tecnologias e métodos de vigilância e controle que permitam reduzir os riscos de ocorrência de casos associados a transmissão enzoótica;*
- 3. A garantia de adequada atenção aos infectados e enfermos crônicos da doença de Chagas.*

No que diz respeito a vigilância entomológica, as propostas anteriormente mencionadas só terão sustentabilidade a partir da manutenção das atividades de controle vetorial pelo Sistema Único de Saúde e setores e instituições relacionadas, o que pressupõe um compromisso político e orçamento definido.

Para consolidação dessa vigilância serão necessários:

1. Capacitação técnica operacional: captura, borrifação e análise epidemiológica.
2. Supervisão das atividades de vigilância entomológica e epidemiológica em todas as esferas de gestão.
3. Fortalecimento dos laboratórios de entomologia: infraestrutura adequada e capacitação em taxonomia, identificação do *T. cruzi* e estabelecimento de uma rede de referência e contrareferência para controle de qualidade.
4. Atualização da carta triatomínica (distribuição geográfica dos vetores).
5. Redefinição dos fluxos de informação entomológica entre as esferas de gestão.
6. Implantação de um sistema nacional de coleta e análise de dados entomológicos informatizado.
7. Fortalecimento das atividades de educação em saúde tendo em vista a participação comunitária.
8. Monitoramento da resistência de triatomíneos a inseticidas.
9. Desenvolvimento de pesquisas operacionais para avaliação do risco ambiental e busca de informação para o controle de novas situações de risco que possibilitem o desenho de intervenções ambientais.
10. Desenvolvimento de armadilhas para aprimoramento da captura de triatomíneos em baixa densidade e na região amazônica.
11. Implementação da vigilância de reservatórios.
12. Capacitação da equipe de saúde no diagnóstico e tratamento precoce da DC, com ênfase nos casos agudos.
13. Avaliação das atividades da vigilância entomológica a partir do emprego de inquéritos soroepidemiológicos localizados para comprovação de presença ou ausência de transmissão ativa.
14. Fortalecimento da estratégia de integração no diagnóstico de DC e Malária na região Amazônica.
15. Desenvolvimento de uma estratégia de comunicação de risco para diferentes atores (gestores, instituições de pesquisa, comunidades locais, etc...).

16. Atualização periódica dos critérios de estratificação de risco de transmissão vetorial da DC.

Conclusões

Houve grande redução nas taxas de transmissão vetorial da doença de Chagas humana no País, sem que atualmente se registre uma transmissão domiciliar sustentada e contínua. O inquérito nacional de soroprevalência (2001-2008) e os dados da vigilância epidemiológica (2006-2011) demonstraram essa situação para todo território endêmico.

Persiste o risco de transmissão vetorial da doença de Chagas em função da ocorrência de espécies com alto potencial vetorial e de colonização. Dessa forma, é imperativo que sejam mantidas e ampliadas as atividades do programa de controle da doença de Chagas.