

## II. Modelos alternativos de vigilância e controle da doença de Chagas para fases avançadas dos Programas

Antônio Carlos Silveira

Antes de tudo é necessário precisar o entendimento que se tem sobre “fase avançada de controle”. Para isso, indispensavelmente, deve-se considerar as metas ou objetivos, os que são possíveis e aqueles que foram institucionalmente assumidos pelos programas.

No caso da “Iniciativa dos Países do Conesul para a doença de Chagas” as metas acordadas e formalmente explicitadas são:

- eliminação do *Triatoma infestans* das casas e do ambiente peridomiciliar em áreas endêmicas e provavelmente endêmicas;
- redução e eliminação da infestação domiciliar por outras espécies de triatomíneos presentes naquelas mesmas áreas ocupadas por *T. infestans*; redução e eliminação da transmissão por transfusão sanguínea.

É então com base nessas metas que se deve examinar o grau de avanço alcançado. Além disso, entram também em consideração os conceitos com os quais se trabalha.

Como *eliminação* se tem entendido a “*não detecção de qualquer exemplar do vetor por um período mínimo e consecutivo de três anos pelas técnicas disponíveis de pesquisa entomológica, em área com vigilância instalada e funcionante*”—o que vale apenas para espécies introduzidas e estritamente domiciliadas, como é na sub-região do Conesul o caso de *Triatoma infestans*.

Como *redução* se compreende o “*controle das populações domiciliares a níveis incompatíveis com a transmissão*”, o que se aplica a espécies nativas, e obriga então a *manutenção de ações permanentes de vigilância*.

Em uma e outra situação a sustentabilidade dos níveis de controle alcançados pressupõe sejam mantidas ações de vigilância; sem o que, em função do caráter primariamente enzoótico da enfermidade de Chagas, podem se repor as condições de transmissão no ambiente domiciliar. Isso ocorre pelo repovoamento da habitação por resíduos de infestação não detectáveis—pela baixa sensibilidade dos instrumentos de pesquisa entomológica—ou pela reinfestação a partir de focos silvestres ou desde áreas onde persiste o vetor domiciliado.

---

(\*) Apresentado na Reunião do “Grupo de Trabajo OPS para Consulta en Planificación Operativa, Estrategia y Evaluación de Etapas Avanzadas de Control Antivectorial en Enfermedad de Chagas” (Montevideo, Uruguay, 13 y 14 de noviembre de 2001).

A grande questão que se coloca é então como sustentar a vigilância na ausência de transmissão ou até mesmo do vetor, o que pode ser transitório ou apenas aparente, desde que é dificilmente comprovável sua completa eliminação.

De outra parte, entre as doenças transmitidas por vetores, nenhuma outra enfermidade é tão dependente do componente entomológico da vigilância, porque o conhecimento do caso é sempre tardio, pela inaparência da infecção aguda e por seu longo curso clínico.

Essas três condições—

- i) a persistência do risco de restabelecimento da transmissão pela existência de focos silvestres, e/ou de áreas ainda com infestação domiciliar;
- ii) a difícil demonstração de que houve uma completa eliminação do vetor domiciliado; e,
- iii) as características clínicas da doença, com a pouca visibilidade da fase aguda e sua evolução crônica—

resultam em dificuldades adicionais àquela que, em uma fase avançada de controle, é a maior delas, a inexistência de transmissão. Isso significa que, peculiaridades da própria história natural da doença de Chagas, representam e acrescem outros entraves à construção de um modelo de vigilância que seja na prática viável, e que se sustente no tempo.

É certo que, um modelo que tenha sustentação no tempo, não se pode pensar como um conjunto de ações isoladas, sem vinculação com um sistema integrado de vigilância de doenças. E aí há que pensar que sistema e que doenças são essas. A partir daqueles que existem, e também no quão adequados e eficazes têm sido.

A vigilância de qualquer doença deve em tese, de início, considerar os fatores , em cada caso, que representam risco. E todo sistema de vigilância deve reconhecer e respeitar o que tem de distintivo e singular o processo de produção de cada doença em particular e, por outro lado, deve buscar agregar ações que podem ser comuns.

O que hoje prevalece é um corte inicial em doenças transmissíveis e não transmissíveis. E há fracionamentos internos, com base em características clínicas, como é o caso de agudas ou crônico-degenerativas; ou, entre as transmissíveis, com base nas vias ou veículos de transmissão, em agrupamentos como doenças transmitidas por vetores ou doenças de veiculação hídrica; e ainda em categorias que podem por exemplo considerar o objeto da ação de controle, como as zoonoses (reservatórios) ou as imunopreveníveis (o indivíduo suscetível).

A racionalidade que tem determinado essas categorizações tem sido diversa, mas busca de algum modo integrar as ações, o que na prática pouco se realiza. O que no entanto é comum a todas, ou quase todas, independentemente

da categoria a que pertencem, é que a vigilância se faz sobre o caso, ou seja sobre a ocorrência do dano, e não sobre fatores de risco, com muito poucas exceções. Uma exceção é a doença de Chagas, com o monitoramento do fator de risco mais imediato: o vetor domiciliado.

Uma tentativa, com base em uma outra lógica, e bastante mais integradora, é a construção de um novo sistema de vigilância em saúde, composto de três grandes vertentes, ou ramos, ou subsistemas. O que os define são o objeto da vigilância (não do controle) e o fato de que se organizam em unidades de produção de uma mesma natureza: I) sanitária, vigilância sobre produtos e serviços; II) epidemiológica, vigilância sobre populações; III) ambiental, vigilância sobre fatores de risco no ambiente, bióticos e abióticos.

Nessa nova ordem é fácil localizar a vigilância da doença de Chagas na vigilância de elementos bióticos do ambiente (vetor, ou fator de risco imediato), e também abióticos (mudanças no ambiente natural favorecedoras da domiciliação do vetor, o que significa vigilância sobre fatores de risco mediatos).

Na antiga ordem se pode dizer que seria igualmente, ou mais fácil, localizar a vigilância da doença de Chagas, entre as doenças transmitidas por vetores, onde sempre esteve. No entanto a diferença está no fato de que a atuação da vigilância das demais doenças transmitidas por vetores visa também prioritariamente, como ocorre com quase todos os demais agravos, a detecção do caso ( malária, leishmanioses, febre amarela, esquistosomose e, mesmo que com menor importância, o dengue ). A entomologia tem aí um papel acessório, a não ser em áreas onde a presença do vetor não é ainda conhecida.

A localização institucional da vigilância da doença de Chagas, basicamente entomológica, pode ser vital para seu exercício de forma regular e rotineira.

No entanto, além de sua inserção nas estruturas dos serviços, é necessário pensar quais ações de vigilância estariam indicadas em uma fase avançada de controle, e através de que meios devem ser cumpridas. A vigilância deve ser adequada à situação epidemiológica prevalente, flexível o bastante para isso. O que equivale dizer que as ações e a forma como se organizam depende basicamente do grau de avanço do controle.

Assumindo que em uma “fase avançada de controle”, não existe transmissão ou que é apenas residual e focal, propõe-se:

- 1º mapear, na escala de município ou mesmo de localidade, a situação do ponto de vista do risco de restabelecimento da transmissão, a partir de indicadores como:
  - a) história pregressa (persistência maior ou menor de infestação);
  - b) condições habitacionais;
  - c) situação geográfica, relativamente a áreas ainda infestadas;
  - d) presença ou não de vetores no ambiente silvestre;

- 2º estratificar as áreas estudadas (municípios ou localidades) em alto, médio e baixo risco;
- 3º distinguir atividades, e seus agentes, para cada estrato definido segundo o grau de risco, considerando que
  - a) a participação social e o envolvimento dos serviços locais é em qualquer situação indispensável—uma vez que se considera ser a forma mais sensível de monitoramento, porque contínuo e permanente;
  - b) é necessário definir com clareza o fluxo da informação e os instrumentos de registro;
  - c) deve haver capacidade de resposta bastante para garantir adequada e oportuna intervenção;
  - d) as atividades para o estrato I , de alto risco, devem compreender, idealmente, ademais da detecção da presença do vetor e de sua notificação pela população
    - (1) pesquisa entomológica regular e periódica (ao menos em ciclos semestrais) por pessoal institucional treinado;
    - (2) exame sorológico em grupos etários susceptíveis de domicílios onde se haja detectado colônias intradomiciliares do vetor;
    - (3) estudo de fonte alimentar de vetores “secundários” que venham a ser capturados no ambiente domiciliar;
    - (4) inquéritos sorológicos periódicos, por amostragem, em grupos etários jovens (ao menos a cada cinco anos);
    - (5) delimitação da área de infestação, sempre que houver o achado de triatomíneos, com a expansão da pesquisa entomológica a partir do “foco índice”;
    - (6) mudanças das condições facilitadoras do repovoamento ou reinfestação domiciliar, por manejo ambiental, incluída a melhoria e ou substituição da habitação sempre que possível e indicado;
  - e) as atividades para o estrato II, de médio risco, ademais da detecção da presença do vetor e de sua notificação pela população devem incluir
    - (1) pesquisa entomológica regular e periódica por amostragem ( ao menos em ciclos anuais) por pessoal institucional treinado;
    - (2) exame sorológico em grupos etários adequados de domicílios onde se haja detectado colônias intradomiciliares do vetor;
      - (3) estudo de fonte alimentar de vetores “secundários” que venham a ser capturados no ambiente domiciliar;
      - (4) delimitação da área de infestação, sempre que houver o achado de triatomíneos, com a expansão da pesquisa entomológica a partir do “foco índice”;
  - f) as atividades para o estrato III, de baixo risco—que devem corresponder a áreas em que a infestação passada foi mínima, eventual, ou por vetores sem importância epidemiológica

reconhecida; e que, sabidamente, não oferecem condições para a colonização domiciliar pelos vetores — estariam a principio limitadas à investigação de possíveis mudanças no ambiente que possam levar à domiciliação de vetores, tais como a antropização de espaços naturais preservados, mudanças no tipo de atividade econômica ou a degradação das condições de habitação.

A estratificação inicial evidentemente estará sujeita a mudanças, com reclassificação das áreas, sempre que os acontecimentos assim indiquem.

O enfoque de risco, tal como se propõe, deve permitir a definição de prioridades para as ações de vigilância e a racionalização do uso dos recursos, que se considera que inevitavelmente estarão reduzidos sempre que se alcance um nível de controle em que a transmissão já não ocorre ou é muito pouco provável que ocorra.

Evidentemente que a vigilância é parte do controle, e que as intervenções que se seguem ao eventual achado do vetor domiciliado não se limitam àquelas atividades elencadas como parte do que se considera ser a vigilância propriamente dita. Assim, o tratamento químico com inseticidas de ação residual deve ter sua indicação, extensão e frequência, determinados pelo exame da situação de cada foco que se venha a conhecer. Ainda que o controle químico sempre esteja recomendado pela captura de qualquer exemplar de *Triatoma infestans* ou de colônias intradomiciliares de outras espécies de vetor, é de se considerar— sobretudo para áreas de alto risco em que as precárias condições de habitação sejam determinantes para a permanência do vetor— a factibilidade de que se promovam melhorias físicas na habitação. Algumas vezes é possível que uma ou algumas poucas unidades domiciliares seja(m) reponsável(eis) pela condição de risco.

A agregação macro que se propõe, em grandes estratos de risco, é necessária mas pode não ser suficiente. Para uma fase avançada de controle é absolutamente necessário o refinamento da informação e análise, devendo-se desagregar o mais possível os dados, identificar situações críticas e fazer um exame detido desses casos, no sentido de definir a conduta mais apropriada a seguir.

Um comentário final que se julga pertinente fazer é que a doença de Chagas tem aparentemente uma baixa vulnerabilidade ao controle. Não se pode controlar as fontes de infecção ou proteger a população suscetível. De um lado há limitações de natureza epidemiológica, de outro falta instrumental tecnológico. Toda possibilidade de intervenção se limita ao combate ao vetor domiciliado. Apesar disso, e ao contrário do que pode parecer, em função de atributos próprios do vetor, a doença de Chagas é altamente vulnerável a medidas de controle que se poderia qualificar de singelas, ou pouco elaboradas, ainda que operacionalmente possam ter alguma complexidade. O tratamento químico de domicílios infestados pode ser bastante, e até mesmo duradouro. Isso se deve ao

fato de que as populações do vetor são bastante estáveis, têm pequena mobilidade e se repõe lentamente. Além disso, o mecanismo de transmissão é difícil, o que exige o convívio continuado do homem com o vetor para que a transmissão ocorra. Por isso mesmo, as chances de que ela se faça depende também, e de forma direta, da densidade populacional do vetor.

Esses requisitos e aquelas características próprias dos triatomíneos vetores da doença de Chagas, que facilitam grandemente o controle, facilitam também a vigilância em áreas em que a transmissão tenha sido interrompida. Isso na prática significa que as condições necessárias para que a transmissão volte a ser viável, exigem tempo. Um tempo que permite se possa, dando racionalidade às ações, e buscando integrá-las a outras operações de controle de outras doenças ou, preferentemente, a sistemas de monitoramento de fatores de risco ambientais, fazer uma vigilância eficaz, o que significa oportuna, com um mínimo de recursos.

Esse mínimo de recursos deve ser proporcional aos riscos, só assim se pode assegurá-los.