



VIGILÂNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS: Manual Técnico das Atividades de Controle dos Triatomíneos

Janice Maria Borba de Souza



Instituto
René Rachou
FIOCRUZ MINAS



Vigilância da Doença de Chagas: manual técnico das atividades de controle dos triatomíneos

Janice Maria Borba de Souza



Belo Horizonte 2019

Presidente Fiocruz:

Nisia Trindade Lima

Coordenador de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência:

Rivaldo Venancio Cunha

Diretora do Instituto René Rachou:

Zelia Maria Profeta da Luz

Projeto gráfico:

Procópio de Castro

Foto de capa: *Panstrongylus megistus* - **Foto:** Cyro José Soares.

Foto contra capa: Pesquisa de anexo - **Foto:** Dr. Bernadino Vaz de Melo Azeredo

Impressão:

Gráfica e Editora o Lutador

1500 exemplares

Instituto René Rachou - Fiocruz Minas

Unidade Regional da Fundação Oswaldo Cruz, uma instituição de ciência e tecnologia em saúde, ligada ao Ministério da Saúde, do Governo Federal do Brasil.

Avenida Augusto de Lima, 1.715, Barro Preto, Belo Horizonte - Minas Gerais,

CEP: 30.190-009

Tel: +55 31 3349 - 7700 - <https://portal.fiocruz.br/instituto-rene-rachou-fiocruz-minas>

Contatos com a autora:

Janice Maria Borba de Souza

janiceborba@bol.com.br

Catálogo-na-fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do IRR

CRB/6 1975

S719v Souza, Janice Maria Borba de.
2019

Vigilância da Doença de Chagas: manual técnico das atividades de controle dos triatomíneos / Janice Maria Borba de Souza – Belo Horizonte: Instituto René Rachou, 2019.

61 p il.: 210 x 297mm.

ISBN: 978-85-99016-37-4

1. Doença de Chagas/prevenção e controle 2. Trypanosoma cruzi 3. Triatomíneos I. Souza, Janice Maria Borba de. II. Título

CDD – 22. ed. – 595.7

APRESENTAÇÃO

O controle vetorial da doença de Chagas foi construído no Brasil a partir de bases sólidas, que culminaram no controle da transmissão pela principal espécie, o *Triatoma infestans*. A partir da descentralização das ações de vigilância, em meados dos anos 2000, a execução das ações de vigilância e controle passaram a ser executadas pelos municípios. Diante disso, tornou-se imprescindível o alinhamento técnico e a ampla divulgação das diretrizes, possibilitando a efetividade das ações.

Diante disso, a Diretoria de Vigilância Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais apresenta essa publicação, “VIGILÂNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS: Manual Técnico das Atividades de Controle dos triatomíneos”. Este Manual, elaborado com base na ampla experiência da autora e colaboradores, possibilita aos profissionais de saúde o acesso as normas e recomendações, agrupando em mesmo documento técnico conceitos, formulários, além do passo-a-passo para execução das atividades.

O manual agrupa informações técnicas que atualmente encontram-se dispersas em diferentes documentos, suprimindo uma carência das equipes de saúde e permitindo o resgate das boas práticas de controle, levando conhecimento de maneira acessível. Dessa forma o presente manual contribuirá significativamente na reestruturação dos serviços municipais visando o pleno controle vetorial da doença de Chagas, servindo como base não apenas para os municípios do estado de Minas Gerais, mas para todo Brasil.

Marcela Lencine Ferraz
Diretora de Vigilância Ambiental
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

Registro aqui minha enorme gratidão à Coordenação de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ MINAS, na pessoa do Dr. Rivaldo Venancio Cunha, por acreditar nesse documento e proporcionar os recursos financeiros necessários à sua publicação. Além de agradecida sinto-me extremamente honrada por esse documento ter sido não só aceito e publicado pela FIOCRUZ, mas, também incluído na rica e importantíssima biblioteca virtual dessa mais destacada instituição de pesquisa e desenvolvimento em ciências e tecnologia em saúde da América Latina e, ainda, uma das principais instituições mundiais de pesquisa em saúde pública. É realmente uma grande honra, MUITO, MUITO OBRIGADA!

Um agradecimento todo especial à Dr^a. Liléia Diotaiuti, Pesquisadora Titular do Laboratório de Referência em Triatomíneos e Epidemiologia da Doença de Chagas do Instituto René Rachou/FIOCRUZ MINAS, que prontamente abraçou esse documento por considerá-lo arquivo de uma experiência merecedora de compartilhamento e que, graças ao seu grande empenho, materializou sua publicação. Meu MUITO OBRIGADA saído do fundo do coração por tamanho reconhecimento, sinto-me grandiosamente premiada! OBRIGADA!

Ainda à Dr^a. Liléia Diotaiuti, meu mais profundo agradecimento por engrandecer esse documento com o texto inicial onde proficientemente contextualiza o Programa de Controle da Doença de Chagas no Brasil e a Vigilância de Chagas em Minas Gerais, igualmente pelas informações sobre Triatomíneos enquanto doutora renomada nesse assunto tão importante, bem como, na qualidade de co-autora da metodologia de Vigilância da Doença de Chagas. Da mesma forma, expresse também, meu mais profundo agradecimento ao Dr. João Carlos Pinto Dias, Pesquisador Emérito do Instituto René Rachou/FIOCRUZ MINAS por também engrandecer esse documento com um capítulo a respeito da doença de Chagas como doutor e pesquisador renomado nesse tema tão importante, também na qualidade de co-autor da metodologia de Vigilância da Doença de Chagas e na relevante atuação no programa de controle desse agravo. Sinto-me honrada com essas prendas inestimáveis e enormemente agradecida, muito OBRIGADA!

Meu profundo agradecimento também à Dra. Marcela Lencine Ferraz, Diretora de Vigilância Ambiental da Secretaria de Estado de Saúde/MG, por corroborar e recomendar esse

documento como diretriz para os municípios e fortalecimento para a Vigilância da Doença de Chagas, meu muitíssimo OBRIGADA!

Estendo meus sinceros agradecimentos aos queridos “Mestres” que passaram pela minha vida profissional, entre eles: Dr^a. Elizabeth Castro Moreno, co-autora e Coordenadora Estadual da metodologia de Vigilância da Doença de Chagas na extinta SUCAM, posteriormente FUNASA/MG, assim como, ao Sr. Ademar Falconi, responsável pelo Setor Técnico do Distrito da extinta SUCAM e posteriormente FUNASA/Divinópolis/MG, os quais participaram, colaboraram e acompanharam todo o processo de construção e implantação dessa metodologia de vigilância e que muito me ensinaram e incentivaram, meu muito OBRIGADA!

Registro minha enorme gratidão aos caros Colegas de trabalho que participaram da minha caminhada, compartilharam conhecimentos e contribuíram com esse documento, entre eles: Mauricio Couto Silva, Roberto Cosenza Arruda, Vicente de Paulo Alves Melo, Orivaldo Campos da Silva, Otacílio Rodrigues Ferreira, Valter José Gonçalves, Júlio Barata, Ronaldo Martins de Melo ex-Agente de Saúde de Chagas de Piracema/MG e Elias Faria de Azevedo Coordenador de Endemias/Chagas de Pimenta/MG.

Apresento também minha gratidão aos demais e caros Colegas descentralizados da FUNASA que participaram do programa de controle da doença de Chagas e compartilharam conhecimentos.

Meus agradecimentos à Equipe de Saúde dos municípios pertencentes à Regional de Saúde de Divinópolis/MG: Agentes de Saúde de Chagas, Digitadores(as) de Chagas, Coordenadores(as) de Endemias/Chagas, Profissionais das Vigilâncias em Saúde, Epidemiológica e Ambiental, bem como, Secretários(as) de Saúde pela participação, contribuição e compromisso com as ações de Vigilância de Chagas.

Aos Profissionais, Coordenadores(as) e Diretores(as) da Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/MG, meu profundo agradecimento pelo apoio e colaboração durante meu exercício na saúde pública.

Por tudo e pela vida, OBRIGADA SENHOR!

“ADEUS = A-DEUS:

Não é uma despedida, é entregar nas mãos de Deus aquilo que você não pode mais cuidar.

Caio Fernando Abreu”

Entrego nas mãos de Deus e dos responsáveis pelo controle da doença de Chagas!

Janice Borba

In memoriam:

De Dr. Carlos Catão Prates Loyola, então Coordenador da Coordenação Regional da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública no Estado de Minas Gerais- SUCAM/MG, por ter apadrinhado a premissa de um modelo participativo de vigilância de Chagas em 1985, num momento delicado em que a instituição iniciava um processo de democratização de sua atuação. Incentivou, viabilizou, contribuiu e participou ativamente do processo de construção do modelo de vigilância, por acreditar que uma metodologia mais horizontalizada pudesse produzir resultados mais efetivos e duradouros à saúde pública. Pela relevante atuação, meus aplausos e admiração.

De Dr. Bernardino Vaz de Melo Azeredo, então Coordenador Estadual de Operações Técnicas da Campanha de Controle da Doença de Chagas na Coordenação Regional da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública no Estado de Minas Gerais – SUCAM/MG, posteriormente Referência Técnica Estadual do Programa de Controle da Doença de Chagas na Secretaria de Estado de Saúde/MG, que participou, colaborou e acompanhou todo o processo de construção da metodologia de vigilância por crer na importância do controle dessa doença. Pelos ensinamentos, incentivo, amizade e a valiosa contribuição com esse documento, meu agradecimento e minha genuína homenagem.

“Deem a cada um o que lhe é devido:
...se honra, honra.”
(Romanos 13:7)



**VIGILÂNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS:
Manual Técnico das Atividades
de Controle dos Triatomíneos**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Atend. Notific.: Atendimento de notificação
Cat: Categoria
CCDCh: Campanha de Controle da Doença de Chagas
Cód.: Código
Compl.: Complemento
CV: Colaborador Voluntário
Etiqu.: Etiqueta
Exam.: Examinada
Faz: Fazenda
FINSOCIAL: Fundo de Investimento Social
FIOCRUZ/MG: Fundação Oswaldo Cruz de Minas Gerais
FUNASA: Fundação Nacional de Saúde
FUNED/MG: Fundação Ezequiel Dias de Minas Gerais
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ID: Intradomicílio
MS: Ministério da Saúde
NOBSUS: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
Notif.: Notificação
PA: Pesquisa Ativa
PCDCh: Programa de Controle da Doença de Chagas
PD: Peridomicílio
PIT: Posto de Informação de Triatomíneo
POV: Povoado
RG: Reconhecimento Geográfico
SES/MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISLOC: Sistema Referencial Geográfico ou Sistema de Localidades
SISPCDCh: Sistema de Informação do Programa de Controle da Doença de Chagas.
Sit: Sítio
SMS: Secretaria Municipal de Saúde
SRS/Divinópolis: Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis
SUCAM: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS: Sistema único de Saúde
UD: Unidade Domiciliar
VA: Vigilância Ativa
VP: Vigilância Passiva

LISTA DE FIGURAS E FOTOS

Fig. 1	Treinamento de borrifação	33
Fig. 2.a	Borrifação de cômodo do intradomicílio	34
Fig. 2.b	Borrifação de porão	34
Fig. 2.c	Borrifação de parede externa do intradomicílio	34
Fig. 2.d	Borrifação de anexo.....	34
Fig. 3	Preparo de anexo para borrifação	35
Fig. 4.a,b	Mostruário de Triatomíneo	37
Fig. 5.a	Fezes em parede	40
Fig. 5.b	Fezes em madeira	40
Fig. 5.c	Fezes em parede	40
Fig. 5.d	Fezes em telha	40
Fig. 5.e	Adulto e fezes em telha	40
Fig. 5.f	Exúvia (casca)	40
Fig. 5.g	Ovos	40
Fig. 6	Croqui de planta baixa do domicílio	41
Fig. 7.a	Pesquisa da parede	42
Fig. 7.b	Pesquisa da parede com captura de triatomíneo	42
Fig. 7.c	Pesquisa debaixo de móveis/dentro de calçados	42
Fig. 7.d	Pesquisa da cama/colchão	42
Fig. 7.e	Pesquisa de colchão com captura de triatomíneo	42
Fig. 8.a	Pesquisa de anexo com captura de triatomíneo	43
Fig. 8.b	Pesquisa de anexo	43
Fig. 8.c	Pesquisa de anexo com captura de triatomíneo	43
Fig. 8.d	Pesquisa de anexo	43
Fig. 8.e	Pesquisa anexo.....	43
Fig. 9.a,b	Montes de madeira e estruturas no peridomicílio	44
Fig. 10	Ciclo evolutivo do <i>Panstrongylus megistus</i>	47
Fig. 11	<i>Triatoma infestans</i>	49
Fig. 12	Informativo do contato da Referência Estadual para tratamento da doença de Chagas	53
Fig. 13.A	Anverso do formulário de Programação e Relatório de Atividades do Agente de Saúde	64
Fig. 13.B	Verso do formulário de Programação e Relatório de Atividades do Agente de Saúde	65
Fig. 14	Relação de PITs	68
Fig. 15	Ficha de notificação.....	69
Fig. 16	Diário de Pesquisa e Borrifação	71
Fig. 16.VPa	Visita ao PIT sem notificação	74

Fig. 16.VP.b	Visita ao PIT com notificação no intra	75
Fig. 16.VP.c	Visita ao PIT com notificação de outro hemíptero no intra	76
Fig. 16.VP.d	Atendimento de notificação com pesquisa negativa	77
Fig. 16.VP.e	Atendimento de notificação com pesquisa positiva no peri e borrifação	77
Fig. 16.VA.a	Pesquisa negativa	78
Fig. 16.VA.b	Pesquisa positiva no intra	79
Fig. 16.VA.c	Pesquisa negativa – UD/casa vaga	80
Fig. 16.VA.d	Pesquisa negativa – UD/casa nova	81
Fig. 16.VA.e	Pesquisa – UD/casa demolida	82
Fig. 16.VA.f	Pesquisa – UD/casa fechada ,,.....	83
Fig. 16.VA.g	Borrifação de UD positiva na PA	83
Fig. 17	Ficha de Visita Domiciliar	84
Fig. 18	Papel Padrão para confecção de croqui	86
Fig. 19	Resumo da Pesquisa Ativa por Localidade para Atualização do RG	88
Fig. 20	Controle de Reavaliação de UD Positiva para Triatomíneo na Pesquisa entomológica do Agente	90
Fig. 21	Planilha de Programação Anual – Parâmetros para Execução da Pesquisa Ativa de Triatomíneos	92
Fig. 22	Formulário de Identificação e Exame de Triatomíneo – Laboratório de Entomologia	94

SUMÁRIO

...uma palavra do Laboratório de Referência em Triatomíneos, FIOCRUZ MINAS!	13
Liléia Gonçalves Diotaiuti	
A DOENÇA DE CHAGAS NO HOMEM	15
João Carlos Pinto Dias	
INTRODUÇÃO	26
METODOLOGIA E OPERACIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS: Atividades de Controle dos Triatomíneos.....	28
1. VIGILÂNCIA PASSIVA	28
1.1. Posto de Informação de Triatomíneos – PIT	28
1.2. Visita aos PITs	30
1.3. Notificação	30
1.4. Atendimento de notificação	31
2. VIGILÂNCIA ATIVA	32
2.1. Pesquisa Ativa (PA).....	32
2.2. Controle químico – Borrifação com inseticida	33
2.3. Atualização do Reconhecimento Geográfico – RG	36
3. MANEJO AMBIENTAL	36
4. AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	37
5. META DO PCDCh	38
6. PESQUISA ENTOMOLÓGICA DE TRIATOMÍNEO	39
6.1. Pesquisa no Intradomicílio	40
6.2. Pesquisa no Peridomicílio	43
6.3. Preparo da Pirisa	44
6.4. Raio de segurança	45
6.5. Reavaliação de UD positiva para presença de triatomíneo.....	45
6.6. Indicadores Entomológicos	45
7. TRIATOMÍNEOS	47
7.1. Espécies de triatomíneos na Regional de Saúde de Divinópolis– Histórico	48
7.2. <i>Triatoma infestans</i>	48
7.3. Outras espécies de triatomíneos	50
7.4. Identificação e exame de triatomíneo	50
7.5. Acondicionamento de triatomíneo e envio ao laboratório	51
8. MONITORAMENTO DA TRANSMISSÃO VETORIAL DA DOENÇA	52
8.1. Sorologia, tratamento e acompanhamento do paciente	53
8.2. Procedimentos para notificação no SINAN	53
8.3. Solicitação de medicamento para tratamento de paciente chagásico	54
9. ATRIBUIÇÕES DAS ESFERAS DE GOVERNO FRENTE AO PCDCh	54
9.1. Atribuições do Ministério da Saúde/União	55
9.2. Atribuições da Secretaria de Estado de Saúde/Estado-MG	55
9.3. Atribuições da Secretaria Municipal de Saúde/Município	55
10. RECURSOS NECESSÁRIOS AO PCDCh	56
10.1. Recursos humanos: Profissionais municipais	56

10.2.	Recursos materiais: Veículo, material de expediente e equipamento ...	56
11.	ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO PCDCh	57
11.1.	Atribuições do Agente de Saúde de Chagas	57
11.2.	Atribuições do Digitador Municipal	59
11.3.	Atribuições do Coordenador Municipal de Endemias	60
12.	FORMULÁRIOS - REGISTRO DAS ATIVIDADES DO PCDCh	61
12.1.	Programação e Relatório Mensal das Atividades de Controle dos Triatomíneos: Vigilância da Doença de Chagas - PCDCh	61
12.2.	Relação de PITs	68
12.3.	Ficha de Notificação	69
12.4.	Diário de Pesquisa e Borrifação	70
12.4.1.	Vigilância Passiva	74
a)	Visita ao PIT sem notificação	74
b)	Visita ao PIT com notificação de triatomíneo no intra	74
c)	Visita ao PIT c/notificação de outro hemíptero no intra	75
d)	Atendimento de notificação com pesquisa negativa	76
e)	Atendimento de notificação com pesquisa positiva no peri e borrifação .	76
12.4.2.	Vigilância Ativa	78
a)	Pesquisa negativa	78
b)	Pesquisa positiva no intra	79
c)	Pesquisa negativa – UD/casa vaga	79
d)	Pesquisa negativa – UD/casa nova	80
e)	Pesquisa – UD/casa demolida	81
f)	Pesquisa – UD/casa fechada	82
g)	Borrifação de UD positiva na PA	82
12.5.	Ficha de Visita Domiciliar	84
12.6.	Papel Padrão para confecção de Croqui.....	85
12.7.	Resumo de Pesquisa Ativa p/Localidade p/Atualização do RG	85
12.8.	Controle de Reavaliação de UD positiva para presença de triatomíneo na Pesquisa Entomológica do Agente	89
12.9.	Planilha de Programação Anual – Parâmetro para Execução da Pesquisa Ativa de Triatomíneos	91
12.10.	Formulário de Identificação e Exame de Triatomíneo – Laboratório de Entomologia	91
13.	ALIMENTAÇÃO DO SISPCDCh	93
13.1.	Digitação de dados	93
13.2.	Conferência do trabalho digitado.....	93
13.3.	Atualização de etiquetas no SISPCDCh	96
13.4.	Cumprimento de metas do PCDCh	96
14.	DOCUMENTOS DO PCDCh	97
15.	REFLEXÕES SOBRE O RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO	99
16.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
17.	GLOSSÁRIO	102
18.	REFERÊNCIAS.....	104

...uma palavra do Laboratório de Referência em Triatomíneos, FIOCRUZ MINAS!

Liléia Gonçalves Diotaiuti¹

O Programa de Controle da Doença de Chagas alcançou toda a área endêmica do Brasil no início dos anos 80, através da unificação da metodologia utilizada para controle dos triatomíneos no território nacional, desde a coleta dos dados no campo à avaliação dos resultados. Essas atividades foram de responsabilidade da SUCAM/Ministério da Saúde, e posteriormente conduzidas pela FUNASA, para o que contou-se no período entre 1979 e 1984 com 7.787 agentes de saúde para o trabalho de campo no Brasil (Dias, 2002), sendo descentralizadas com a implantação do Sistema Único de Saúde para os municípios (Portaria no 1.399, 15/12/1999).

O controle dos triatomíneos seguiu etapas de trabalho, começando com amplas atividades de captura e localização dos focos de infestação, e expurgo com inseticida. A seguir, mantinha-se uma atividade de consolidação do controle através da borrifação seletiva (apenas as casas das localidades infestadas), e finalmente, quando a infestação das localidades alcançasse o nível de 5%, era implantada a vigilância entomológica.

A vigilância entomológica caracteriza-se pela baixa densidade em que os triatomíneos são encontrados nas casas, seja pela persistência de colônias ou pela reinfestação, a partir de triatomíneos de origem silvestre. A estratégia adotada para melhor localização destes focos residuais foi a incorporação da comunidade nas atividades de controle, pois convivendo nas casas, os moradores tem maior oportunidade de encontrar os triatomíneos. Os moradores eram instruídos a notificarem a presença de insetos suspeitos em postos distribuídos pelos municípios, e uma equipe visitava as casas para avaliar a infestação e borrifar as casas com inseticida. Essa metodologia promoveu impacto impressionante na redução da infestação domiciliar, e conseqüentemente nas taxas de prevalência da doença de Chagas (Dias, 2002).

Originalmente a metodologia de controle dos triatomíneos foi adaptada a partir da forte experiência que o Brasil já reunia para controle dos mosquitos transmissores da malária (Silva, 1979). De inspiração militar, a SUCAM, depois incorporada à FUNASA, mantinha rígido controle sobre os servidores e sobre os métodos de trabalho. Desta forma, uma proposta de vigilância com participação comunitária era reconhecida como altamente desafiadora, considerando-se que na década de 80 o Brasil saía da ditadura militar.

Entretanto, ao nível internacional, discutia-se a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (OMS-UNICEF, 1978). No Brasil, a forte voz de Paulo Freire (1979) se erguia a favor da educação popular e da conscientização política do povo, em nome da emancipação social, cultural e política das classes sociais excluídas e oprimidas. Inspirados nesse movimento, Garcia e Dias (1978) em Bambuí, MG, desenvolveram um programa inovador de controle da transmissão vetorial da doença de Chagas com participação dos estudantes e professores rurais, inserindo a discussão sobre a saúde num contexto de transformação social. Essa terá sido, provavelmente, umas das primeiras iniciativas de trabalho integrando os diferentes níveis de gestão da saúde, envolvendo a prefeitura de Bambuí, a secretaria de estado da saúde e nível federal

¹ *Liléia Gonçalves Diotaiuti* - Pesquisadora titular, Instituto René Rachou FIOCRUZ MINAS

(SUCAM e FIOCRUZ), como postulado posteriormente pelo Sistema Único de Saúde.

Seria possível reproduzir essa experiência no sistema público de saúde?

Nesse contexto a SUCAM, dirigida por pessoal do maior nível técnico, ousou adaptar a experiência de Bambuí para amplas áreas de vigilância em Minas Gerais. Isso gerou grande esforço, pois foi necessário criar um novo sistema horizontalizado, com novos formulários, agentes de saúde com perfil misto entre trabalho de campo-educador-mobilizador, novo sistema de avaliação, uma verdadeira revolução na metodologia anteriormente vertical, antecipando o que se deseja ainda hoje construir no SUS. A vigilância em Minas Gerais tornou-se modelo para o País e para os demais países da América Latina!

A portaria 1.399/1999 promoveu a descentralização das atividades de controle para os municípios, regulamentando as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal. Essa transferência de responsabilidade, sem preparo dos municípios para execução das atividades de planejamento financeiro, recursos humanos, técnicas de captura, borrifação, identificação e exame dos triatomíneos é uma carência ainda muito evidente no Brasil. Antigos “guardas” da FUNASA, transformados em agentes de saúde, foram eventualmente incorporados às equipes municipais, para coordenação do controle de vetores. Entretanto, são inúmeros os problemas relacionados a estas equipes, a começar pela falta de prioridade diante das demandas de saúde dos municípios, a rotatividade dos contratos, a fragilidade da gestão municipal para assumir encargos que lhes eram desconhecidos, e ultimamente a perda dessa competência técnica pela aposentadoria dos antigos servidores. A vigilância que fora modelo para os países vizinhos foi desmantelada, sobrevivendo aqui e ali graças a persistência de alguns, como Janice Maria Borba de Souza.

Janice integrou-se a equipe de educação em saúde da SUCAM exatamente quando se estruturava a estratégia da vigilância em Minas Gerais, e participou ativamente da elaboração desta proposta, sendo a coordenadora da vigilância entomológica da doença de Chagas no que hoje corresponde a Regional de Saúde de Divinópolis, MG. Esta foi uma área importante na epidemiologia desta doença, tendo sido invadida pelo *Triatoma infestans* (vetor importado da Argentina, Bolívia e Uruguai), e também com presença de espécies autóctones com grande capacidade vetorial, como o *Panstrongylus megistus*. Todos os demais profissionais que trabalharam na elaboração desta nova proposta de vigilância se aposentaram, como é o caso da própria Janice, ou foram transferidos para outra atividade. O que se vê neste momento é uma grande perda da capacidade técnica para o controle da doença de Chagas, não só em Minas Gerais, mas em todo o País, com raríssimas exceções. Janice é uma técnica de competência rara, e com sua aposentadoria, deixa sob a responsabilidade do nosso Laboratório de Referência em Triatomíneos e Epidemiologia da Doença de Chagas um manual detalhando minuciosamente o trabalho da vigilância em Chagas que ela ajudou a criar. Apesar de referir-se a sua experiência no Regional de Saúde de Divinópolis, esse manual poderá ser seguido e adaptado para outras regiões. Não existe nenhuma outra publicação com essas informações! Nossa participação no texto refere-se a complementação de aspectos relacionados a doença de Chagas, ecologia e comportamento dos triatomíneos que ocorrem na região.

Adaptada ao seu tempo, Janice incluiu nessa metodologia as demandas posteriores ao decreto da descentralização, em busca da integração entre as atividades de controle e a atenção aos pacientes com doença de Chagas.

A Coordenação de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência da Fundação Oswaldo Cruz, através do Dr. Rivaldo Venancio Cunha, compreendendo a dimensão desse manual, não teve dúvidas em apoiar a sua publicação, com o objetivo de compartilhamento dessa experiência, que poderá nortear inúmeros municípios na implantação da vigilância da doença de Chagas.

A DOENÇA DE CHAGAS NO HOMEM

João Carlos Pinto Dias¹

A doença de Chagas humana (DCH) é ainda importante na América Latina, pela alta prevalência e morbimortalidade entre populações pobres e de origem rural. Embora vulnerável ao controle de seus principais mecanismos de transmissão (vetorial e transfusional), restam ainda focos de transmissão ativa em toda a região, ao lado de um grande número de pacientes já infectados, a merecer atenção médica e previdenciária. Aos poucos, a transmissão vem sendo controlada mediante ações específicas de prevenção e de progressiva melhoria social. O Brasil foi certificado pela OPAS em 2006 quanto à eliminação de seu principal vetor (*Triatoma infestans*) e pelo controle dos bancos de sangue, baixando muito os índices de transmissão nas duas últimas décadas. Restou para hoje um remanescente de indivíduos infectados no passado. Podem ainda ocorrer casos raros de transmissão por vetores silvestres e por via congênita. Na Amazônia, há poucos casos crônicos, mas têm surgido casos agudos principalmente de transmissão oral. Os infectados são em maioria crônicos e maiores de 40 anos, estimando-se que entre 20 e 30% apresentem uma cardiopatia e 10% um megaeosôfago e/ou megacolo devido à infecção. A maioria está em forma indeterminada. O enfrentamento da DCH hoje envolve vigilância epidemiológica frente à possível transmissão oral (1,2,3) (principalmente) e à atenção médica continuada para os já infectados (4,5,6)

A infecção do homem pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* foi descoberta por Carlos Chagas em 1909. A DCH deriva de uma enzootia silvestre do Continente Americano, onde o parasito circula entre insetos vetores e mamíferos de médio e pequeno porte há milhões de anos, em distintos ecótopos naturais. A doença humana surgiu provavelmente há menos de 10 mil anos, fruto da aproximação do homem com vetores e reservatórios infectados, envolvendo áreas rurais e vivendas de má qualidade, ocorrendo primariamente do México à Patagônia. Estima-se hoje, no mundo, a existência de cerca de 10 a 12 milhões de infectados. No Brasil, seriam cerca de 2 a 2,5 milhões, com uma incidência anual média entre 200 e 400 casos novos (a maioria na Amazônia, por transmissão oral) e uma mortalidade específica por volta de 4 mil óbitos/ano. As maiores taxas de prevalência e morbidade ocorrem em Minas Gerais, Goiás, Bahia e São Paulo, estando as menores em Santa Catarina e na Amazônia. Devido às migrações acentuadas nas últimas décadas, existem milhares de infectados dispersos por vários países. Hoje se conhecem mais de 150 espécies do vetor (*Insecta, Hemiptera, Reduviidae*), inseto vulgarmente chamado de barbeiro, chupão ou fincão; e cerca de uma centena de pequenos mamíferos capazes de albergar o *T. cruzi*. As principais formas de transmissão ao homem são pelas dejeções infectadas do vetor, pela transfusão de sangue ou alguns hemoderivados, por via congênita (rara no Brasil), por acidentes de laboratório, por transplantes de órgãos e por via oral. Esta é habitual no ciclo silvestre, em que mamíferos devoram vetores ou outros mamíferos infectados ocorrendo endemicamente na Amazônia, mas também detectada em outros lugares como Paraíba, Rio Grande do Sul, Ceará, Santa Catarina, Venezuela, México, Bolívia e Colômbia. Em sua história natural, a DCH se inicia por uma fase aguda, passando o infectado a uma etapa crônica geralmente evolutiva, em que ocorrem formas clínicas diversas (indeterminada, cardíaca, digestiva e cardiodigestiva). A doença apresenta duas fases evolutivas diferen-

1 João Carlos Pinto Dias, médico, pesquisador emérito da Fiocruz

tes, a **aguda** (DCA), inicial, febril, duração de 4 a 8 semanas e a **crônica** (DCC) posterior, afebril, duração pelo resto da vida ou até ocorrer a cura da infecção. Basicamente, a DCA se caracteriza pela grande quantidade de parasitos circulantes no sangue (parasitemia) e a pequena ou ausente quantidade de anticorpos específicos, sendo que a DCC apresenta baixa parasitemia e alto teor de anticorpos (3,6).

O perfil básico da pessoa infectada em nosso país é de um adulto de meia ou maior idade, pobre e de origem rural, com DCC, nem sempre conhecendo o *barbeiro*. O tratamento específico ainda deixa a desejar, sobretudo para o indivíduo de maior idade e maior tempo de evolução. A prevenção se faz com inseticidas de efeito residual e melhoria habitacional (transmissão vetorial), por seleção sorológica de doadores de sangue e por diagnóstico e tratamento precoces em casos congênitos, devendo atentar-se também para surtos de transmissão oral e acidentes com material infectado (1,7,8). O tratamento específico em casos agudos e em crônicos recentes consegue impedir a evolução clínica. Não se conseguiu ainda uma vacina suficientemente segura e eficaz. Ao sistema de saúde cabe basicamente suspeitar a DCH, encaminhar e confirmar o diagnóstico etiológico, definir a forma clínica e seu grau de gravidade, instituir os tratamentos específico (se indicado) e sintomático, estabelecer o prognóstico e implementar o adequado esquema de seguridade social. Todos os infectados requerem atenção médica permanente, enquanto não sobrevier a cura da parasitose. A grande maioria dos infectados pode ser atendida no ambulatório, reservando-se o hospital para casos agudos gravíssimos, cardiopatia crônica em estágios muito avançados e casos que demandem intervenção cirúrgica (14).

A inserção desta pequena nota sobre a doença humana num manual prático de vigilância tem dois objetivos principais: a) aumentar o conhecimento dos agentes de vigilância sobre a DCH, numa perspectiva maior de sua ação educativa como agentes de saúde e, b) participar ativamente com elemento da suspeição de casos clínicos ocorrentes que possam indicar transmissão, com exemplo, de casos agudos de transmissão oral (2,8,9,10).

Doença de Chagas aguda (DCA)

É o estágio inicial da doença, após um período de incubação de geralmente 7 a 9 dias, nas vias vetorial e oral. Caracteriza-se como doença febril, sendo o parasito detectável por exames de sangue diretos. É em geral mais grave em crianças de baixa idade e imunodeprimidos, nas quais pode apresentar miocardiopatia e meningoencefalite, podendo levar a óbito em 3 a 10% dos casos. A DCA começa a regredir quando baixa a parasitemia e se elevam os anticorpos da classe IgG, ou evoluir para a morte, basicamente por miocardite e/ou meningoencefalite intensas (crianças mais jovens, imunodepressão, co-infecções etc.).

Os principais elementos para a suspeita clínico-epidemiológica em DCA envolvem quadros febris agudos, em geral de duração prolongada, com aumento de gânglios palpáveis pelo corpo, mais aparentes em crianças moradoras de zona rural, relatada a presença do vetor. Soem aparecer, na via vetorial, lesões de porta de entrada do *T. cruzi* na pele, semelhantes a furúnculos. Muito chamativa é uma lesão ocular, com edema bupalpebral unilateral, o “sinal de Romana”. Na transmissão oral podem ocorrer micro surtos de pessoas que estiveram juntas alguns dias antes, ingerindo os mesmos alimentos. Na via transfusional ou de transplantes, verificar a ocorrência do procedimento entre 7 e 90 dias prévios ao quadro agudo. Na via congênita (frequentemente assintomática), suspeitar em casos de febre prolongada, baixo peso, miocardiopatia (inflamação no coração) e/ou meningoencefalite (são os casos mais graves, em minoria). Quando presentes, os sinais de porta de entrada reforçam a suspeita clínica, sendo também chamativos a taquicardia (coração disparado) persistente e outros sinais de miocardiopatia aguda (5,6,).

É importante atentar para alguns tópicos particulares à DCA

DCA inaparente: Nem todos os casos de DCA se apresentam na forma classicamente descrita. Conforme um estudo prospectivo na Bahia, vários casos agudos foram descobertos mediante monitoramento sorológico mensal de uma população com exame inicial negativo, em área infestada por triatomíneos. Mais de 60% dos casos de conversão sorológica são quase assintomáticos, sem sinais de porta de entrada, apresentando somente quadros febris passageiros, sendo rotulados de casos agudos inaparente (6,7).

DCA em casos de transmissão oral : são de ocorrência esporádica e aleatória. Originam-se da ingestão de alimentos contaminados (sucos diversos e outros alimentos) com o parasito procedente do inseto vetor, de suas fezes ou de sangue de reservatórios infectados ou material de laboratório. Ocorrem quase sempre em surtos, envolvendo várias pessoas. Não há discriminação por gênero ou idade, e sua ocorrência é maior nos meses mais quentes do ano. Todos os casos registrados apresentaram febre, não havendo sinais de porta de entrada. O quadro é similar ao da DCA clássica, mas pode incluir manifestações digestivas, (diarreia, vômito e epigastralgia intensa) que frequentemente ocorrem desde o início da doença. Pode ocorrer icterícia ou sangramento digestivo. Alguns apresentam concomitantemente outros tipos de sinais hemorrágicos (sangramento conjuntival, pulmonar, hematúria ou epistaxe). Síndrome de choque hipovolêmico foi descrita em alguns casos com hemorragia mais pronunciada. Alterações sugestivas de lesão hepática, como elevação de algumas enzimas (transaminases), alargamento do tempo de atividade da protrombina, aumento da bilirrubina no sangue (com ou sem icterícia), também foram observadas. Exames de endoscopia demonstraram a presença de gastrite ou de úlcera gástrica, podendo haver evidência de sangramento (6,8,9).

Exames complementares

O diagnóstico da fase aguda se fará basicamente pela identificação do parasito em sangue periférico, por exame direto a fresco, por gota espessa ou por concentrados em tubo de micro-hematócrito. Exames parasitológicos indiretos (xenodiagnóstico, hemocultura) não caracterizam fase aguda, mas fazem-na suspeita em caso de positividade em leitura precoce (7 a 10 dias). Uma conversão sorológica de negativo para positivo após uma doença febril, em 3 ou 4 semanas, também indica fase aguda recente. Os exames subsidiários mais indicativos são o hemograma (linfocitose com linfócitos atípicos) e a eletrocardiografia (bloqueio AV de 1º grau e alteração primária da repolarização ventricular). Franca insuficiência cardíaca, arritmias ventriculares, bloqueios intraventriculares, baixa voltagem de QRS, bloqueios AV avançados e meningoencefalite conformam quadros graves, com necessidade de hospitalização. Os exames diretos devem ser repetidos 2 ou 3 vezes ao dia, durante alguns dias, se houver suspeita clínica. O hemograma, embora inespecífico, pode ser elemento de suspeição quando apresentar leve aumento dos leucócitos com linfocitose evidente (1,6).

CONDUTA PROPOSTA

O manejo clínico é específico (Benzonidazol ou Nifurtimox) e sintomático (repouso, cuidados gerais, prevenção ou tratamento de insuficiência cardíaca, diazepínicos se houver convulsões). Seguimento semanal nos primeiros 60 dias e anual, a seguir, com exame clínico, eletrocardiográfico e sorológico. Estará curado o paciente que apresentar negatificação permanente da sorologia. A DCA não requer isolamento. Profissionais de saúde que lidam com esses casos devem precaver-se de contaminações pelo sangue ou líquido do paciente. A DCA é de notificação compulsória, motivando investigação epidemiológica nas moradias ou sítios prováveis de contágio e contatos (1).

No uso corrente, os dois fármacos eficazes contra o parasito, atuam por meio de mecanismos de toxicidade do parasito, em suas duas formas, a tecidual e a sanguínea. O Benzonidazol está disponível no Brasil pelo Ministério da Saúde, podendo ser requisitado por médico mediante justificativa técnica à respectiva Secretaria Estadual de Saúde. O Nifurtimox é produzido na América Central e pode ser conseguido mediante solicitação à OPAS (Brasília). Os dois medicamentos são para uso oral, tomados de 12 em 12 horas, pelo tempo de 60 dias. O Benzonidazol tem a apresentação em comprimidos de 100 mg e de 12,5 mg, no Brasil e 100 e 50 mg na Argentina, na dose básica de 5 mg/kg/dia para adultos e 8 a 10 mg/kg/dia para crianças. Há em preparação uma formulação pediátrica com concentração menor, em comprimidos sulcados para facilitar a dosagem. O Nifurtimox apresenta-se em comprimidos de 120 mg, para uso de 8 mg/kg/dia para adultos e 12 mg/kg/dia para crianças (1,4).

Para efeitos práticos, o tratamento é ambulatorial, merecendo supervisão semanal por profissional de saúde. É ideal a realização de um hemograma a cada 15 dias, em atenção a possível leucopenia. Via de regra, para o Benzonidazol, o principal problema é uma lesão na pele de tipo urticária, geralmente em maiores doses do remédio e mais frequente em adultos. Assim, recomenda-se nunca ultrapassar a dose total diária de 300 mg, aumentando-se o tempo de tratamento até alcançar a dose final total calculada pelo peso (4,6).

Exemplo: para um senhor de 80 kg, a dose de 5 mg/kg/dia indicaria 400 mg/dia, perfazendo a quantidade final de 400 mg por 60 dias, ou seja, 24.000 mg. Empregando-se o máximo de 300 mg/dia, o tempo de tratamento passará a $24.000 \text{ mg} / 300 \text{ mg} = 80$ dias. Igualmente, alguém de 90 kg necessitaria de 90 dias para cumprir o tratamento inteiro, empregando o máximo de 300 mg/dia ($90 \text{ kg} \times 5 \text{ mg por } 60 \text{ dias} = 27.000 \text{ mg}$ divididos por $300 = 90$ dias).

As perspectivas de cura são estimadas em 80% para agudos, 60-79% para crônicos de baixa idade e até 25% para crônicos antigos. Uma investigação internacional (Projeto Benefit) avaliou se o tratamento etiológico em crônicos com cardiopatia poderia retardar ou diminuir o agravamento da doença, mas os resultados não foram totalmente conclusivos.

O controle de cura é feito sorologicamente. Para os casos agudos, sorologia convencional por duas técnicas a cada seis meses, por até cinco anos. Duas provas sucessivas negativas já indicam cura. Para os casos crônicos recentes, sorologia anual por até 10 anos. Para crônicos adultos, com sorologia bianual, a negatificação da sorologia convencional pode tardar por até 25 anos ou mais (4).

Outros fármacos e estratégias estão em teste, na busca por maior efetividade. Associações de fármacos convencionais e outros com ação sobre o parasito (Alopurinol, por exemplo) estão também na pauta da pesquisa atual. Lamentavelmente o Pozaconazol, usado em micoses profundas e atuante sobre a síntese de esteroides, não se mostrou eficaz, isoladamente, em humanos.

O encaminhamento a instâncias de nível secundário e terciário será necessário para elucidação diagnóstica e intervenções terapêuticas mais complexas. Casos agudos benignos, com ECG normal e ausência de sinais de ICC ou meningoencefalite podem ser tratados a domicílio pelos profissionais da atenção primária (4).

De forma geral, os casos conhecidos de DCA não tratada evoluem para a remissão de sua sintomatologia clínica, regredindo a febre em períodos variáveis entre duas e doze semanas após o diagnóstico, a maioria entre cinco e oito semanas. A remissão natural do quadro clínico faz-se lenta e progressivamente, permanecendo por alguns meses o aumento do coração, dos gânglios, do fígado e do baço. O tratamento específico busca abreviar este tempo de evolução, às vezes de forma dramática, reduzindo rapidamente a parasitemia e fazendo cessar a febre e a taquicardia. A maioria dos pacientes acompanhados evolui para uma forma crônica indeterminada, caracterizada por sorologia (e/ou parasitologia indireta) positiva, ausência de sinais e

sintomas e ECG e RX (coração, esôfago e colo) normais. Em poucos pacientes, persistem alterações eletrocardiográficas como alongamento de intervalo PR e alterações de repolarização, evoluindo diretamente para uma forma crônica cardíaca. Quando ocorre, a morte em casos agudos dá-se em geral nas três primeiras semanas de doença, basicamente devida a insuficiência cardíaca e/ou meningoencefalite, sendo de mau prognóstico as manifestações de comprometimento do sistema nervoso central (SNC), as cardiomegalias graves e o ECG que evidencie arritmias, bloqueios intraventriculares e baixa voltagem do traçado ventricular. A letalidade da DCA é variada conforme diferentes casuísticas, sendo maior em crianças (1,2,7).

FORMAS CRÔNICAS DA DCH

No Brasil não amazônico, a grande maioria dos portadores de DCH se encontra na forma indeterminada ou nos estágios iniciais da cardiopatia ou formas digestivas, devendo ser assistidos por médico da atenção primária. Para a triagem inicial do chagásico crônico, o mínimo arsenal propedêutico requer entrevista e exame físico adequados, um diagnóstico sorológico, um eletrocardiograma (ECG), uma radiografia simples de tórax, radiografia contrastada do esôfago e um enema opaco simplificado. Geralmente se trata de adultos, acima de 30 anos e de origem rural, derivados de um banco de sangue ou portadores de sintomatologia cardíaca (arritmias, ICC) ou digestiva (disfagia, obstipação). São indivíduos particularmente dependentes do sistema público de saúde. Dada a progressão de sua condição clínica, são extremamente oportunos o acesso ao sistema, a adesão, a precocidade do diagnóstico e a continuidade da atenção médica, pontos estes que reforçam muito positivamente o papel do SUS frente à DCH (4).

O diagnóstico etiológico da DCH crônica faz-se basicamente por testes sorológicos que detectam anticorpos IgG anti *T. cruzi*, em soro obtido por punção venosa (bastam 5 mL de sangue, é desnecessário jejum). Em nosso meio, as técnicas mais usadas são a de Elisa (absorbância acima de 1,0), imunofluorescência indireta (títulos iguais ou maiores de 1:40) e hemaglutinação indireta (títulos maiores que 1:16). A OMS recomenda pedir 2 técnicas diferentes no primeiro exame. Resultados discordantes (5% ou menos) indicam um segundo exame, se possível com emprego de uma terceira técnica, em laboratório de referência. Persistindo a dúvida, deve-se encaminhar a serviço de referência para técnicas adicionais, inclusive parasitológicas e PCR. Deve-se estar atento ao fato de que a sorologia indica basicamente infecção, sem ter nenhum valor prognóstico. Assim, frente à apresentação de um resultado positivo, o profissional de saúde deve ter muito cuidado em informar, sem estigmatizar ou apavorar a pessoa examinada (1,4).

Forma Crônica Indeterminada (FCI): São considerados portadores da FCI da DCH os indivíduos em fase crônica soropositivos e/ou com exame parasitológico positivo para *T. cruzi* que não apresentam quadro sintomático próprio da doença, e com resultados de eletrocardiografia de repouso, estudo radiológico de tórax, esôfago e colo normais. É uma definição simples, operacional e prática, aplicável em estudos de campo e assistência, consistente em termos de prognóstico e avaliação médico-trabalhista. A FCI tem particular relevância por ser a apresentação de maior prevalência, além do evidente caráter benigno e do baixo potencial evolutivo a curto e médio prazo. Em virtude dessa benignidade, não se justifica a prática comum de solicitação de exames sorológicos para doença de Chagas na avaliação pré-admissional e nos exames periódicos realizados por instituições e/ou empresas públicas e privadas, quando o examinando se encontra clínica e eletrocardiograficamente normal. Quanto aos demais exames complementares, deverão ser solicitados segundo as especificidades da atividade laboral que o indivíduo irá exercer. Note-se que alguns indivíduos rotulados classicamente na FCI podem apresentar alterações, em geral, discretas em exames mais sofisticados, como ecocardiografia, cintilografia, eletrocardiografia dinâmica e testes farmacológicos para

esôfago ou coração, o que não afeta o bom prognóstico e desempenho biológico e social a curto e médio prazo. Em geral, a prática de atividades físicas não está contraindicada na FCI. Para as atividades que requerem grande demanda de esforço físico e/ou estresse psicológico, pode-se solicitar avaliação complementar adequada. O afastamento temporário ou definitivo das atividades laborais não é justificado na FCI. Na evolução da FCI não está registrada morte devida à doença de Chagas, obviamente pela ausência ou extrema benignidade de lesões vinculadas ao óbito nesta tripanossomíase. Estudos longitudinais indicam pelo menos 10 anos de sobrevida a pacientes acompanhados, ao lado de uma evolução genérica entre 2 e 3% ao ano para uma cardiopatia ou forma digestiva (geralmente esofagopatia) ao ano. Em áreas endêmicas, cerca de 50% dos casos se encontram na FCI, proporção que diminui progressivamente em grupos etários acima dos 50 anos (1,6).

Em suma, os portadores da FCI deverão ser atendidos, preferencialmente, nos serviços de atenção primária. Recomenda-se a realização de consulta médica e eletrocardiografia de repouso uma vez por ano. O tratamento específico para o portador da FCI deve ser considerado, posicionamento este que vem ganhando cada vez maior número de adeptos. Para jovens de até 12 anos recebeu por especialistas a classe de recomendação I (fortemente indicado). Acima desta idade, a recomendação é de nível um pouco mais baixo (tratamento fortemente sugerido, baseado em diferentes pesquisas de campo e laboratório) (1).

Uma vez confirmada a FCI, o infectado deverá ser informado e devidamente esclarecido, ressaltando-se a benignidade de seu quadro clínico, recebendo a orientação para a não doação de sangue e, em princípio, de órgãos. A FCI não interfere no manejo de doenças associadas e não justifica que sejam negligenciados o seguimento e tratamento de comorbidades eventualmente coexistentes. Na ocorrência de imunodepressão ou imunossupressão em pacientes de FCI, atenção especial deve ser dada à possível exacerbação da parasitemia pelo *T. cruzi*, o que pode resultar em quadros graves de miocardite e/ou meningoencefalite. O risco cirúrgico do portador de FCI é comparável ao da população em geral não infectada pelo *T. cruzi*. Não existe restrição à atividade sexual dos portadores da FCI. Em relação à gestante classificada nessa forma, recomenda-se atenção quanto à possibilidade de transmissão congênita, oportunizando-se avaliação adequada do recém-nascido (5,6).

Mulheres portadoras da infecção crônica não devem restringir a amamentação, exceto na vigência de sangramento mamilar. Os profissionais de saúde devem evitar qualquer prática que possa estigmatizar o portador da FCI. Os serviços de saúde devem oferecer espaços e recursos para esclarecimento e orientação da população quanto às particularidades dessa forma da doença, recomendando-se que a abordagem seja feita por equipe multiprofissional.

Forma crônica cardíaca ou cardiopatia crônica chagásica (**CCC**): É a mais importante forma clínica da DCH, por seus impactos de incidência e morbimortalidade: é a forma que mata, limita a produção laboral, provoca absenteísmo e diminui a qualidade de vida, sendo mais precoce e grave no sexo masculino.1, 2, 10, 11 Evolui por meio de fatores fisiopatogênicos complexos e inter-relacionados que levam a um comprometimento progressivo da função contrátil e/ou do ritmo cardíaco. Na sequência da insuficiência cardíaca, fenômenos tromboembólicos podem sobrevir como fruto de estase, de alterações endocárdicas e de uma dilatação das câmaras cardíacas, uma síndrome de tromboembolismo que pode comprometer pulmões, cérebro, rins, baço e outros setores, possibilitando outras causas imediatas de morte para a pessoa com doença de Chagas. A CCC é geralmente progressiva e suas consequências clínicas principais (arritmias, ICC e trombo-embolismo) podem estar associadas entre si e potencializar-se de maneira recíproca. Ausentes ou pouco perceptíveis nos estádios iniciais, os sinais e sintomas da CCC tornam-se mais evidentes à medida que progridem os distúrbios elétricos e a ICC, com implicações clínicas e médico-trabalhistas. O eletrocardiograma funciona como forte elemento de suspeição diagnóstica, sendo típicos o bloqueio completo de ramo direito (BCRD), as extrassistolias (falhas nos batimentos cardíacos), as taquiarritmias (coração acelerado) e as bradiarritmias (coração lento).

Como elementos prognósticos, são mais reservados as extrassístoles frequentes e a taquicardia paroxíptica ventricular (TPV), sinais de fibrose miocárdica e os bloqueios cardíacos avançados. Já as radiografias têm conotação principalmente prognóstica, estando os grandes aumentos do coração associados com insuficiência cardíaca e maiores possibilidades de óbito. As imagens pleuro-pulmonares são normais na grande maioria dos portadores de CCC, somente chegando a apresentar sinais de congestão e derrame nas etapas finais (1,7).

Manifestações clínicas da CCC: as principais queixas decorrem das alterações de ritmo e da insuficiência cardíaca, isoladas ou associadamente. A palpitação é sintoma precoce, vinculado em geral às ectopias ventriculares e às taquiarritmias, eventualmente se manifestando em crises que correspondem a surtos de extrassístoles. Pode ser precipitada e intensificada por esforço físico, por vários fármacos, emoções, estresse etc. A dispneia (falta de ar) ocorre precoce e frequentemente na disfunção miocárdica, em seu início restringindo-se a episódios de cansaço aos grandes esforços. Posteriormente progride para falta de ar aos esforços moderados, mais tarde para os menores. Dispneia franca geralmente significa dilatação cardíaca, função cardíaca reduzida e alterações importantes ao ECG e ao ecocardiograma. Sensações de tonturas são frequentes nas taquiarritmias e nas bradiarritmias avançadas. Nos bloqueios AV avançados é comum uma síncope grave devida a baixo débito, muitas vezes confundido com síndromes epileptiformes ou histéricas e com acidentes vasculares cerebrais. A insuficiência cardíaca (ICC), embora global, é predominantemente do tipo “direito” com manifestações de baixa circulação e de congestão passiva periférica, provocando hepatomegalia dolorosa, edema mole vespertino e depressível não doloroso de membros inferiores e pulso jugular aumentado. Ascite é um sinal mais tardio e de extrema gravidade. Geralmente, a ICC evolui com dilatação progressiva e universal das câmaras cardíacas (“coração bovino”). Na ICC, a ausculta cardíaca mostra a presença de uma terceira bulha e de sopros sistólicos de ejeção, indicadores de insuficiência valvular ou da musculatura papilar (6).

É preciso lembrar que todo paciente, uma vez diagnosticado com IC, deve ter sua situação funcional categorizada de acordo com a New York Heart Association, sendo bem mais graves os estágios III e IV, com cardiomegalia e cansaço aos mínimos esforços. No adulto com CCC “pura”, a pressão arterial é geralmente normal em função do baixo débito. Não obstante, com o aumento da sobrevida dos chagásicos crônicos, é cada vez mais comum o encontro de infectados portadores de hipertensão arterial sistêmica, o que geralmente significa miocárdio preservado. Nos estádios mais avançados da CCC, sobretudo quando ocorre ICC, uma síndrome de tromboembolismo pode sobrevir, por conta de trombos intracardíacos deslocados especialmente da ponta de VE e do átrio direito, detectáveis ao ecocardiograma e à ventriculografia contrastada. Como elementos de risco nos eventos tromboembólicos da CCC, têm sido apontados: a) disfunção miocárdica grave (classe funcional III e IV, congestão venosa visceral crônica, dilatação da área cardíaca, fração de ejeção ventricular deprimida e ECG apresentando bloqueios bifasciculares, áreas eletricamente inativas e fibrilação atrial); b) lesão apical em VE; c) presença de tromboes intracavitárias; e d) fenômeno tromboembólico prévio. Resultam enfartes secundários em órgãos periféricos, predominando, pela ordem, os enfartes pulmonares, os cerebrais, os renais, os esplênicos e os mesentéricos, assintomáticos ou com as características clínicas habituais (dor, dispneia, alterações neurológicas centrais [afasia, dislalia, perda de consciência, alterações motoras diversas, hematúria]. São alterações geralmente graves que podem precipitar o óbito, em uma pessoa já depauperada e acometida por importantes problemas hemodinâmicos (6,7).

O eletrocardiograma convencional é o exame cardiológico indispensável em todo paciente chagásico, com grande importância na avaliação anatômica e fisiológica do coração. Algumas alterações são sugestivas de CCC (bloqueio do ramo direito, por exemplo) e outras sugerem mau prognóstico (fibrilações, taquiarritmias, zonas eletricamente inativas, baixa voltagem etc).

Formas digestivas em DCH: geralmente ocorrem na fase crônica e podem afetar pratica-

mente todo o tubo digestivo, em particular o esôfago e o colo. No Brasil, incidem em cerca de 5 a 15% dos infectados, podendo coexistir com a CCC. São mais frequentes nas regiões Centro-Oeste e Sudeste de nosso país, sendo raras na Amazônia. Seu substrato básico é a desnervação autonômica, especialmente nos plexos submucosos de Meissner e Auerbach, gerando discinesias motoras, acalasia de esfíncteres e distúrbios secretórios, provocando dilatação e alongamento dos segmentos afetados.

Esofagopatia chagásica

É a alteração digestiva mais frequente na DCH no Brasil, conhecida ainda como megaesôfago ou disperistalse esofágica. Mais precoce que a disperistalse do intestino, pode manifestar-se (rara e fugazmente) na fase aguda. A sintomatologia básica é a disfagia, facilmente perceptível pelo infectado, sobretudo com dificuldades para ingerir alimentos secos, frios e duros. É comum, durante a anamnese, a pessoa manifestar frases do tipo: *“A comida entala, doutor, embucha principalmente se como depressa e estou nervoso. Preciso beber água para descer. Às vezes dói (odinofagia), às vezes soluço muito (singulto), às vezes fico entalado por muitas horas, ou dias, dá mau cheiro, posso até vomitar...”* A esofagopatia na DCH é lentamente progressiva se não tratada, começando com distúrbio motor (retardo na deglutição), seguindo-se paulatinamente o aumento do diâmetro do órgão. Na fase mais adiantada, alonga-se o esôfago. À parte a dissincronia motora, elemento fundamental é a rigidez/acalasia do esfíncter inferior, que impede a passagem do bolo alimentar e constitui-se no principal alvo da intervenção terapêutica. O megaesôfago se classifica em quatro grupos evolutivos, conforme os graus de retenção do contraste, o diâmetro e o comprimento do órgão. No grau I (forma anectásica) observa-se apenas retenção do contraste no terço inferior do esôfago, estando o calibre e o comprimento normais. No grau II, retenção e pequena dilatação, que aumenta no grau III. No grau IV é grande o calibre e há aumento evidente do comprimento (dólico-megaesôfago). Em todos os graus há uma imagem de dificuldade de passagem no esfíncter inferior, em uma forma típica de “ponta de lápis”. O estudo manométrico pode demonstrar a irregularidade e assincronia das ondas de contração (1,5,6).

O diagnóstico é essencialmente clínico e radiológico, podendo complementar-se com manometria, provas farmacológicas e endoscopia digestiva alta. O sintoma básico (disfagia) é altamente preditivo, sobretudo quando se dispõe de sorologia positiva. No entanto, há casos de megaesôfago sem disfagia, mormente no grau IV, devido à complacência do órgão. Em outros casos, mais raramente, infectados com radiografia normal referem algum grau de disfagia eventual, que pode significar um sinal de evolução para a esofagopatia clássica.

Colopatia chagásica

É a alteração clínica mais tardia da DCH crônica, incidindo em geral a partir da 4ª década de vida. Sua manifestação básica é a constipação intestinal (obstipação), de início eventual e duração de poucos dias, mais tarde sendo constante e alcançando mais de cinco dias. Nesta última condição, pode fazer-se acompanhar de fezes endurecidas no cólon (fecaloma), dores abdominais, timpanismo e mesmo vólculo (torção do intestino), este configurando emergência médica. Os segmentos mais afetados são o reto e o sigmoide, mas a dilatação pode sobrevir em segmentos mais proximais, inclusive no ceco e no apêndice. O intestino delgado está geralmente preservado. Ao contrário do esôfago, o colo parece, em geral, alongar-se de início, posteriormente sobrevivendo dilatação.

A obstipação tem caráter lento, insidioso e progressivo. De início, a “prisão de ventre” (“encalhe”, “canseira”, “ressecado”, “intestino preso”) pode alternar-se com normalidade e/ou com episódios eventuais de diarreia. A colopatia pode ocorrer isoladamente ou sobrepor-se

a uma cardiopatia e/ou esofagopatia. Frequentemente manifesta-se com meteorismo, disquezia (defecação difícil ou dolorosa) e aumento do intervalo entre as evacuações. Em até 20% dos casos, a dilatação do colo coexiste com hábito intestinal normal. Após longa obstipação pode ser visível e palpável um fecaloma, tumoração dura e dolorosa geralmente situada na fossa ilíaca esquerda. Corresponde ao acúmulo de fezes compactadas e ressecadas, podendo conter pequenas concreções de fezes altamente endurecidas, capazes de lesar a mucosa, os coprolitos. À percussão detecta-se uma área de submacisnez (fecaloma), com timpanismo à montante (acúmulo de gases). Os vôlvulos têm instalação súbita, caracterizados por cólica lancinante, com defesa abdominal, podendo seguir-se de febre, isquemia, e choque séptico ou hipovolêmico. Não desfeita a torção, haverá isquemia e gangrena à jusante, sobrevivendo a morte em pouco tempo (horas, um ou dois dias).

O diagnóstico é basicamente clínico e radiológico. A queixa de prisão de ventre por mais de cinco dias é fortemente indicativa em indivíduo com sorologia positiva, mas há casos sem esta queixa. Aumento do volume abdominal, palpação de fecaloma são importantes achados em megas maiores. As técnicas radiológicas mais simplificadas (enema simples com infusão retal de 1.000 mL de solução baritada, em AP após enchimento com o reservatório a 1 metro de altura relativamente ao abdome) geralmente firmam o diagnóstico, mostrando a dilatação do colo. O manejo do megacolo é preferencialmente clínico nos estágios iniciais. Dieta anticonstipante, boa hidratação, uso de óleo mineral ou catárticos leves (leite de magnésia) e lavagens intestinais são medidas úteis, principalmente para prevenir ou reduzir o fecaloma. Esvaziamento manual sob anestesia é prática quase em desuso. A cirurgia de *Duhamel* (ressecção da alça dilatada e rebaixamento para anastomose com o coto retal, preservando-se o esfíncter) é a técnica mais aceita pelos cirurgiões, reservada para megas muito avançados e constantes recidivas dos fecalomas. Instrumentais modernos de clampagem, ressecção e sutura melhoraram muito esse ato cirúrgico, outrora problemático em termo de recidivas e complicações. O manejo do vôlvulo é hospitalar, devendo-se tentar sua redução por meio do retossigmoidoscópio. Não se conseguindo, a alternativa é cirúrgica, com desfazimento da torção a céu aberto.

Outros “megas” detectáveis na DCH (1,4,6)

Como sabido, a desnervação autonômica ocorre principalmente ao nível do parassimpático, afetando de forma universal e aleatória o tubo digestivo e outras vísceras ocas. A predominância de alterações no esôfago e no colo terminal se deve provavelmente ao maior esforço desses segmentos face ao conteúdo mais sólido que devem propulsionar. Outros setores, no entanto, de forma muito mais discreta, podem ser afetados levando a outras megavísceras menos comuns (e geralmente associadas a uma esofago ou colopatia):

Megaestômago: raramente dilatado, retardo, discinesia, sintomas de dispepsia alta;

Megaduodeno: bulbo dilatado, discinesia;

Megajejuno e íleo: motilidade diminuída, rara dilatação, distúrbios de absorção;

Megaureter: estase, infecções;

Miscelânea: megavesícula, megabexiga, aumento de parótidas.

Avaliação pericial médico-previdenciária frente aos casos de DCH

Via de regra, quando concedido, o benefício securitário é transitório e renovável, cabendo benefício definitivo aos casos de CCC avançada e irreversível, com incapacidade omniprofissional e de caráter permanente. Os benefícios para as situações usuais podem sintetizar-se conforme o quadro abaixo:

ESQUEMA DE MANEJO E SEGURIDADE EM DOENÇA DE CHAGAS (1)

Forma clínica	Limitação física	Benefício	Observações
Aguda*	Intensa durante o período	Temporário	Tratamento específico
Indeterminada	Nenhuma	Não	Revisão médica anual
Esofagopatia	Só em caso de inanição, cirurgia ou complicações	Temporário	Pedir sempre avaliação cirúrgica
Colopatia	Em caso de cirurgia ou complicações	Temporário	Pedir sempre avaliação cirúrgica
Cardiopatia leve**	Em caso apenas de profissão que exija grandes esforços	Temporário	Readaptação profissional/adequação laboral Revisão médica periódica
Cardiopatia severa***	Omniprofissional	Permanente	Atenção médica permanente

Notas:

* Por qualquer mecanismo de transmissão.

** Sem arritmia grave nem sinais de insuficiência cardíaca.

*** Arritmia grave e franca insuficiência cardíaca (graus III e IV NYHA).

O instrumental propedêutico para esta avaliação envolve basicamente o médico capacitado, o eletrocardiograma e o RX (simples para coração e contrastado para dispepsia de colo e esôfago). Recentemente, o Consenso Brasileiro julgou oportuno incluir também o ecocardiograma (bidimensional e módulo M) como auxiliar na avaliação da insuficiência cardíaca.¹ Levando em conta o caráter progressivo da DCH e que, na prática, uma cura espontânea é extremamente excepcional. Por isso, em qualquer etapa da evolução clínica há que revisar-se o paciente periodicamente. Casos curados por meio dos medicamentos tripanosomicidas usuais apresentam involução do quadro clínico, particularmente quando tratados na fase aguda. Pessoas curadas na fase crônica seguem em observação em vários centros de investigação, com vistas à determinação de benefício clínico desta cura, a longo prazo.¹

Avaliação de aptidão para o trabalho (1,4,6)

Em nosso meio, a grande maioria das pessoas com doença de Chagas que acorrem à pré-avaliação trabalhista compõe-se de adultos (especialmente abaixo dos 40 anos), na forma crônica indeterminada ou, em menor número, portadores de estágios iniciais de formas cardíaca e/ou digestiva.

O fluxograma clássico para a avaliação médico previdenciária e trabalhista no Brasil procura ser o mais simples, exequível e eficiente possível, sendo baseado nas premissas clínico-propedêuticas usadas na Previdência Social, de um lado, e na natureza e intensidade do trabalho em apreço, de outro. Como base legal, ética e humanística, os primeiros pressupostos deste tópico são:

- O simples resultado sorológico positivo para anticorpos anti-*T. cruzi* não é indicativo de rechaço ao emprego na imensa maioria das profissões. A maioria dos autores e peritos entende como impedimento ao trabalho somente para pilotos de aeronaves e de veículos coletivos e de máquinas móveis pesadas.
- O trabalho pretendido não poderá constituir-se um fator de risco e agravamento, para um indivíduo infectado, em qualquer das formas clínicas conhecidas.
- Qualquer indivíduo infectado, aprovado ou não ao trabalho em pauta, deverá ser derivado a uma instância de atenção à saúde, com vistas ao adequado e permanente cuidado médico.
- Nos raros casos de forma aguda, o indivíduo deve ser rejeitado ao trabalho em caráter

preliminar e temporário, encaminhado ao tratamento específico. Passada a fase aguda, deve ser reavaliado conforme descrito no quadro: Esquema de Manejo e Seguridade em doenças de Chagas (Página 24).

Adendo: papel do profissional de Saúde em APS na prevenção da transmissão da Doença de Chagas (1,4,10).

Nunca desconsiderar o papel destes profissionais, em áreas rurais ou urbanas de Países endêmicos, por sua natural liderança e presença junto à população. As práticas da Saúde da Família e vigilância entomológica oportunizam o diagnóstico epidemiológico dada presença de barbeiros e tem papel nas ações de notificação e melhorias físicas intra e peridomiciliares (acompanhamento, reforço à execução, cobranças ao nível municipal etc.). Também deve acompanhar e diagnosticar a infecção e estado clínico das mães chagásicas e seus bebês, assim com intervir imediatamente em situações suspeitas de surtos de transmissão oral. De modo geral podem ser considerados os principais sensores de transmissão e morbimortalidade da doença em seus municípios, oportunizando grande papel de sua discussão na pauta dos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde. Finalmente, têm papel fundamental no sistema de referência e contra-referência de pacientes de seu Município.

REFERÊNCIAS e leituras complementares

1. Dias JCP, Ramos A, Gontijo E, Luquetti A et al.. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. *Epidemiologia e Saúde* 2016; 25 (Número Especial) : 7-86.
2. World Health Organization. Research priorities for Chagas disease, human African trypanosomiasis and leishmaniasis. WHO: technical report of the TDR Disease Reference Group on Chagas Disease, Human African Trypanosomiasis and Leishmaniasis. Geneva: World Health Organization; 2012. (WHO Technical Report Series, 975).
1. Centers for Disease Control and Prevention. *Chagas disease: general information* [Internet]. Atlanta: CDC; 2010 [capturado em 12 mar. 2012]. Disponível em: http://www.cdc.gov/parasites/chagas/gen_info/index.html.
4. Dias JCP, Siqueira IOC, Dias RB. Doença de Chagas: Diagnóstico e Manejo na Atenção Primária à Saúde. In Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes Eds., *Tratado de Medicina da Família e da Comunidade*, Porto Alegre, Artmed Editora, cap. 238, p. 2069-2081, 2012.
5. Carlier Y, Dias JCP, Luquetti AO, Hontebeyrie M, Torrico F, Truyens C. Trypanosomiase américaine ou maladie de Chagas. *Enciclop Méd-Chirurgicale*. 2002; 8:505-20.
6. Dias JCP, Macedo VO. Doença de Chagas. In: Coura JR, organizador. *Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 557-94.
7. Prata AR. Clinical and epidemiological aspects of Chagas' disease. *Lancet Infect Dis*. 2001;1(2):92-100.
8. Pinto AYN, Valente SA, Valente VC, Ferreira Júnior AG, Coura JR. Fase aguda da doença de Chagas na Amazônia brasileira: estudo de 233 casos do Pará, Amapá e Maranhão observados entre 1988 e 2005. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2008 nov-dec;41(6):602-14.
9. Dias JCP, Amato Neto V. Prevenção referente às modalidades alternativas de transmissão do *Trypanosoma cruzi* no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011;44 supl 2:68-72
10. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual técnico para a investigação da transmissão de doenças pelo sangue*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Nota dedicada às memórias de Aluizio Prata, Emmanuel Dias, Francisco Laranja, Joffre Rezende e Antônio Carlos Silveira, pioneiros fundamentais no conhecimento e na luta contra a doença de Chagas.

João Carlos Pinto Dias
Setembro de 2018

INTRODUÇÃO

“A doença de Chagas é uma condição crônica negligenciada com elevada carga de morbimortalidade e impacto dos pontos de vista psicológico, social e econômico. Representa um importante problema de saúde pública no Brasil, com diferentes cenários regionais”, (DIAS, 2016).

Causada pelo *Trypanosoma cruzi* e transmitida pelos insetos da subfamília Triatominae, conhecidos como “barbeiros, fincão, bicudo, procoτό”, etc, Chagas foi no passado uma doença de grande alcance espacial e populacional o que resultou num grande número de chagásicos no Brasil. Diante dessa realidade e da inexistência de uma vacina ou de drogas capazes de cura-la, o Ministério da Saúde adotou ações de controle químico vetorial como meio de controlar a transmissão dessa doença, porém, até o ano de 1975 essas ações se davam de forma intermitente e abrangência irregular, (DIAS, 2015). Anos mais tarde a extinta SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública) adotou uma campanha, cuja metodologia estabelecia ações sistemáticas e regulares voltadas ao combate do vetor como forma de controlar a transmissão desse agravo.

Dessa forma, a partir de 1976 teve início à execução dessa Campanha em 95 municípios da região Centro-Oeste de Minas Gerais pertencentes na época, ao Posto da extinta SUCAM/Divinópolis. Após longos anos de execução das ações de combate ao vetor, aqueles municípios que alcançavam considerável diminuição dos índices de infestação e dispersão de triatomíneos passavam para a fase de vigilância entomológica. Essa metodologia consistia na: 1) Vigilância Passiva: vigilância do domicílio feita pelo morador com notificação ao PIT (Posto de Informação de Triatomíneos) do inseto encontrado e com suspeição de ser o triatomíneo; visita mensal aos PITs para recolhimento das notificações e divulgação desses PITs de casa em casa feita pelo “Guarda de Vigilância” da SUCAM; 2) Vigilância Passiva: pesquisa de triatomíneo em todas as casas da localidade realizada pelas equipes de “Guardas” da SUCAM obedecendo uma programação semestral ou anual, conforme características do inseticida utilizado na época.

Nos anos 80 com investimento de recursos do FINSOCIAL (Fundo de Investimento Social) houve uma expansão do Programa de Chagas que, associado a algumas fragilidades observadas na vigilância entomológica, mostrou a necessidade de um modelo mais apropriado de metodologia de vigilância.

Nessa perspectiva, cogitou-se uma metodologia que abarcasse as vigilâncias entomológica e epidemiológica, ou seja, com ações voltadas ao controle do vetor e ações voltadas à transmissão humana da doença.

Para a construção dessa metodologia a extinta SUCAM realizou em 1985 um criterioso e longo levantamento de dados, informações, análise e avaliação epidemiológica, junto aqueles municípios que se encontravam na fase de vigilância entomológica, setores municipais de saúde e educação, colaboradores voluntários dos PITs, população e funcionários envolvidos na campanha de Chagas.

Em 1986, tomando como base esse estudo e a indispensável e valiosa experiência de participação comunitária no controle da doença de Chagas do município de Bambuí (Ministério da Saúde, 1989) e ainda, num longo processo de análise e discussão em trabalho integrado com a FIOCRUZ/MG, FUNED/MG e SES/MG, foi definido um novo modelo de metodologia de vigilância do Programa de Controle da Doença de Chagas-PCDCh, com o objetivo principal de “Manter – instituições de saúde e população – um sistema eficiente e permanente que assegure os baixos índices de dispersão e infestação de triatomíneos, com a consequente interrupção da transmissão da doença por meio do vetor”.

Nesse contexto, essa metodologia de vigilância, que se destinava a municípios que já

havia conseguido ou viessem a conseguir ao longo do tempo bons resultados na diminuição dos índices entomológicos, com redução da densidade triatomínica e especialmente a ausência do *Triatoma infestans*, passou a ser implantada em alguns municípios mineiros a partir de 1986.

Ao lado disso, outras estratégias com foco na infecção chagásica foram adotadas pelo Ministério da Saúde, como meio de evitar e controlar a transmissão da doença, como: o controle dos bancos de sangue, investigação epidemiológica de todos os casos agudos, monitoramento da infecção humana por meio de inquéritos sorológicos, tratamento e acompanhamento de casos agudos e crônicos, dentre outras (Ministério da Saúde, 2009 e 2016).

Dessa forma, a vigilância “em doença de Chagas se faz sobre o vetor domiciliado, sobre a transmissão transfusional e sobre os casos agudos e congênitos, assim como sobre a evolução dos casos crônicos” (DIAS, 2000).

Após a extinção da SUCAM, o PCDCh - Programa de Controle da Doença de Chagas - continuou a ser conduzido pela FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) e posteriormente foi descentralizado para os municípios por meio da Portaria nº 1.399 de 15/12/1999 (Brasil 1999, http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf) a qual regulamentou a NOBSUS 01/96 (Brasil, Portarias nº 1.742/1996 e nº 22.203/1996, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_06.pdf e http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html), o conjunto de leis que estabeleceu e aprovou o modelo de gestão do SUS no que diz respeito às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, definiu o financiamento e deu outras providências.

A metodologia da Vigilância do PCDCh, praticada na região Centro-Oeste de Minas desde 1986, foi revisada e atualizada nos anos 90 pela FUNASA/MG e readaptada pelas referências técnicas da Regional de Saúde de Divinópolis, com vistas à descentralização das ações de controle para os municípios, a qual foi iniciada em meados de 2001 e concluída em 2003.

A rotina desse trabalho tem mostrado que a metodologia ora praticada acha-se atualizada e de acordo com a legislação pertinente, sendo a Portaria Nº 1.378/13 de 09/07/2013 (Brasil 2013, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html) e a Portaria Nº 1.955/15 de 02/12/2015 (Brasil 2015, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1955_02_12_2015.html), as mais recentes e as quais regulamentam as responsabilidades, definem diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Outrossim, a Nota Técnica/SRS/DIV Nº 05/2013 (Minas Gerais 2013, <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>), bem como a Nota Técnica Nº 007/2017 – DVA/SVEAST/SUB.VPS/SES-MG (Minas Gerais 2017, <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>), trazem informações sobre a metodologia, metas e avaliação de ações da Vigilância da doença de Chagas.

Diante do exposto, as ações de controle de triatomíneos devem ser executadas pelos municípios de forma contínua e em caráter permanente. Para isso, esse documento descreve o mais detalhadamente possível a metodologia e operacionalização da vigilância da doença de Chagas, objetivando ser um manual técnico de trabalho para o Agente de Saúde de Chagas, o Digitador, o Coordenador de Endemias, demais profissionais e setores de saúde, visando à correta execução das atividades, além de informar, direcionar e minimizar as dificuldades dos atores envolvidos no trabalho.

METODOLOGIA E OPERACIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS: Atividades de Controle dos Triatomíneos.

A metodologia para o controle da transmissão vetorial da doença de Chagas consiste na vigilância passiva que envolve a participação da população e na vigilância ativa responsabilidade da secretaria municipal de saúde.

1. VIGILÂNCIA PASSIVA

A vigilância passiva se dá por meio da notificação da presença na unidade domiciliar de qualquer inseto com suspeição de ser o triatomíneo, transmissor da doença de Chagas.

A vigilância passiva só é possível com a participação da população, pois, cabe ao morador, que está sempre presente em seu domicílio, ficar vigilante ao aparecimento de qualquer inseto parecido e suspeito de ser o triatomíneo, principalmente durante a limpeza e organização diária e periódica da casa e anexos existentes em seu entorno.

Essa atividade é o processo mais indicado para o monitoramento da infestação domiciliar, principalmente em regiões com baixa densidade do vetor. Entretanto, para que esse método seja eficaz, é preciso que seja sustentado em três pilares: 1) na participação da população: com os cuidados e vigilância da unidade domiciliar e notificação dos insetos suspeitos; 2) nas atividades do Agente de Saúde de Chagas: com a realização de ações técnicas com objetivo de detectar e eliminar focos do vetor e as ações educativas para informar e orientar à população; e, 3) na determinação política municipal no sentido de disponibilizar os meios necessários para a execução e funcionamento adequado das ações de controle dos triatomíneos.

1.1. Posto de Informação de Triatomíneos – PIT

Para que a população possa fazer a notificação é preciso que o município tenha um PIT (Posto de Informação de Triatomíneo) na zona urbana e nas localidades rurais de maior relevância para o município, seja do ponto de vista populacional, epidemiológico e ou de localização.

Esse PIT nada mais é que um ponto de referência, o local para onde a população deverá levar todo inseto encontrado na unidade domiciliar com suspeição de ser o triatomíneo. Na zona urbana esse PIT deve ser instalado junto à unidade de saúde, equipe de endemias, setor de zoonoses ou vigilância em saúde/epidemiologia. Caso seja necessário, pode ser instalado mais de um PIT urbano, porém, o mesmo deve situar-se em local e endereço estratégico de forma a facilitar o acesso à população. Na zona rural o PIT deve ser na unidade de saúde ou escola e na inexistência desses deve ser junto a líderes comunitários, seja numa casa ou comércio. É necessário que cada PIT tenha um responsável, isto é, um Colaborador Voluntário (CV), que poderá ser um funcionário caso o PIT seja na escola, unidade de saúde ou um morador/liderança caso o PIT seja numa casa ou comércio da localidade. Esse colaborador tem como tarefa receber as notificações da população e identifica-las corretamente por meio de um pequeno formulário (item 12.3, Figura 15), no qual anotará informações como: nome do morador, endereço, local de achado do inseto, etc.

Todo Colaborador de PIT deve receber o seguinte material: livro de registro de visita a PIT,

formulários “Ficha de Notificação” (item 12.3, Figura 15), recipientes preparados para acondicionamento de insetos, cartilha “Noções básicas sobre Doença de Chagas”, uma Caixa de PIT (maletinha de polietileno) para guardar esse material e um cartaz “Aqui PIT” que deverá ser afixado na parede externa do local do PIT (casa, escola, unidade de saúde, zoonoses, etc.) de forma que ofereça boa visibilidade, uma vez que informa à população que aquele é um local de recebimento das notificações de insetos suspeitos de serem triatomíneos.

A implantação da Vigilância da doença de Chagas no município deve ser feita por meio de reuniões com os gestores e profissionais municipais de saúde, educação, conselho municipal de saúde e outros setores que tenham atuação na zona rural, com objetivo de apresentar e discutir os resultados do programa, a metodologia proposta, definir as localidades onde deverão ser instalados os PITs e obter indicações de lideranças rurais existentes. Para definição dessas localidades devem ser tomados como base os dados entomológicos e geográficos do município, como: índice de dispersão e infestação, persistência da presença de triatomíneos, localização e distância da cidade, vias de acesso, número de casas existente, tamanho da população, etc.

Uma vez definidas essas localidades, deve ser realizada uma reunião comunitária em cada uma delas para informar aos moradores a proposta de vigilância-controle dos triatomíneos e discutir sobre o papel do PIT e do Colaborador Voluntário. Nesse momento é importante frisar que essa é uma tarefa de colaboração voluntária que o responsável pelo PIT fará para sua comunidade.

No caso da decisão pela necessidade de instalação do PIT, os moradores devem indicar o CV e, ainda nessa reunião, deve ser confirmado com a pessoa indicada sua aceitação, bem como, seu interesse e disponibilidade para participar de um treinamento e desempenhar sua pequena, mas, importante atribuição junto a sua comunidade.

Depois de realizada a reunião em todas as localidades indicadas e concluída a definição da instalação do PITs e dos Colaboradores Voluntários, é necessário elaborar uma relação desses PITs atribuindo um “número de identificação” para cada um deles.

A numeração dos PITs pode ser feita por município ou por Regional de Saúde. Se a decisão técnica optar pela numeração por Regional de Saúde, deverá ser mantida a numeração feita pela SUCAM/FUNASA naqueles municípios onde já existam ou existiram atividades de vigilância passiva, visando preservar a história entomológica dos PITs.

Finalmente, deve ser providenciado a realização do treinamento desses Colaboradores e a distribuição do material do PIT. Geralmente esse treinamento é realizado na zona urbana, com uma duração média de quatro horas, quando deve ser novamente apresentada a proposta de vigilância-controle dos triatomíneos, o papel do PIT e do Colaborador Voluntário buscando esclarecer todas as dúvidas. Devem ser repassadas as noções básicas sobre a doença de Chagas, biologia e hábitos do vetor, diferenças entre os hemípteros, preenchimento do formulário “Ficha de notificação” (item 12.3, Figura 15), cuidados a serem observados durante o recebimento, acondicionamento e guarda do inseto notificado, etc.

Uma vez concluído o treinamento dos Colaboradores, data “oficial” da implantação da Vigilância de Chagas, deve ser providenciado o cadastramento desses PITs no SISPCDCh¹ (Ministério da Saúde 1992, <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>).

Preferencialmente a implantação da vigilância-controle dos triatomíneos no município

1 SISPCDCh: Sistema de Informação do Programa de Controle da Doença de Chagas. É um programa informatizado do Ministério da Saúde, no qual são digitadas as ações de controle de triatomíneos realizadas no município. Para isso, é necessário que o programa seja instalado no microcomputador de cada município já que é um sistema off-line, isto é, um sistema que funciona desconectado da internet e por isso os dados inseridos na base não chegam nos demais níveis de gestão em tempo real.

deve ser feita pela Referência Técnica Regional de Chagas juntamente ao Agente de Saúde de Chagas e Coordenador Municipal de Endemias.

Indispensável ressaltar que uma vez implantada a Vigilância de Chagas-Controle dos Triatomíneos e em pleno funcionamento, poderão surgir no decorrer do tempo alterações relacionadas aos PITs. Em vista disso, o Agente de Saúde deve estar sempre atento para providenciar as devidas atualizações. Nesse contexto, é bastante comum o Colaborador do PIT se mudar de casa, de localidade, ser transferido para outra instituição ou desistir de ser o Colaborador responsável pelo PIT. Nesse caso, se for uma liderança local é preciso que o Agente de Saúde consulte a população, por meio de reunião ou entrevista domiciliar, a respeito da indicação de uma outra pessoa que possa ser o novo Colaborador Voluntário. O Agente de Saúde deve visitar a pessoa para informá-la de sua indicação e o papel do colaborador, assim como, verificar seu interesse e disposição em desempenhar essa atribuição, havendo o interesse deve agendar com a mesma uma data para treiná-la.

Por outro lado, se nos PITs instalados em unidades de saúde, escolas e similares for necessário um novo Colaborador, basta o profissional responsável pela instituição indicar um funcionário para desempenhar esse papel, o qual também deverá ser consultado sobre seu interesse e receber o treinamento necessário para tal.

É importante lembrar que, mediante qualquer tipo de mudança, todas as providências devem ser tomadas para reorganizar o trabalho e atualizar os dados no cadastro dos PITs no SISPCDCh e na Relação de PITs (item 12.2, Figura 14).

1.2. Visita aos PITs

Todos os PITs devem ser visitados mensalmente pelo Agente de Saúde de Chagas, com o objetivo de: verificar existência de notificação, orientar o CV a respeito da identificação dos hemípteros, orientar o preenchimento da parte 1(P1) da “Ficha de Notificação” (item 12.3, Figura 15), atualizar informações e reabastecer de material. O Agente deve também informar sobre os resultados dos trabalhos de controle de triatomíneos, como por exemplo: número de notificações recebidas no mês anterior, prazo e resultado do atendimento das notificações, espécies de triatomíneos encontrados, resultado da pesquisa ativa e outras informações pertinentes. O Agente de Saúde deve registrar no “Caderno de visita ao PIT” um relato resumido do ocorrido durante sua visita ao PIT.

Recomenda-se que as visitas aos PITs sejam programadas e realizadas sempre no final do mês, pois, caso tenham notificação de triatomíneo, o atendimento poderá ser programado para o mês seguinte de forma a não ultrapassar o prazo de 30 dias.

1.3. Notificação

A notificação feita pelo morador é a entrega ao PIT de qualquer inseto com suspeição de ser o triatomíneo, transmissor da doença de Chagas, encontrado em seu domicílio.

Para que isso aconteça é preciso que a população saiba do papel e existência dos PITs. Sendo assim, todas as vezes que o Agente de Saúde tiver contato com os moradores da zona rural, deve aproveitar a oportunidade para divulgar os PITs e solicitar atenção quanto ao aparecimento, na casa e seus anexos, de qualquer inseto suspeito de ser o vetor. É necessário também orientar o morador sobre os cuidados que deve tomar caso encontre algum inseto, como por exemplo: não esmagar, apertar, bater ou danificá-lo; não pegá-lo com a mão “desprotegida” e sim com a utilização de um saco plástico para evitar tocar diretamente o inseto, devendo acondicioná-lo em recipientes de preferência com tampa de rosca para evitar que fuja. O Agente de Saúde deve solicitar ao morador que, ao fazer uma notificação no PIT, informe ao CV o nome da localidade e o número de sua casa, os quais encontram-se registrados no formulário “Ficha de Visita Domiciliar” (item 12.5, Figura 17), afixada geralmente atrás

da porta da sala ou no beiral interno do teto da varanda, caso haja.

Também deverá orientar o morador que caso encontre inseto no intradomicílio² e peridomicílio³ simultaneamente, deverá colocá-los em recipientes separados e especificar o local onde cada inseto foi encontrado.

1.4. Atendimento de notificação

Havendo a notificação de triatomíneo o Agente de Saúde deverá programar o atendimento que consiste na pesquisa de triatomíneo, isto é, na busca da presença e vestígios do vetor no intradomicílio (dentro de casa) e peridomicílio (fora de casa, nos anexos: chiqueiro, paiol, galinheiro, canil e ainda, nos montes de lenha, telhas, madeira, etc.). Toda notificação deve ser atendida dentro do prazo de 30 dias a contar da data do recebimento pelo Agente de Saúde.

A unidade epidemiológica, foco da ação de controle dos triatomíneos, é denominada “Unidade Domiciliar” (UD), formada pelo conjunto do intra e do peridomicílio. Caso seja confirmada a presença de triatomíneo, toda a unidade domiciliar, ou simplesmente UD, deverá ser borrifada com inseticida de ação residual. Importante ressaltar que uma unidade domiciliar (UD) só será considerada positiva para presença de triatomíneo se o Agente de Saúde de Chagas capturar pelo menos um exemplar do vetor durante sua pesquisa em atendimento à notificação.

Não é muito frisar que a UD não deverá ser borrifada apenas com o triatomíneo adulto encontrado e notificado pelo morador, pois, do ponto de vista epidemiológico, esse achado é considerado um inseto invasor, encontrado no momento em que entrou na UD e do ponto de vista ambiental o inseticida eliminaria várias formas de vida existente no meio ambiente desnecessariamente, além da exposição das pessoas ao inseticida e dos custos financeiros.

Caso o exemplar notificado tenha sido uma fêmea, o morador deve ser alertado sobre a possibilidade de essa fêmea ter desovado em algum local e tempo depois gerar um “foco” na UD. Essa possibilidade cria a necessidade de uma vigilância ainda maior e mais constante em toda a unidade domiciliar e motiva o morador à imediata notificação do achado de qualquer inseto suspeito.

Havendo notificação de outro hemíptero - fitófago ou predador - o Agente de Saúde deve visitar o morador que fez a notificação ao PIT para informar que aquele inseto não se trata do transmissor da doença e repassar outras orientações pertinentes. Essa resposta à participação do morador é necessária e também importante, uma vez que valoriza e estimula a participação comunitária, contribuindo para o bom resultado das ações de controle dos triatomíneos.

Em resumo, o atendimento de notificação consiste em um dos três procedimentos pontuados abaixo:

- 1- Pesquisa e borrifação com inseticida da UD, caso o Agente de Saúde encontre pelo menos um exemplar de triatomíneo;
- 2- Pesquisa da UD apenas, caso o Agente de Saúde não encontre nenhum exemplar de triatomíneo;

2 Intradomicílio: é a casa de residência, compreende o interior da casa incluindo varanda, área de serviço ou qualquer outro cômodo que seja ligado e faça parte do corpo da casa. O intradomicílio resumidamente também é chamado apenas de INTRA.

3 Peridomicílio: é todo o entorno da casa/intra. Nesse entorno qualquer construção existente é denominada “anexo”, exemplos: galinheiro, chiqueiro, curral, canil, paiol, tulha, casa de máquinas, etc. Os montes de lenhas, madeiras, tijolos, telhas, etc., existentes no peridomicílio serão considerados anexos somente se neles forem constatados a presença de triatomíneos. O peridomicílio resumidamente também é chamado apenas de PERI.

3- Visita ao morador para informar que o inseto por ele notificado não se trata do triatomíneo vetor da doença e prestar outras orientações necessárias.

Sempre que o Agente de Saúde se deslocar para atender uma notificação deve levar consigo todo o material de pesquisa e borrifação, pois, caso confirme a presença de triatomíneo com a captura de pelo menos um exemplar do vetor, a UD deverá ser borrifada em seguida; não sendo possível, deverá ser agendada outra data para tal.

É imprescindível lembrar que as notificações oriundas da zona urbana devem receber os mesmos procedimentos de atendimento dispensados à zona rural.

2. VIGILÂNCIA ATIVA

A vigilância ativa consiste na pesquisa ativa (PA), ou seja, na busca da presença do vetor da doença de Chagas em 100% das unidades domiciliares (intra e peridomicílio) de cada localidade rural; no controle químico (borrifação com inseticida) das UDs positivas para presença de triatomíneo e na atualização do reconhecimento geográfico, ou seja, dos croquis (mapas) das localidades rurais.

2.1. Pesquisa Ativa (PA)

Para realizar a pesquisa ativa de triatomíneo é recomendável que o Agente de Saúde faça a programação, começando da localidade rural de RG número 1 e dê continuidade em ordem numérica crescente até finalizar na última localidade rural do município. A PA deve ser permanente no município, isto é, terminada a pesquisa na última localidade rural, outra pesquisa deve ser iniciada na localidade de RG número 1(um) novamente com continuidade por ordem numérica crescente.

Aquelas localidades rurais que tenham até aproximadamente 350 unidades domiciliares devem ser deixadas para o final, mesmo que seu número de RG não seja o último da zona rural. Esse procedimento se justifica por que a metodologia prioriza a pesquisa ativa nas localidades de características tipicamente rural já que são mais favoráveis à presença de triatomíneo, tendo em vista as unidades domiciliares se localizarem de forma mais dispersa no ambiente silvestre.

As localidades acima de 350 unidades domiciliares, sejam povoados, vilas ou distritos, geralmente tem estrutura e recursos de bairro/cidade e por isso não tem, obrigatoriamente, a necessidade de serem trabalhadas com a pesquisa ativa; porém, nelas deve haver o PIT, a divulgação da existência e localização deste PIT e atividades educativas com escolares e população para que, uma vez bem informados, possam fazer a notificação de insetos encontrados em seus domicílios com suspeição de ser o triatomíneo .

Entretanto, se nessas localidades houver um número expressivo de notificação ou confirmação de triatomíneo, o Agente de Saúde deve programar e realizar a PA em 100% de suas UDs. Essas localidades também podem ser pesquisadas periodicamente, como por exemplo, de 4 em 4 anos ou de acordo com indicadores entomológicos ou a possibilidade do Agente de Saúde.

A zona urbana não é alvo da pesquisa ativa, mas, se houver um número significativo de notificação de triatomíneo, mais de uma notificação de triatomíneo de uma mesma UD ou se for encontrada grande colônia, isto é, presença de grande número de adultos e principalmente ninfas de triatomíneos, o Agente de Saúde deverá fazer a pesquisa ativa das UDs no raio de segurança (conforme estará descrito adiante) ou poderá fazer a pesquisa ativa em todo o bairro. Devem ser realizadas também outras ações que se fizerem necessárias de acordo com

as indicações epidemiológica do momento.

Essa e outras situações semelhantes devem ser informadas à referência técnica regional do PCDC para conhecimento, monitoramento e, se necessário, junto aos setores municipais de saúde, buscar solução para eliminar ou minimizar o risco.

É recomendável que o Agente de Saúde conclua a pesquisa ativa na localidade para depois borrifar a(s) UD(s) positiva(s) para presença de triatomíneo. Entretanto, caso haja UD positiva no intradomicílio, o que caracteriza uma situação de maior risco aos moradores, o Agente de Saúde deve interromper a pesquisa ativa e realizar a borrifação o mais rápido possível.

2.2. Controle químico – Borrifação com inseticida

Toda unidade domiciliar positiva para a presença de triatomíneo, seja no atendimento da notificação ou na pesquisa ativa, deve ser borrifada no intra e peridomicílio com inseticida de ação residual, independentemente do local de achado de triatomíneo. É imprescindível que o Agente de Saúde seja devidamente capacitado para a realização dessa atividade e que ao fazê-la utilize todo o EPI (Equipamento de Proteção Individual) recomendado.

As orientações sobre o preparo da UD, cuidados a serem tomados, preparo do inseticida e borrifação encontram-se no Manual de Borrifação do PCDC (Azeredo, 2003; disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>) e também na publicação Diotaiuti e Barbosa (2015). Ainda assim, alguns aspectos importantes são lembrados e destacados a seguir visando assegurar melhor compreensão sobre o assunto.

O treinamento para borrifação deve ser rigoroso, de forma a garantir que a quantidade de inseticida depositada na superfície borrifada seja a recomendada e também não haja risco de intoxicação para o profissional nem para os moradores (Figura 1).

Para a realização da borrifação o Agente deverá se deslocar no intra e peridomicílio em



Figura 1 – Treinamento de borrifação prática em painel utilizando água para borrifação. O agente é treinado a borrifar uma superfície, de modo a depositar uma quantidade de inseticida uniforme sobre toda a superfície. Fda: SRS/Divirópolis.



a) Borrifação de cômodo do intradomicílio



b) Borrifação de porão



c) Borrifação de parede externa do intradomicílio



d) Borrifação de anexo

Figura 2 - Borrifação da Unidade Domiciliar: do intra em a,b,c; do peridomicílio/anexo em d. Fotos: a, Elias Faria de Azevedo; b, c, d, Ronaldo Martins de Melo; c, Dr. Bernardo Váz de Melo Azeredo.

sentido horário, o inseticida deve ser aplicado não só nas paredes, mas, também nas superfícies dos móveis que ficam encostados nas paredes, estrados das camas, atrás de quadros e fotos que ficam pendurados na parede, teto, cumeeiras, sótãos, porões, paredes externas, beirais, cercas, muros e em todos os anexos do peridomicílio (Figura 2).

No caso da UD positiva para presença de triatomíneo em montes de madeira, lenha, telhas, tijolos, ou telhado é necessário que esses materiais sejam retirados e dispostos no chão um ao lado do outro que após serem borrifados, deverão ser virados para receberem a borrifação do outro lado; esse procedimento é necessário para que o foco do vetor possa realmente ser eliminado (Figura 3).

É importante que o Agente de Saúde nunca se esqueça de orientar os moradores sobre os cuidados a serem tomados após a borrifação, visando evitar incidentes e contribuir para uma maior proteção da casa. Recomenda-se que essas orientações sejam dadas não só de forma



Figura 3 – Preparação de anexo para borrifação: disposição da madeira para recebimento da borrifação. Foto: Dr. Bernardino Vêz de Melo Azeredo.

verbal, mas, também impressas para maior segurança dos moradores e do Agente de Saúde. Abaixo estão algumas orientações que obrigatoriamente devem ser repassadas e outras que se fizerem necessárias poderão ser acrescentadas:

- As janelas e portas devem ficar abertas o maior tempo possível para circulação do ar.
- Os moradores devem permanecer fora da casa por umas duas horas ou até que o inseticida seque.
- Pessoas idosas, doentes ou crianças pequenas devem permanecer fora da casa por um ou mais dias, conforme o caso.
- Os utensílios de cozinha devem ser retirados ou muito bem protegidos da borrifação.
- Os móveis, paredes ou quaisquer outras superfícies borrifadas não devem ser varridas nem lavadas.
- As gaiolas de pássaros não podem ser penduradas nas paredes, as quais estarão impregnadas com inseticida.
- Para limpeza do piso da casa e anexos é preciso umedece-los com um pouco de água para evitar a formação de poeira com inseticida.
- O lixo que se juntar após a varrição, deve ser enterrado para que galinhas ou outros animais não comam os insetos mortos.
- Todos os utensílios de cozinha devem ser lavados antes de serem utilizados.
- Não deixar que as crianças encostem ou passem as mãos nas paredes ou móveis bor-

rifados.

2.3. Atualização do Reconhecimento Geográfico – RG

O Reconhecimento Geográfico ou apenas RG, tem o propósito de reconhecer, situar, qualificar e nomear todas as localidades por meio de desenho gráfico e informações estatísticas. Esse reconhecimento produz informações sobre as condições sanitárias, transporte, comunicação, dentre outras e também um croqui de cada localidades e o mapa de conjunto - todas as localidades - do município.

O croqui tem a finalidade de situar a localidade; informar as vias de acesso a ela; informar, numerar e situar as casas e as coleções hídricas existentes, bem como, as localidades limítrofes, etc.

É importante mencionar que esse RG, em boa parte dos municípios mineiros, foi realizado entre as décadas de 70 e 80 pela extinta SUCAM. Contudo, mediante as incessantes e grandes mudanças que ocorrem na zona rural, a constante atualização desse RG é extremamente necessária para o bom andamento das atividades da Vigilância de Chagas-Controle dos Triatomíneos e até mesmo para qualquer outra atividade ou programa de endemia que venha a ser realizado na zona rural.

Essa atividade é necessária também para atualização do Sistema Referencial Geográfico ou Sistema de Localidades - SISLOC⁴ (Ministério da Saúde 2012, <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>), sem o qual não há como digitar no SISPCDCh as ações de controle de triatomíneos realizadas pelo município.

Diante disso, durante a realização da pesquisa ativa o Agente de Saúde deve atualizar o croqui da localidade, registrando toda casa nova surgida ou casa demolida após o último trabalho realizado na mesma. Entretanto, se as alterações na localidade forem grandes o Agente de Saúde deve fazer um novo croqui e renumerar todas as casas de acordo com as normas técnicas constantes no “Manual de Reconhecimento Geográfico” (SUCAM 1983, <http://pide.cpqrr.fiocruz.br/arquivos/manual.pdf>).

É recomendável que, além do Agente de Saúde de Chagas, o setor municipal de vigilância em saúde e ou coordenação municipal de endemias tenha uma pasta física com todos os os croquis das localidades rurais atualizados e que, por medidas de segurança, o município também tenha essa mesma pasta em arquivo virtual.

É oportuno lembrar que deve ser enviada para a Regional de Saúde cópia desses croquis, para que esta também possa ter uma pasta de croquis atualizados de cada município de sua área de jurisdição.

3. MANEJO AMBIENTAL

Medidas importantes de cuidados com o ambiente - casa e arredores - devem ser tomadas pelo morador visando evitar a formação de foco/colônia de triatomíneo na unidade domiciliar. Assim, manter o ambiente domiciliar limpo e organizado é uma ação necessária e coadjuvante às demais ações de controle do vetor, portanto, o morador deve retirar e evitar entulhos como restos de construção, caixotes, madeiras, telhas, tijolos, lixo e objetos fora de uso mantendo o quintal sempre limpo. Deve também, periodicamente, trocar os ninhos de galinhas e mudar o local de armazenamento da lenha para uso doméstico.

4 SISLOC: Sistema Referencial Geográfico ou Sistema de Localidades. É um programa informatizado no qual é registrado todos os dados sobre as localidades do município, como: nome, número de RG, quantidade de casas, de habitantes, etc., cujo banco de dados é base para todos os outros sistemas informatizados de endemias.

No intradomicílio o morador deve tomar cuidados, como: afastar de lugar e limpar atrás e debaixo dos móveis, retirar os colchões para inspecioná-los e limpar o estrado/cama, retirar os quadros, calendários e outros objetos presos às paredes para realizar a limpeza adequada. É importante evitar também o acúmulo de caixas e objetos velhos em cima ou debaixo dos móveis, cantos de paredes, atrás de portas, porões, etc. É necessário retirar os ninhos de pássaros dos beirais da cobertura/teto e manter as paredes (das casas e anexos) lisas, sem rachaduras.

Para ajudar a minimizar o risco de entrada de triatomíneo no domicílio o morador também deve ser orientado a tomar medidas de proteção, como: vedação de aberturas e frestas de portas, janelas, paredes, assoalhos, porão e sótão, bem como, a utilização de mosquiteiros nas janelas. Deve ser orientado a construir os anexos e abrigos de animais o mais afastado possível da casa, não deixar que animais domésticos entrem ou fiquem dentro de casa e a coletar e encaminhar ao PIT mais próximo, todo inseto com suspeição de ser o triatomíneo encontrado seja no intra e ou peridomicílio.

4. AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A participação da população é de fundamental importância para que a vigilância da doença de Chagas alcance o objetivo esperado, portanto, as ações educativas devem ser vistas e utilizadas pelo Agente Municipal de Saúde/Chagas, Coordenador Municipal de Endemias e Educador Municipal em Saúde como uma ferramenta essencial de suporte às atividades de controle dos triatomíneos.

As informações sobre o vetor da doença, medidas de prevenção e controle devem ser constantemente divulgadas por meio de visitas, reuniões, feira de ciências, dia de saúde, palestras para escolares e população, por meio de emissoras de rádio, jornais locais, etc. Dessa forma, uma vez bem informada, a população pode participar efetivamente tomando medidas que visem evitar a infestação do vetor nas unidades domiciliares.

Abaixo fotos de mostruários elaborados por Agentes de Saúde de Chagas do município de Alterosa/MG e utilizados nas ações educativas realizadas junto a escolares e população, (Figura 4).



a)

b)

Figura 4. Modelos de mostruários de triatomíneos utilizados nas ações educativas para o controle da doença de Chagas.

Foto: Dr. Bernardino Véz de Melo Azeredo.

É fundamental mencionar a importância da integração dos profissionais da atenção primária em saúde no componente educativo das ações de vigilância da doença de Chagas. Essa integração pode se dar por meio do Agente Comunitário de Saúde tanto em campo quanto nas Unidades de Saúde, bem como, dos enfermeiros e demais profissionais que, mesmo sem saírem de suas rotinas, podem somar esforços e contribuir muito para um bom resultado da vigilância. As atividades que cada profissional da atenção básica à saúde pode realizar para contribuir com o controle da doença de Chagas estão muito bem descritas no item 2.13, página 40 do “Cadernos de Atenção Básica, Vigilância em Saúde: zoonoses” (Brasil, 2009).

5. META DO PCDCCh

A meta do programa tem como eixo a pesquisa ativa (PA) de triatomíneo, porém, sem deixar de lado as atividades da vigilância passiva. Essa meta deverá ser programada anualmente por quadrimestre de acordo com as orientações constantes na Nota Técnica/SRS/DIV Nº 05/2013 (Minas Gerais 2013, <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>) e as instruções registradas na “Planilha de Programação Anual – Parâmetros para Execução da Pesquisa Ativa de Triatomíneos” (item 12.9, Figura 21).

A descentralização do controle do vetor para os municípios não pode perder de vista o objetivo do programa e para isso é necessário que suas ações ofereçam uma adequada cobertura dos domicílios rurais.

Nesse foco, para que um Agente de Saúde de Chagas desempenhe bem suas atribuições, é imperioso que ele tenha todos os insumos necessário ao trabalho incluindo uma motocicleta apropriada, que tenha carga horária de 8 horas/dia e 11 meses de trabalho/ano. Dependendo da dimensão territorial, densidade populacional e quantidade de PITs do município, esse Agente é capaz de realizar as atividades de vigilância passiva e visitar entre 1.100 a 1.600 (mil e cem a mil e seiscentos) domicílios anualmente com o objetivo de realizar a Pesquisa Ativa (PA).

Isso posto, a cobertura dependerá do porte do município. Nos pequenos o Agente de Saúde conseguirá realizar uma a duas pesquisas ao ano em cada domicílio rural. Já nos municípios de porte médio, grande e muito grande conseguirá pesquisar respectivamente 66,%, 33,%, e 25% apenas dos domicílios rurais por ano. Em outras palavras, nesses municípios os domicílios só receberão uma pesquisa de triatomíneo em grandes intervalos de tempo. Diante disso, o ideal é que os municípios maiores tenham dois Agentes de Saúde/Chagas e na impossibilidade, o Agente de Saúde com auxílio do Coordenador Municipal de Endemias e Educador Municipal em Saúde, deve intensificar as ações de vigilância passiva e de educação em saúde na área onde o trabalho de pesquisa tardará a ser realizado. Para isso, se necessário, deverá buscar a parceria de outros setores ou outros mecanismos existentes no município, como os meios de comunicação de massa, visando manter toda a população informada, alerta e participativa.

Ainda com relação à cobertura do município, outro fato importante a ser considerando é a existência de um grande número de domicílios fechados na zona rural. Em face disso, é necessário que se faça chegar até os proprietários ou frequentadores de final de semana desses domicílios, informações sobre o vetor e o risco da transmissão da doença. Assim sendo, o município deve se empenhar em reproduzir um folheto ou uma carta para ser deixada nesses domicílios como meio de notificar o proprietário sobre a visita do Agente de Saúde. Esse folheto ou carta deve conter informações básicas sobre a doença e o vetor; o nome do Agente, a data e finalidade de sua visita; número de telefone do serviço de controle de endemias para contato; mensagem de alerta sobre o aparecimento de inseto suspeito de ser o triatomíneo, bem como, o endereço do PIT onde poderá fazer a notificação para que a mesma chegue às mãos do Agente de Saúde de Chagas.

É importante ressaltar que do ponto de vista epidemiológico os domicílios fechados merecem atenção especial, visto que, além de impossibilitarem a pesquisa do Agente, a “vigilância do proprietário” sobre esses domicílios é pouca ou inexistente e isso abre oportunidade para abrigo e colonização do vetor, situação não raramente encontrada nos municípios, daí a necessidade de ação específica voltada a esses domicílios.

Mediante todo esse contexto, meta cumprida não significa uma boa cobertura da zona rural e isso aponta para a necessidade de uma avaliação constante da situação e de intensificação das ações de vigilância passiva, especialmente as ações educativas, visando manter a população vigilante ao aparecimento de insetos com suspeição de ser o triatomíneo e bem informada para fazer a notificação ao PIT.

Outrossim, merece frisar que o cumprimento de meta é importante, mas, é também igualmente importante que a pesquisa ativa de triatomíneo e as orientações repassadas à população sejam de boa qualidade técnica para contribuir para a prevenção da doença de Chagas.

Ainda com relação ao cumprimento de meta é necessário pontuar que, assim como a programação, a avaliação deve ser feita por quadrimestre e para que o município cumpra essa meta o Agente de Saúde deve realizar pelo menos 80% das pesquisas programadas em cada quadrimestre. Em vista disso, é importante ressaltar que para essa avaliação o percentual a ser cumprido considera também o domicílio fechado como “pesquisado”, pois, além de ser registrado em formulário e gerar uma informação de importância epidemiológica, a visita do Agente de Saúde mesmo que infrutífera em relação à pesquisa de triatomíneo, consome e justifica o tempo de trabalho gasto para isso. As orientações para essa avaliação estarão mencionadas adiante.

6. PESQUISA ENTOMOLÓGICA DE TRIATOMÍNEO

A pesquisa entomológica de triatomíneo, ou simplesmente pesquisa de triatomíneo, deve ser realizada pelo Agente de Saúde de Chagas devidamente capacitado e consiste na procura da presença do vetor da doença de Chagas ou de seus vestígios em todos os lugares do intra e peridomicílio capazes de abrigarem o inseto.

Essa pesquisa deve ser realizada sempre com o auxílio da iluminação de uma lanterna e caso o domicílio seja suspeito para a presença de triatomíneos, ou se for verificada a existência de vestígios - fezes, exúvias (casca do triatomíneo) e ovos (Figura 5) - o Agente de Saúde, se necessário, também deverá utilizar uma solução desalojante para auxiliar a pesquisa. O desalojante mais usado é a Pirisa, que contém como princípio ativo derivados de piretrinas e piretróides.

A Unidade Domiciliar (UD) deverá ser considerada suspeita para a presença de triatomíneo quando seu tipo de construção, o intra ou peri, for favorável à domiciliação do vetor, isto é, se a UD apresentar paredes com frestas, rachaduras, buracos, frestas nos alisares das portas, janelas, etc.

A pesquisa será positiva, ou seja, a UD será positiva quando o Agente de Saúde encontrar pelo menos um exemplar do vetor. A captura desse exemplar será manual, com auxílio de uma pinça e com o devido cuidado para que o inseto não seja esmagado. A pesquisa não deve ser interrompida com o encontro do primeiro triatomíneo, principalmente se o inseto capturado for um adulto. O encontro de ninfas caracteriza a existência de colônia e revela risco ainda maior para os moradores.

É de fundamental importância que o Agente de Saúde utilize o EPI (equipamento de proteção individual) necessário, como: capacete de alumínio ou fibra, camisa de manga longa, óculos de proteção, máscara semifacial (nariz e boca), luvas, botas e perneiras ao realizar o trabalho de pesquisa.



a) Fezes em parede



b) Fezes em madeira



c) Fezes em telha



d) Fezes em parede



e) Adulto e fezes em telha



f) Exúvias (cascas)



g) ovos

Figura 5. Vestígios da presença de triatomíneos: fezes em a, b, c, d, Adulto e fezes em e, exúvia em f; ovos em g. Fotos: a, b, c, d, g SRS/Divinópolis; e, Ronaldo Martins de Melo; f, Dr. Bernardino Véz de Melo Azeredo.

É muito importante que essa pesquisa seja realizada com a devida qualidade, uma vez que o programa visa interromper a transmissão da doença por meio do vetor, além disso, não se pode esquecer o compromisso e responsabilidade do profissional de saúde na oferta de serviços de qualidade à população.

6.1. Pesquisa no Intradomicílio

Para uma pesquisa bem feita de forma a não ficar nenhum cômodo, parede, superfície, objeto, anexo, etc., sem a devida inspeção é necessário que se obedeça a uma técnica padrão que define a forma de percorrer todo o intra e o peridomicílio.

Assim, de acordo com essa técnica, o Agente de Saúde deve iniciar a pesquisa no intradomicílio, começando sempre pelo canto esquerdo do primeiro cômodo da entrada da casa. Deve se deslocar sempre em sentido horário fazendo a pesquisa nos demais cômodos sempre

pelo primeiro à esquerda, depois à direita e à frente obedecendo ao sentido horário para não deixar de pesquisar nenhum cômodo da casa.

Para melhor compreensão, a figura abaixo mostra o correto deslocamento no domicílio para a realização da pesquisa no intradomicílio (Figura 6).

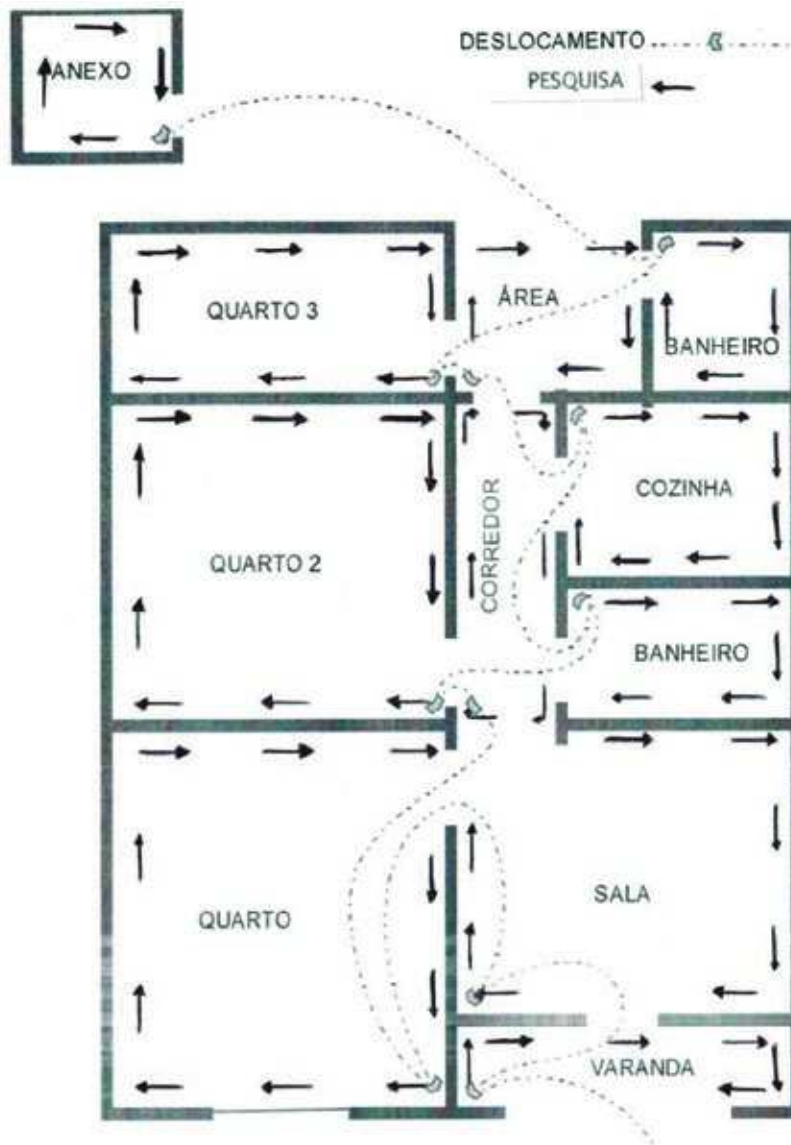


Figura 6- Croqui da planta baixa do domicílio com orientação do deslocamento para realização da pesquisa de triatomíneo.

Durante toda a pesquisa o Agente de Saúde deve observar a existência de vestígios de triatomíneo e, se necessário, preparar e utilizar a carga de Pirisa e pesquisar todas as paredes internas do domicílio. Deve remover quadros, calendários ou qualquer outro objeto preso às paredes para a devida inspeção, uma vez que, esses locais servem de abrigo especial para os triatomíneos. Deve pesquisar também debaixo de colchões, os estrados das camas, atrás, debaixo e dentro de móveis, fogões/fornos em desuso, baús, caixas, malas, guarda-chuvas, balaios e outros objetos ou utensílios diversos. Deve ser inspecionado também o forro do teto (se houver), sótão, porão, cercas e muros (Figura 7).

Os beirais da cobertura da casa, onde é comum a existência de ninhos de pássaros os quais servem de abrigo de triatomíneos, devem ser pesquisados interna e externamente e caso haja vestígios do vetor, a cobertura da casa também deverá ser pesquisada.

Uma vez concluída a pesquisa no interior do domicílio deve ser feita a pesquisa das



a) Pesquisa da parede



b) Pesquisa de parede com captura de triatomíneo



c) Pesquisa debaixo de móvel e dentro de calçado



d) Pesquisa de cama e colchão



e) Pesquisa de colchão com captura de triatomíneo

Figura 7. Pesquisa de triatomíneos no intradomicílio em (a, c, d), com captura na parede (b) e no colchão (e). Fotos: a, b, c, d, Dr. Bernardino Váz de Melo Azeredo; e, Elias Faria de Azevedo

paredes externas da casa - também consideradas intradomicílio - começando pelo canto esquerdo da parede na saída do fundo da casa.

Caso o domicílio tenha muro ou cerca de madeira, mourão, bambu, etc., que esteja ligada a casa, ou que esteja de meio a um metro de distância da parede, deve ser considerado e pesquisado como intradomicílio.

É importante frisar que no intradomicílio os locais onde for encontrada a presença do vetor que não se enquadrarem em “Sala, Cozinha e Quarto” deverão ser classificados como “Outros” no campo “Local de captura” no preenchimento do formulário “Diário de Pesquisa e Borrifação” (item 12.4, Figura 16).

6.2. Pesquisa no Peridomicílio

Finalizada a pesquisa no intradomicílio o Agente deve dar continuidade à pesquisa no peridomicílio, começando no primeiro anexo à esquerda e seguindo sempre no sentido horário. No interior dos anexos a pesquisa também deve obedecer ao sentido horário e as paredes devem ser pesquisadas interna e externamente também.

Devem ser pesquisados todos os anexos existentes no peridomicílio: paiol, galinheiro, chiqueiro, curral, canil, pombal, tulha, celeiro, casa de máquinas, etc., bem como, tudo que houver dentro desses locais, como: fogões/fornos em desuso, ninhos de pássaros, ninhos de galinhas, caixas, balaio e outros objetos ou utensílios diversos (Figura 8).

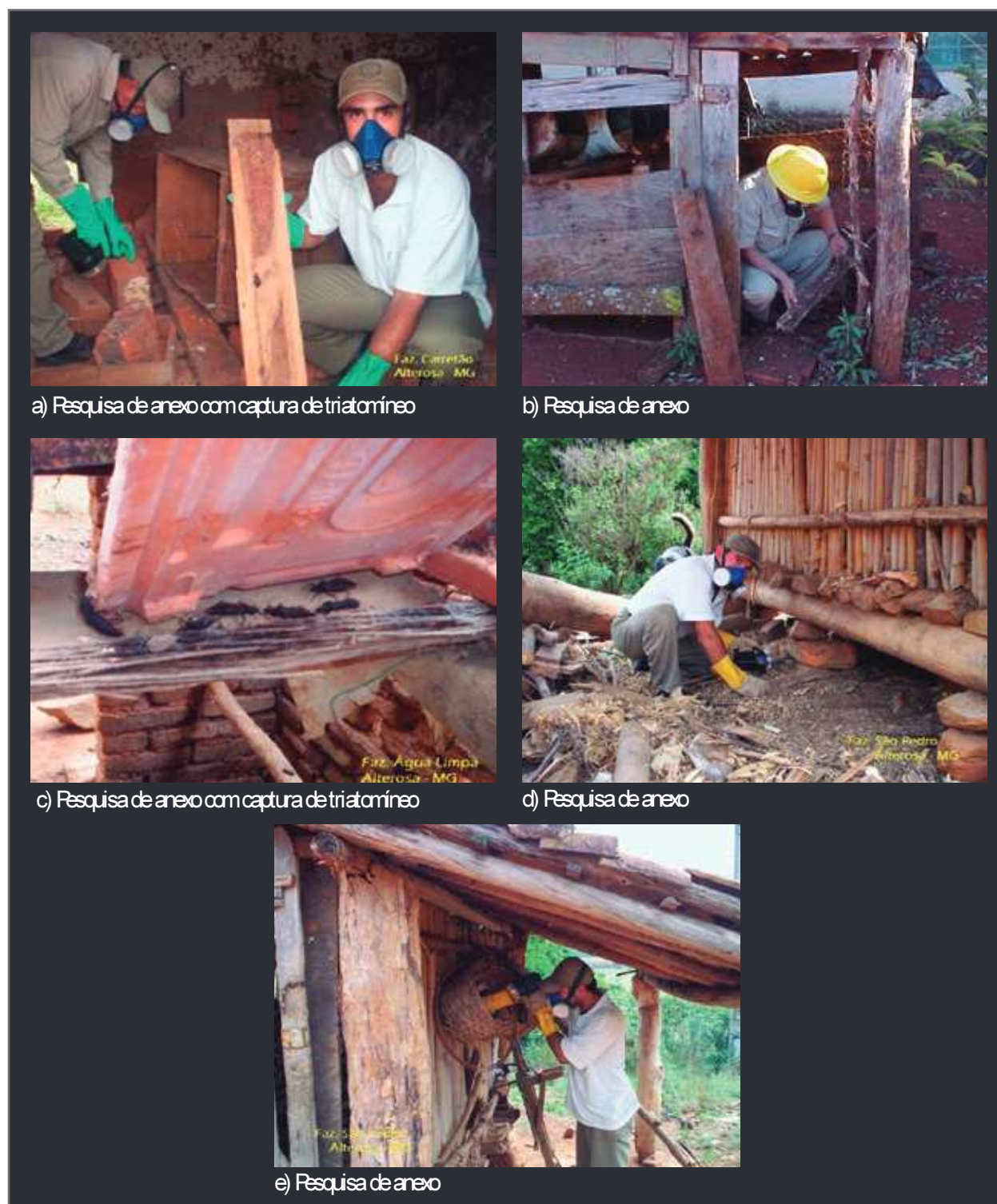


Figura 8. Pesquisa do peridomicílio em (b, d, e) com captura de triatômíneo em (a, c). Fotos: a, b, c, d, e, Dr. Bernardino Váz de Melo Azeredo.

Os montes de lenha, madeira, telhas, tijolos, etc., também devem ser pesquisados, pois, são possíveis locais de abrigo do vetor; as cercas de madeiras, muros ou moirões existentes no peridomicílio (seja da horta, da casa ou de algum anexo), também deverão ser pesquisadas (Figura 9). É importante lembrar que todos esses locais devem ser pesquisados, mas, só serão considerados anexos se neles for encontrada a presença do vetor. Nesse caso, no preenchimento do formulário “Diário de Pesquisa e Borrifação” (item 12.4, Figura 16), no campo “Local de captura”, esses anexos serão classificados como “outros”.



É preciso ressaltar que na pesquisa do domicílio, mesmo que o Agente de Saúde encontre exemplares do vetor no primeiro cômodo do intradomicílio ou no primeiro anexo, a pesquisa não pode ser encerrada: a inspeção deve continuar em todos os demais cômodos do intra e todos os anexos do peridomicílio.

Caso o Agente de Saúde encontre a presença de triatomíneo no domicílio deve capturar uma amostra de até cinco exemplares, sendo um ou dois adultos e o restante ninfas em variados tamanhos (estádios). Essa amostra de triatomíneos deve ser colocada em recipiente próprio e adequadamente identificada. Acaso seja encontrada a presença de triatomíneo no intra e peridomicílio simultaneamente, os exemplares capturados devem ser colocados em recipientes separados e devidamente identificados para envio ao Laboratório de Entomologia da Regional de Saúde.

6.3. Preparo da Pirisa

A Pirisa é uma substância química a base de piretróides, utilizada para auxiliar a pesquisa de triatomíneo, pois, age desalojando, atraindo o inseto de seu esconderijo, no caso, buracos, frestas, rachaduras nas paredes, etc. Deverá ser utilizada no intra ou no peridomicílio sempre que houver dificuldade para determinar a presença do vetor ou em presença de seu vestígio.

Para o correto preparo desse desalojante basta colocar 10(dez) ml de Pirisa em um recipiente borrifador com capacidade para meio litro, completa-lo com água limpa e agitar um pouco para que o produto possa se incorporar a água formando uma solução homogênea.

O Agente de Saúde deverá borrifar essa solução desalojante nas frestas, rachaduras, bu-

racos, ou seja, em todos os locais de difícil acesso, visualização ou captura do inseto e após uns 20 (vinte) minutos de espera deverá verificar novamente nesses locais o aparecimento ou não de algum exemplar do vetor.

Um borrifador de meio litro da solução desalojante de Pirisa é considerado uma carga e normalmente é suficiente para auxiliar a pesquisa em mais de um domicílio. Essa solução só deve ser preparada no momento em que se fizer necessária, nunca antes como também não deve ser guardada para o dia seguinte, pois, perde seu efeito desalojante. A sobra ao final do dia de trabalho deverá ser descartada em locais apropriados, isto é, em locais que não ofereçam risco de acidentes para pessoas, animais ou coleções de água.

6.4. Raio de segurança

Quando a Unidade Domiciliar (UD) for positiva para presença de triatomíneo no **atendimento à notificação** o Agente de Saúde deverá fazer pesquisa ativa num raio de segurança a partir da UD positiva.

Se essa UD se situar em localidade de casas dispersas, o Agente de Saúde deverá fazer pesquisa em todas as UD/casas num **raio de cerca de 500 metros** a partir do domicílio positivo. No caso de UD positiva em localidade de casas agrupadas (povoado, vila, etc.), a pesquisa deve ser feita em todas as UD num **raio de cerca de 100 a 200 metros** a partir do domicílio positivo. É importante lembrar que esse raio de segurança em ambas as situações poderá variar de acordo com a realidade da localidade, porém, a definição da distância do raio deve ser feita com muito bom senso.

Se na pesquisa dentro desse raio o Agente de Saúde encontrar uma segunda UD positiva, deverá então pesquisar 100% das UD da localidade e borrifar todas as positivas para presença de triatomíneo.

6.5. Reavaliação de UD positiva para presença de triatomíneo

Toda unidade domiciliar (UD) positiva para presença de triatomíneo, seja no atendimento à notificação ou na pesquisa ativa, deve ser **REAVALIADA APÓS SEIS MESES** com uma nova pesquisa realizada pelo Agente de Saúde. Se nessa pesquisa não for encontrado triatomíneo ou se for encontrado apenas exemplar morto, à atividade na UD deve ser encerrada.

Entretanto, caso ela seja novamente positiva, o Agente de Saúde deverá borrifá-la com inseticida e pesquisar todas as UD no raio de segurança a partir deste domicílio positivo, conforme orientações do item “6.4 Raio de Segurança”. Ainda, se nesse raio o Agente de Saúde encontrar outra UD positiva deverá pesquisar 100% das UD da localidade e borrifar as positivas para presença de triatomíneo.

Desta forma, independentemente do número de vezes que uma mesma UD for positiva para presença do vetor, ela deverá ser reavaliada após seis meses conforme descrito.

6.6. Indicadores Entomológicos

Para que haja a transmissão domiciliar da doença de Chagas é preciso que tenha o vetor infectado e convivendo com o homem. Essa situação de perigo pode ser demonstrada por meio de indicadores para mensurar o risco da transmissão da doença a que o homem está exposto, assim como, para que os sistemas de saúde possam monitorar e definir ações de intervenção no sentido de proteger a saúde humana. Para tal, os indicadores mais utilizados são (WHO, 1991):

1) Infestação: é a presença de qualquer exemplar de triatomíneo nas unidades domiciliares (UD), conjunto formado pelo intradomicílio (ID) e peridomicílio (PD), constatado na pesquisa entomológica ou na Vigilância Passiva (VP). O indicador mostra a taxa de domicílios infestados por triatomíneo.

$$\text{Índice de Infestação} = \frac{\text{Número de UD's positivas para triatomíneos}}{\text{Número de UD's pesquisadas}} \times 100$$

Partindo desta mesma lógica é possível o detalhamento do indicador com relação ao local onde o triatomíneo foi encontrado, isto é, a taxa de infestação do ID ou PD, separadamente.

$$\text{Índice de Infestação do ID} = \frac{\text{Número de ID's positivos para triatomíneos}}{\text{Número de ID's pesquisadas}} \times 100$$

$$\text{Índice de Infestação PD} = \frac{\text{Número de PD's positivos para triatomíneos}}{\text{Número de PD's pesquisadas}} \times 100$$

2) Dispersão: é a captura de qualquer exemplar de triatomíneo nas localidades do município por meio da pesquisa entomológica ou VP. O indicador mostra a taxa de localidades do município positivas para presença de triatomíneos.

$$\text{Índice de Dispersão} = \frac{\text{Número de localidades positivas para triatomíneo}}{\text{Número de localidades pesquisadas}} \times 100$$

3) Infecção Natural: é a presença do *T. cruzi* nas fezes dos triatomíneos, o que significa que o vetor está infectado. O indicador mostra a taxa de triatomíneos com potencial para transmitir a infecção Chagásica.

$$\text{Índice de Infecção Natural} = \frac{\text{Número de triatomíneos infectados p/ } T. cruzi}{\text{Número de triatomíneos examinados}} \times 100$$

4) Colonização: é a presença de ninfas - formas jovens - de triatomíneos nas UD's, constatado na pesquisa entomológica ou na VP. Esse indicador expressa a dimensão da colonização por triatomíneo no município.

$$\text{Índice de Colonização} = \frac{\text{Número de UD's com ninfas de triatomíneos}}{\text{Número de UD's positivas para triatomíneos}} \times 100$$

Esses indicadores são recursos importantes que devem ser utilizados para o acompanhamento e monitoramento do trabalho de controle dos triatomíneos realizados nos municípios.

É oportuno mencionar que alguns relatórios do SISPCDh trazem esses indicadores, porém, com um fator limitante já que esse programa funciona por ano/calendário ano civil. Em razão disso, os índices extraídos desses relatórios serão parciais, visto não ser possível realizar a pesquisa entomológica em um ano na grande maioria dos municípios.

7. TRIATOMÍNEOS

Os Triatomíneos, transmissores do *Trypanosoma cruzi*, pertencem a ordem Hemiptera, caracterizada morfologicamente por apresentarem asas anteriores hemiélitricas (Figuras 10 e 11) e aparelho bucal constituído por três segmentos retos. No ciclo evolutivo apresentam cinco estádios ninfais até alcançarem o estádio adulto, sendo facilmente distinguíveis os machos das fêmeas (figura 10). Esses insetos, em todos os estádios após a eclosão dos ovos, se alimentam exclusivamente de sangue, momento da maior importância pois é no processo de ingestão sanguínea que os mesmos se infectam, ou no caso de já estarem infectados, transmitem o *T. cruzi*. Até agora foram descritas 152 espécies de triatomíneos, distribuídas em cinco tribos e 18 gêneros (Mendonça *et al.* 2016, Souza *et al.* 2016, Oliveira and Alevi 2017, Monteiro *et al.* 2018, Oliveira *et al.* 2018).



Fig 10. Ciclo evolutivo do *Panstrongylus megistus*: NI - nirfa do 1º estágio; NII - nirfa do 2º estágio; NIII - nirfa do 3º estágio; NIV - nirfa do 4º estágio; NV - nirfa do 5º estágio; AF - adulto fêmea; AM - adulto macho. Foto: Cyro José Soares

No Brasil foram identificadas mais de 60 espécies. Apesar de todos teoricamente estarem aptos a se infectarem pelo *T. cruzi*, essa possibilidade depende diretamente dos hábitos da espécie, especialmente das fontes de alimentação utilizadas. Desta forma, a maioria dos triatomíneos conserva seus hábitos silvestres, tendo apenas algumas espécies importância na transmissão do *T. cruzi* no ambiente artificial, ou seja, na unidade domiciliar (Diotaiuti e Barbosa, 2015).

Segundo Barretto (1979), os triatomíneos podem ser classificados de acordo com o seu grau de associação com o homem, desde espécies exclusivamente silvestres a espécies adaptadas à casa e seus arredores (intra e peridomicílio). São consideradas espécies de importância primária aquelas especializadas em colonizar de maneira permanente as habitações humanas de determinada região, geralmente em altas densidades, com marcada antropofilia e que apresentam significativas taxas e infecção natural pelo *T. cruzi*. Espécies secundárias são geralmente nativas da região, capazes de invadir e colonizar as casas em pequenas densidades. Na presença de uma espécie primária não são capazes de colonizar o intradomicílio. Sendo nativos e ubíquistas, em geral ocupam ecótopos naturais e artificiais próximos das casas, associados a reservatórios silvestres e peridomiciliares, apresentando diferentes graus de antropofilia. Em algumas situações particulares podem constituir grandes colônias. Os triatomíneos têm distribuição tipicamente focal, condicionada pela disponibilidade de alimento. Isso faz com que fiquem dependentes da biologia dos hospedeiros a que estão

associados, o que interferirá na estrutura populacional ao longo do ano (Diotaiuti, 2015). Naturalmente, maior disponibilidade de alimento permitirá o desenvolvimento de colônias mais numerosas. Os triatomíneos podem se alimentar do sangue de diferentes animais, como mamíferos, aves, reptéis, anfíbios, podendo excepcionalmente, em situações extremas, sugar a hemolinfa de outros insetos. As fontes principais de alimentação das espécies são definidas ao longo do processo evolutivo, sendo muitas espécies restritas a alimentarem-se sobre determinado hospedeiro. Por exemplo, *Psammolestes tertius* vive em ninhos de aves da família *Furnariidae*, e não se obtém colônias artificiais permanentes alimentando-os com sangue de outra procedência. Outras espécies, por outro lado, são capazes de tomar o sangue de diferentes hospedeiros, o que facilita sua adaptação a novos ambientes, como a casa com seus moradores (homens e animais domésticos e peridomésticos) (Diotaiuti *et al*, 2017). É o que acontece com o *Panstrongylus megistus*, principal vetor autóctone do *T. cruzi* no centro-oeste mineiro. Sob o ponto de vista epidemiológico, é importante distinguir as diferentes fontes de alimentação (que podem ser diferentes classes de animais) das fontes de infecção, uma vez que o *T. cruzi* é parasita exclusivo de mamíferos.

7.1 Espécies de triatomíneos na Regional de Saúde de Divinópolis– Histórico

De acordo com o histórico das atividades da Campanha de Controle da Doença de Chagas, desde seu início em 1976 nos municípios da região Centro-Oeste de Minas, outrora pertencentes ao Posto da SUCAM/Divinópolis/MG, o *Panstrongylus megistus* (Figura 10) foi e ainda é a espécie de triatomíneo predominante.

“Entre as espécies autóctones do Brasil o *Panstrongylus megistus* apresenta grande importância na transmissão da doença de Chagas ao homem” (Diotaiuti, 2015). Diante disso é importante mencionar que na região essa espécie mantém sua alta capacidade de colonização, tanto o intra quanto o peridomicílio, sendo o principal foco das atividades de controle.

Vale ressaltar também, que em diversas etapas desta campanha houve a captura em vários municípios de outras espécies de triatomíneos, como: *Triatoma infestans*, *Triatoma sordida*, *Rhodnius neglectus* e *Panstrongylus geniculatus*.

A partir da implantação da vigilância do PCDCCh nos municípios, muito esporadicamente tem havido algumas notificações de um único exemplar de outras espécies, como: *Triatoma sordida*, *Rhodnius neglectus* e *Panstrongylus diasi*. Contudo, nunca foi confirmada a existência de foco dessas espécies, como também nunca houve a captura de um exemplar adulto durante a pesquisa de atendimento da notificação feita pelo Agente de Saúde. Apesar da espécie predominante nessa região continuar sendo o *Panstrongylus megistus*, seja na notificação ou na pesquisa do Agente, os achados de outras espécies devem receber uma atenção especial.

7.2. *Triatoma infestans*

Essa espécie de triatomíneo (Figura 11) teve uma grande “importância na manutenção da endemia no Brasil, em razão dos altos índices de infectividade, domesticidade, antropofilia (preferência por sangue humano) e capacidade de se dispersar” (AZEREDO, 2003).

“A presença do *T. infestans* é sinônimo de transmissão humana, altas taxas de prevalência, morbidade e mortalidade, tendo sido, por isso, o principal alvo do Programa de Controle da Doença de Chagas” (Diotaiuti, 2015). Entretanto, com as ações sistemáticas do programa entre as décadas de 70 e 90, essa espécie foi praticamente eliminada no Brasil e por essa razão em 2006 foi concedido ao Ministério da Saúde, pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde, a Certificação Internacional de Eliminação da Transmissão da Doença de Chagas pelo *T. infestans* (Dias, 2016).

Contudo, é importante e necessário ressaltar que essa certificação não significa a elimi-



Fig 11. *Triatoma infestans*. Observar asas anteriores hemiétricas e genitália feminina. Foto: Cyro José Soares.

nação da doença de Chagas ou de sua transmissão no Brasil, mas, apenas a transmissão do parasita por meio do triatomíneo da espécie *T. infestans*. Logo, sempre haverá o risco da transmissão do *T. cruzi* por outras espécies (Ferreira e Silva, 2006). Por essa razão é extremamente importante que as ações de controle de triatomíneos nos municípios sejam realizadas de forma contínua, permanente, por Agente de Saúde devidamente capacitado, com a coordenação e monitoramento de um profissional municipal e suporte técnico da referência regional de saúde.

Diante do exposto, caso venha a ser capturado exemplar vivo ou morto dessa espécie em qualquer município, seja na notificação do morador ou na pesquisa do Agente de Saúde, a Regional de Saúde deverá comunicar o fato imediatamente à Diretoria de Vigilância Ambiental-Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador/SES-MG e encaminhar o exemplar, o mais rápido possível, ao laboratório de entomologia do nível central para revisão da identificação e exame do triatomíneo realizado pelo laboratório da Regional de Saúde.

Em caráter especial, a Regional de Saúde também deverá orientar e monitorar o município na realização de ações para eliminação desse vetor, as quais devem acontecer de forma concomitante e o mais rápido possível após o achado do exemplar, são elas:

- Realizar pesquisa ativa em 100% das UDs da localidade onde foi encontrado exemplar dessa espécie;
- Caso sejam capturados exemplares na pesquisa ativa todos os insetos deverão ser enviados também ao laboratório do nível central para identificação e exame.

- Realizar a borrifação de toda UD positiva com inseticida de ação residual;
- Realizar atividades educativas com objetivo de promover um maior envolvimento da população nas ações para a eliminação desse vetor;
- Divulgar a existência do PIT, caso a localidade não o tenha e se for necessário poderá ser instalado um PIT (mesmo que temporário) para facilitar e incentivar os moradores nas ações de controle e combate;
- Fazer o monitoramento da transmissão da doença nos moradores da UD - caso o exemplar esteja infectado pelo *T. cruzi* - conforme estará descrito adiante, no item: 8.1 Sorologia, tratamento e acompanhamento do paciente.
- Após seis meses reavaliar a UD positiva com nova pesquisa realizada pelo Agente de Saúde e se for encontrado algum exemplar vivo, outra pesquisa ativa deve ser feita em 100% das UDs da localidade com borrifação das positivas.
- Realizar pesquisa ativa em 100% das UDs da localidade positiva anualmente por três anos consecutivos.

Esse monitoramento só será finalizado quando não for encontrado nenhum exemplar vivo ou morto de *T. infestans* por três anos consecutivos, então, com esse resultado a localidade poderá ser considerada livre dessa espécie de triatomíneo.

7.3. Outras espécies de triatomíneos

Caso haja notificação de triatomíneos de outras espécies que não seja o *P. megistus* ou o *T. infestans*, isto é, de espécie secundária, toda atenção deve ser dada ao fato. O Agente de Saúde ao atender a notificação deverá fazer uma pesquisa minuciosa com a utilização de todos os recursos auxiliares, visando encontrar pelo menos um exemplar da espécie notificada e não predominante.

Caso o Agente de Saúde encontre pelo menos um exemplar de espécie secundária na pesquisa do domicílio em qualquer situação, deverá borrifar a UD, pesquisar o raio de segurança e reavaliar a UD após 6 meses.

É importante informar que todos os triatomíneos encontrados na notificação do morador ou na pesquisa do Agente de Saúde e que não sejam o *P. megistus*, são encaminhados ao laboratório do nível central para revisão da identificação e exame realizados pelo Laboratório da Regional de Saúde.

7.4. Identificação e exame de triatomíneo

Todo triatomíneo proveniente da notificação feita pelo morador, do atendimento da notificação e da pesquisa ativa feita pelo Agente de Saúde, deve ser devidamente acondicionado, etiquetado e enviado o mais rápido possível ao Laboratório de Entomologia da Regional de Saúde, que deverá fazer a identificação da espécie e o exame quanto à infecção para *T. cruzi*.

Uma vez realizada a identificação e exame do inseto, o resultado será emitido por meio do “Formulário de Identificação e Exame de Triatomíneo-Laboratório de Entomologia” (item 12.10, Figura 22), o qual será repassado a um protocolo regional responsável por tal, para posterior devolução ao município.

Ao receber esse formulário o Coordenador de Endemias ou Digitador do município deve repassar a informação ao Agente de Saúde de Chagas, que por sua vez deverá informar o resultado da identificação e exame do triatomíneo ao morador do domicílio no qual o inseto foi encontrado. É importante lembrar que os dados desse formulário deverão ser digitados no SISPCDCh.

7.5. Acondicionamento de triatomíneo e envio ao laboratório

O recipiente para acondicionamento de triatomíneo é fornecido pela Regional de Saúde e o Agente de Saúde deve prepará-lo adequadamente. A tampa desse recipiente deve ter pequenos furos para permitir a ventilação/respiração do inseto, porém, devem ser bem pequenos para que não haja o vazamento de ovos caso uma fêmea venha a desovar. Esses furos podem ser feitos com a utilização de uma agulha ou um arame bem fino. Além disso, o fundo desse recipiente deve ser forrado com papel higiênico e dentro dele deve ser colocado um papel sanfonado por meio de dobradura. Esses cuidados visam melhor acomodar e preservar a vida do inseto ou evitar que ele se danifique, caso já esteja morto. É relevante mencionar que os Colaboradores Voluntários dos PITs devem receber esses recipientes já preparados antecipadamente.

O recipiente com triatomíneo deve ser identificado com uma pequena etiqueta autocolante constando: o número do código do IBGE do município e o número da etiqueta que deve ser composto de seis dígitos. O número da etiqueta deve começar sempre do número um e seguir em ordem crescente até finalizar o ano vigente, exemplo: 000001, 000002, 000003... etc. É importante mencionar que no ano seguinte a numeração da etiqueta deverá recomeçar do número 000001 novamente.

Para cada domicílio onde for encontrado triatomíneo, não importa se na notificação ou na pesquisa do Agente de Saúde, o recipiente com esse triatomíneo receberá a numeração de etiqueta e a letra “I” ou “P” para identificar o local onde o inseto foi encontrado, sendo: “I” para Intradomicílio e “P” para Peridomicílio.

Se por ventura no mesmo domicílio for encontrado triatomíneos no intra e peridomicílio simultaneamente, devem ser utilizados dois recipientes para acondicionar os triatomíneos separadamente:

- Um para colocar os triatomíneos encontrados no intra e devidamente etiquetado e identificado com a letra “I”
- Outro com os triatomíneos encontrados no peridomicílio, devidamente etiquetado e identificado com a letra “P”; porém, nos dois recipientes deve constar o mesmo número de etiqueta por se tratar de triatomíneos do mesmo domicílio e da mesma atividade.

Essa separação é necessária para permitir a identificação da procedência do inseto caso algum exemplar venha a apresentar infecção para *T. cruzi*, tendo em vista a necessidade de tomada de medidas com relação às ações de monitoramento dos moradores do domicílio quanto à transmissão da infecção.

A numeração da etiqueta é por município e deve ser feita e controlada pelo Agente de Saúde e/ou Coordenador de Endemias para que a sequência correta seja seguida e assim, não haja erro de numeração. Esse cuidado é muito importante tendo em vista que esse erro, posteriormente, dificultará identificar a procedência do triatomíneo e a inserção dos dados no SISPCDCh.

Abaixo estão exemplos da utilização de etiqueta para a identificação de recipiente com triatomíneos. É relevante informar que para todos os exemplos colocados nesse documento foi utilizado como código de IBGE e município um número e nome fictícios: 3100001/Paraíso.

Exemplos de etiquetas para UD (Unidade Domiciliar) positiva no:

- **Intradomicílio:** Código do IBGE, número da etiqueta e identificação do local de captura com a letra “I”

3100001
000001 (I)

- **Peridomicílio:** Código do IBGE, número da etiqueta e identificação do local de captura com a letra “P”

3100001
000002 (P)

- **Intra e Peridomicílio simultaneamente:** o número nas duas etiquetas **é o mesmo**, por se tratar do mesmo domicílio e da mesma atividade.

3100001
000003 (I)

3100001
000003 (P)

Após acondicionar o triatomíneo e etiquetar corretamente o recipiente, deve-se juntar a este uma cópia do “Diário de Pesquisa e Borrifação” (item 12.4 Figura 16) do domicílio onde foi encontrado o triatomíneo e enviar ao protocolo responsável por tal na Regional de Saúde para encaminhamento ao Laboratório de Entomologia.

Vale lembrar que é necessário recomendar às pessoas responsáveis pelo transporte desse recipiente até a Regional de Saúde, que é preciso tomar alguns cuidados, principalmente, não sacudir ou expô-lo ao sol, visando preservar a vida e integridade física do inseto para possibilitar sua identificação e exame.

8. MONITORAMENTO DA TRANSMISSÃO VETORIAL DA DOENÇA

A parceria com a atenção primária em saúde é necessária e muito importante no que diz respeito ao monitoramento da transmissão da doença. É importante que toda a Equipe de Saúde conheça e domine os procedimentos e protocolos necessários à assistência ao caso suspeito de doença de Chagas. Isso implica em: compreender o resultado da identificação e exame do triatomíneo, repasse desse resultado ao morador/paciente se necessário; quando colher amostras de sangue para sorologia e repassar o resultado desta; como investigar e definir caso agudo e crônico da doença; quando registrar a notificação no sistema de informação, bem como, prestar a assistência necessária ao tratamento e acompanhamento do paciente de caso confirmado, independente da fase da doença.

8.1. Sorologia, tratamento e acompanhamento do paciente

No caso de domicílio com presença de triatomíneo infectado para *T. cruzi*, o sistema municipal de saúde deve providenciar a realização da sorologia para doença de Chagas de todos os moradores desse domicílio. A coleta de sangue para essa sorologia deve ser feita um mês após o achado do inseto. O sangue deve ser venoso, centrifugado e enviado à FUNED/MG apenas o soro devidamente identificado e acompanhado da “Ficha de Encaminhamento de Amostras” (Disponível em: <http://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/FI-CHA-DE-ENCAMINHAMENTO-DE-AMOSTRAS-EXAMES-de-DOEN%C3%87A-DE-CHAGAS-CR%C3%94NICA.pdf>), na qual deve constar no “campo História prévia do paciente” que no domicílio do paciente foi encontrado triatomíneo infectado para *T. cruzi*.

Posteriormente o sistema de saúde municipal deve informar ao morador o resultado dessa sorologia e no caso de ser positiva para a infecção chagásica, deve também providenciar o encaminhamento do paciente à avaliação, tratamento e acompanhamento médico. A referência estadual para tratamento de Chagas, caso seja necessário é o Hospital Eduardo de Menezes em Belo Horizonte, conforme informações da Figura 12.



Figura 12. Informativo do contato da Referência Estadual para diagnóstico e tratamento da doença de Chagas.

8.2. Procedimentos para notificação no SINAN

Para realizar a sorologia para doença de Chagas de um cidadão em qualquer situação, seja pelo encontro de triatomíneo infectado em seu domicílio ou por solicitação médica, a Unidade de Saúde deve fazer a notificação por meio da “Ficha de Investigação – Doença de Chagas Aguda” (Disponível em: http://www.portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Chagas/Chagas_v5.pdf).

Entretanto, no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) só se notifica caso de “Chagas aguda” (SINAN-Portaria Nº 204 de 17/02/2016). Diante disso, é necessário aguardar os resultados da sorologia e caso seja positivo para a infecção chagásica, deverá ser feita uma investigação epidemiológica bastante criteriosa junto ao paciente, de forma que permita definir a fase da doença, “campo 57: Classificação final” da ficha de investigação citada acima (vide capítulo inicial, “A doença de Chagas no homem, de Dr. João Carlos Pinto Dias).

Se o caso for definido como Chagas crônico, não deverá ser digitado no SINAN e se já ti-

ver sido digitado deverá ser descartado no sistema. Por outro lado, em se tratando de “Chagas aguda”, então a notificação e investigação devem estar preenchidas de forma completa, devem ser digitadas no SINAN e o caso devidamente encerrado. Nesse caso, de Chagas aguda, é extremamente importante e é dever do sistema de saúde local acolher o paciente e providenciar para que o tratamento específico seja feito, uma vez que na fase inicial é possível obter-se a cura.

É oportuno lembrar que o prazo para o encerramento de caso de Chagas no SINAN é de 60 dias a contar da data da notificação. É também oportuno informar que as publicações: DOENÇA DE CHAGAS AGUDA, Aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento: Guia de consulta rápida para profissionais de saúde, disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/viewFile/10738/7137> e o II CONSENSO BRASILEIRO EM DOENÇA DE CHAGAS, disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17938>, bem como, o capítulo inicial de autoria do Dr. João Carlos Pinto Dias citado acima, são valiosos instrumentos de auxílio ao profissional de saúde na definição do caso de Chagas para a conclusão da investigação e o encerramento do caso.

8.3. Solicitação de medicamento para tratamento de paciente chagásico

Não muito raro a Secretaria Municipal de Saúde/Setor de Epidemiologia recebe, por parte dos médicos, solicitação de medicamento para tratamento de paciente chagásico crônico, o Benzonidazol. Esse medicamento só é dispensado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/BH-MG, que para tal solicita os seguintes documentos:

- Receita médica;
- Ficha de solicitação de Benzonidazol para tratamento de paciente com Doença de Chagas (Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/> - Janela: Zoonoses e Vigilância de Fatores de Risco Biológico (no rodapé ao centro), opção “Normativos e Referências”, pasta “Doença de Chagas”);
- Ficha de investigação SINAN (citada no item 8.2);
- Cópia dos documentos pessoais do paciente; e
- Cópias dos resultados positivos para doença de Chagas de pelo menos dois exames do paciente, podendo ser dentre eles: Imunofluorescência, Ensaio Imunoenzimático (Elisa), Hemaglutinação (HAI), Exame de eletrocardiograma (ECG).

Esses documentos devem ser enviados à Regional de Saúde que os encaminhará à SES/MG que, após avaliação, fará a liberação do medicamento para a farmácia da Regional que o disponibilizará para o município. Esse é o processo necessário para solicitação e dispensação desse medicamento.

9. ATRIBUIÇÕES DAS ESFERAS DE GOVERNO FRENTE AO PCDC_h

De acordo com a Portaria nº 1.378/13, (Brasil, 2013, disponível em: http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html) - alterada em alguns artigos pela Portaria Nº 1.955/15, (Brasil, 2015, disponível em: http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1955_02_12_2015.html) - que regulamenta as competências e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde, cada esfera de governo tem atribuições em relação do programa de Chagas, as quais no conjunto

visam: à interrupção da transmissão da doença de Chagas por meio do vetor e pela transfusão de sangue; a detecção, notificação, investigação e tratamento dos casos agudos e congênitos e a assistência médica ao paciente chagásico crônico.

9.1. Atribuições do Ministério da Saúde/União

A Portaria 1.378 estabelece em seu Capítulo II Das Competências, na Seção I Da União, Artigos 5º e 6º (Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html), que o Ministério da Saúde é o órgão responsável pela gestão das ações de vigilância em saúde no âmbito da União, através da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS/MS, por meio da condução da política nacional de saúde. Com foco no tema deste documento, compete à SVS, dentre outras funções, formular políticas em vigilância em saúde, estabelecer normas, diretrizes e prioridades para saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, coordenar os sistemas nacionais de informações da vigilância em saúde, fornecer insumos e repassar recursos financeiros.

9.2. Atribuições da Secretaria de Estado de Saúde/Estado-MG

De acordo com a portaria acima em seu Capítulo II Das Competências, na Seção II, Dos Estados, nos Artigos 9º, 10 e Parágrafo único (Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html), é da competência da Secretaria de Estado de Saúde (SES) a coordenação estadual dos sistemas nacionais das vigilâncias em saúde e sanitária em sintonia com as políticas, diretrizes e prioridades. Com foco no tema deste documento, cabe a SES, dentre outras funções: implementação das políticas, diretrizes e prioridades na área de vigilância, coordenação das ações de Vigilância e dos sistemas de informações da vigilância em saúde, execução de ações de vigilância de forma complementar, estabelecimento de diretrizes e normas técnicas, repasse de recursos financeiros e insumos, assessoria técnica, monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde.

Assim, cabe à SES a coordenação do PCDCh, normatização e assessoria técnica, alimentação e retroalimentação de banco de dados, controle da qualidade do sangue transfundido, disponibilização de referência e suporte no tratamento de caso agudo e crônico, repasse de insumos e recursos financeiros.

Dentre as diversas funções da Regional de Saúde destacam-se: a coordenação do PCD-Ch, suporte técnico aos municípios, alimentação e retroalimentação de banco de dados, capacitação de Agentes de Saúde de Chagas, Coordenadores e Digitadores de Chagas, atenção especial ao município no caso de: encontro de triatomíneo da espécie *Triatoma infestans*, grande volume de notificação de triatomíneo, surgimento e persistência de triatomíneo em domicílios rurais ou urbanos.

9.3. Atribuições da Secretaria Municipal de Saúde/Município

Ainda, a Portaria 1.378, no Capítulo II Das Competências, na Seção III Dos Municípios, Artigos 11 e Parágrafo único (Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html), atribui à Secretaria Municipal de Saúde a coordenação das vigilâncias em saúde e sanitária, em conformidade com a política, diretrizes e prioridades, abrangendo, dentre os diversos aspectos, a execução das ações de vigilância ambiental.

Assim, cabe ao município executar as atividades de Vigilância de Chagas-Controle dos Triatomíneos, alimentar o banco de dados (SISPCDCh), envolver os profissionais de saúde, especialmente os da atenção primária à saúde de acordo com suas especificidades e as necessidades do programa, colaborar na realização de eventuais inquéritos sorológicos para doença de Chagas, realizar a sorologia para doença de Chagas em moradores de UD positiva

para presença de triatomíneo infectado para *T.cruzi*, notificar e investigar caso suspeito de Chagas agudo, viabilizar o tratamento e acompanhamento de caso agudo e crônico de Chagas.

10. RECURSOS NECESSÁRIOS AO PCDCCh

10.1. Recursos humanos: Profissionais municipais

Para executar o programa é preciso que o município tenha no mínimo um Agente de Saúde de Chagas, um Digitador e um Coordenador de Endemias/Chagas.

Esse Agente de Saúde será o representante da Secretaria Municipal de Saúde junto à população rural, na execução das ações de vigilância passiva e ativa. É necessário que este Agente tenha um perfil o mais condizente possível com as atividades do programa e seja devidamente capacitado para que possa ter um bom desempenho em seu trabalho.

Assim, é desejável que o Agente de Saúde tenha: escolaridade condizente com a legislação pertinente, carteira de habilitação para conduzir motocicleta, responsabilidade e discrição - tendo em vista que será necessário entrar na intimidade do domicílio para a realização de suas atividades - facilidade de comunicação, iniciativa, compromisso, liderança, facilidade e boa conduta na relação com a população rural. É importante também que goste e se possível conheça a zona rural do município ou tenha boa percepção espacial para se orientar, conhecer, deslocar e identificar limites geográficos naturais ou artificiais da zona rural. É necessário também que o Agente de Saúde não tenha receio dos animais comuns à zona rural e tenha facilidade para lidar com os mesmos

Para que as atividades do programa realizadas pelo município possam ser registradas no sistema de informação é preciso um Digitador, ou seja, um profissional municipal, devidamente capacitado para digitar os dados do trabalho realizado no SISPCDCCh e fazer a transferência mensal do banco de dados à Regional de Saúde, que por sua vez alimentará o banco de dados da SES e esta do MS.

Ao lado disso, para o bom andamento do programa, é necessário também que haja um Coordenador Municipal de Endemias que coordene também o programa de Chagas.

Essa coordenação é necessária para que as atividades possam ter um acompanhamento direto e indireto mais constante e próximo, visando auxiliar o Agente de Saúde em suas dúvidas ou dificuldades, reforçar e creditar confiabilidade ao seu trabalho junto à população rural e Secretaria Municipal de Saúde, assim como zelar pela qualidade do trabalho.

Esse Coordenador deve ser também o intermediário entre Agente de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, ou seja, é seu papel também providenciar a solução das questões burocrática-administrativas que envolvam esse Agente e o programa de Chagas.

10.2. Recursos materiais: Veículo, material de expediente e equipamento

Para a execução das ações do programa é necessário que o município disponha de uma motocicleta em perfeito estado de funcionamento, compatível com estradas rurais (poeira e barro), abastecimento regular, manutenções periódicas, reparo deste veículo sempre que necessário e em tempo hábil para que as atividades do programa não fiquem paralisadas por muito tempo.

É preciso também que o município disponha de um veículo para que o Coordenador possa se deslocar à zona rural para monitoramento periódico “in loco” das atividades do Agente

de Saúde.

Deve disponibilizar também os seguintes materiais: crachá de identificação e uniforme para o Agente de Saúde, bolsa de lona, lanterna, pilhas, prancheta, lápis e borracha, caneta azul e vermelha, lápis de cera na cor preta ou azul, cola, régua 30 cm, papel de etiqueta autocolante pequena, formulários, papel padrão para confecção de croqui, pasta de croquis das localidades rurais do município, borrifador de 500 ml e pulverizador costal de pressão (bomba de borrifação), do tipo “Hudson X Pert” ou “Jacto” de capacidade para 10 litros e bico Teejet 8002.

É preciso também todo o Equipamento de Proteção Individual (EPI): capacete de alumínio ou fibra, óculos de proteção, máscara semifacial (nariz e boca), luvas, camisa de manga longa, botas e perneiras, para que o Agente de Saúde possa realizar suas atividades com segurança.

Para auxiliar o Agente no controle dos triatomíneos também são necessários materiais informativos como: mostruário do vetor, cartazes, folhetos e cartilha sobre doença de Chagas e o vetor. Os materiais impressos são disponibilizados pela Regional de Saúde/SES, porém, caso não os tenha é oportuno lembrar que os mesmos podem ser reproduzidos pelo município com recursos da vigilância epidemiológica e vigilância em saúde. A caixa para o mostruário pode ser confeccionada pelo município e o mostruário produzido pelo Laboratório Regional de Saúde ou outros laboratórios do nível central.

O recipiente para acondicionamento de hemípteros, a pirisa e o inseticida a ser utilizado na borrifação da unidade domiciliar são repassados ao município pela Regional de Saúde. Contudo, o inseticida só poderá ser entregue mediante a existência de domicílio a ser borrifado, uma vez que não é possível a distribuição desse insumo para estocagem apenas na hipótese de sua necessidade.

11. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO PCDC

11.1. Atribuições do Agente de Saúde de Chagas

Para melhor compreensão das atribuições e responsabilidade do Agente de Saúde frente ao programa de Chagas e facilitar a elaboração da programação mensal de trabalho, encontram-se abaixo a descrição das atividades rotineiras e esporádicas a serem realizadas:

- Visitar mensalmente os PITs para verificar a existência de notificação; orientar o colaborador a respeito identificação de hemípteros, o preenchimento do formulário “Ficha de notificação” (item 12.3, Figura 15); abastecer de material; informar sobre o andamento do trabalho, como: prazo de atendimento das notificações, espécies de triatomíneos encontrados, resultado da pesquisa ativa e do atendimento de notificações, etc.;
- Realizar treinamentos para novos colaboradores voluntários e reciclagens;
- Realizar palestras e treinamentos para Agentes Comunitários de Saúde e profissionais da educação;
- Atender as notificações de triatomíneos no prazo de 30 dias realizando pesquisa de triatomíneo na UD;
- Realizar borrifação de toda UD positiva para presença de triatomíneo, seja ela positiva no atendimento de notificação ou na pesquisa ativa;
- Realizar a pesquisa em todas as UDs situadas no raio de segurança a partir da UD positiva para presença de triatomíneo no atendimento à notificação, conforme orientações

anteriores e borrifar as positivas para triatomíneo;

- Visitar o morador responsável por notificação de outros hemípteros para explicar que o inseto não se trata do transmissor, orientar e incentivar sua participação;
- Promover palestras e reuniões para a comunidade, professores e Agentes Comunitários de Saúde com objetivo de divulgar a existências dos PITs, alertar para o aparecimento de triatomíneos, informar sobre a doença, o vetor, medidas de controle e os resultados do PCDCh no município;
- Realizar uma palestra a cada semestre em cada escola da zona urbana e da zona rural (se houver) com os objetivos citados acima;
- Participar e colaborar nas feiras de ciências promovidas pelas escolas explorando o tema PCDCh;
- Participar e colaborar nos eventos relacionados à saúde promovidos pelos diversos setores municipais de saúde;
- Realizar trabalhos educativos em localidade que venha a ter um grande número de notificações de triatomíneos;
- Divulgar a existências dos PITs, e alertar a população para o aparecimento de triatomíneos, informar sobre a doença, o vetor e medidas de controle durante as visitas domiciliares para realização da pesquisa ativa;
- Divulgar os PITs em todas as localidades do município, utilizando-se de veículos de comunicação de massa como, rádios e jornais locais, etc.;
- Fazer contatos com representantes de instituição locais que atuam na zona rural, para dar ciência do trabalho desenvolvido no município e programar atividades de divulgação em parceria com os mesmos;
- Comunicar ao Coordenador de Endemias do município qualquer situação que fuja à normalidade do trabalho, como: volume inesperado de notificações, recusa de pesquisa ou borrifação, etc.;
- Procurar solucionar casos de recusa à pesquisa ou borrifação e se necessário com o auxílio do Coordenador de Endemias;
- Realizar a pesquisa ativa em 100% das UD's de cada localidade rural;
- Realizar, após seis meses, a reavaliação da UD positiva para presença de triatomíneo na pesquisa em atendimento à notificação e na pesquisa ativa, conforme detalhado no corpo deste documento;
- Dar atenção especial aos casos de repetidas notificações de triatomíneo em uma mesma UD, principalmente domicílio da zona urbana, lembrando que é necessária uma investigação minuciosa para detectar a procedência dos insetos. Devem ser consideradas hipóteses como: a existência de foco de triatomíneo em alguma outra UD próxima àquela responsável pela notificação; o transporte do vetor da zona rural para zona urbana por meio de lenhas, madeiras, móveis, sacolas, animais, etc., ou o deslocamento do vetor de alguma mata próxima a UD, dentre outras. Visando buscar uma resposta, o Agente de Saúde deve fazer pesquisa em todas as UD's no raio de segurança a partir da UD responsável pela notificação, bem como, fazer pesquisa no(s) domicílio(s) rural(is) frequentado(s) pelo morador cujo domicílio da zona urbana houve repetidas notificações, dentre outras ações.

É preciso frisar que esses casos devem ser comunicados ao Coordenador Municipal de Endemias e à Referência Técnica Regional do PCDCh, para acompanhamento e auxílio ao Agente de Saúde, se necessário.

- Fazer atualização do croqui (mapa) de cada localidade para atualização do RG (Reco-

nhecimento Geográfico) do município;

- Auxiliar nas atividades de campo de inquérito sorológico, quando houver;
- Manter mapa atualizado do município, assinalando: localidades dos PITs, localidades de onde partiram as notificações de triatomíneos, localidades onde foram positivas para triatomíneos na pesquisa ativa, especificação das espécies de triatomíneos encontradas por localidades, etc.;
- Juntamente ao Coordenador de Endemias calcular e analisar os indicadores entomológicos e definir estratégias se necessário;
- Colaborar com o Digitador na análise dos relatórios para conferência da digitação e correção de possíveis erros, se necessário;
- Repassar ao Coordenador ou Digitador, em tempo hábil, as alterações em relação aos PIT para as devidas atualizações;
- Reavaliar periodicamente a necessidade de abertura e fechamento de PITs, bem como, analisar os relatórios gerados pelo SISPCDCh, juntamente ao Coordenador de Endemias;
- Preencher os formulários rotineiros e elaborar programação e relatório mensal;
- Repassar ao Coordenador os recipientes com triatomíneos junto a cópia do formulário do domicílio para encaminhamento ao Laboratório da Regional de Saúde.
- Preencher corretamente o formulário “Resumo de Pesquisa Ativa por Localidade para Atualização do RG” (item 12.7, Figura 19), anexar as cópias dos croquis que tiverem alterações no número de casas e repassar ao Coordenador para providenciar o envio à Regional de Saúde para atualização do SISLOC.
- Elaborar junto ao Coordenador a programação anual de Chagas e atentar para sua realização de forma a cumprir a meta do município e com a necessária qualidade;
- Reunir com o Coordenador de Endemias ao finalizar o mês para repassar os formulários produzidos para conferência e digitação, repassar materiais a serem enviados à Regional de Saúde, repassar o relatório das atividades realizadas, a programação para o próximo mês de trabalho, informá-lo sobre os fatos positivos e negativos ocorridos durante mês, assim como sobre a necessidade de algum material de trabalho, de manutenção ou reparos na motocicleta, etc.

11.2. Atribuições do Digitador Municipal

O papel do Digitador é muito importante tendo em vista que é o responsável pelo registro dos dados a serem enviados aos níveis centrais, os quais serão transformados em informações de vigilância em saúde; portanto, o zelo pela correta entrada dos dados deve ser constante em seu trabalho. Suas atribuições são:

- Digitar, mensalmente ou semanalmente, os dados dos formulários “Diário de Pesquisa e Borrifação” (item 12.4, Figura 16) produzidos pelo Agente de Saúde, bem como, os dados do “Formulários de Identificação e Exame de Triatomíneo – Laboratório de Entomologia” (item 12.10, Figura 22) produzidos pelo Laboratório Regional;
- Manter o cadastro de PIT no SISPCDCh e na planilha de “Relação de PITs” (item 12.2, Figura 14) sempre atualizados partindo das informações fornecidas pelo Agente de Saúde.
- Fazer a conferência do trabalho por meio dos relatórios que estarão descritos adiante neste documento;
- Providenciar e efetuar as correções que se fizerem necessárias e com o auxílio do Agente de Saúde, caso seja preciso.
- Enviar a transferência do banco de dados à Regional de Saúde **até o dia seis de cada mês**;
- Solicitar à Regional de Saúde, a cada trimestre ou quadrimestre, o arquivo de atualiza-

ção do SISLOC e atualizar o banco de dados do SISLOC municipal, bem como, fornecer ao Agente de Saúde um relatório de localidades atualizado.

11.3. Atribuições do Coordenador Municipal de Endemias

O Coordenador Municipal do programa de Chagas é fundamental para que se obtenha um resultado de qualidade por meio de um acompanhamento direto e indireto das atividades de Chagas. O resultado do trabalho será melhor à medida em que o Agente de Saúde for auxiliado em suas dificuldades, seu trabalho for respeitado, apoiado e reconhecido. Assim, para facilitar o desempenho desta função encontram-se listadas abaixo as atribuições do Coordenador:

- Acompanhar e supervisionar direta e indiretamente os trabalhos do Agente de Saúde como forma de reforçar sua credibilidade junto à população, incentivar seu trabalho, buscar a qualidade das atividades e auxiliar na superação das dificuldades;
- Auxiliar o Agente de Saúde na reavaliação periódica da necessidade de abertura e fechamento de PITs; bem como, na análise dos relatórios gerados pelo SISPCDCh.
- Juntamente ao Agente de Saúde calcular e analisar os indicadores entomológicos e definir estratégias se necessário;
- Auxiliar na solução de caso de recusa à pesquisa ou borrifação, se necessário;
- Colaborar e auxiliar o Agente de Saúde na realização de trabalhos educativos em situações específicas, como: localidade com grande número de notificações de triatomíneos, treinamento de Colaboradores Voluntários dos PITs e de Agentes Comunitários de Saúde, profissionais da educação, etc.;
- Providenciar, junto ao setor competente, funcionários para auxiliar o Agente de Saúde na realização da pesquisa e ou borrifação de domicílios em situações específicas e onde não houver quem possa ajuda-lo, como por exemplo: destelhar a casa para fazer a pesquisa ou borrifação, remover objetos, móveis ou materiais muito pesados, os quais exijam maior força física, etc.;
- Monitorar a realização da reavaliação de toda UD positiva para presença de triatomíneo;
- Auxiliar o Agente de Saúde na realização de atividades educativas, quando necessário;
- Elaborar junto ao Agente de Saúde a programação anual de Chagas e acompanhar sua realização no decorrer do ano com vistas ao cumprimento de meta do município;
- Enviar à Referência Técnica do PCDCCh da Regional de Saúde uma cópia digital desta programação anual **até o final da primeira quinzena de todo mês de janeiro**;
- Reunir com o Agente de Saúde ao finalizar o mês para: tomar ciência dos fatos ocorridos, conferir o material a ser enviado à Regional de Saúde e ao Digitador Municipal, tomar conhecimento do relatório das atividades realizadas, da programação para o próximo mês de trabalho, verificar necessidade de material de trabalho, manutenção ou reparos na motocicleta, etc.;
- Enviar à Regional de Saúde o material para laboratório e atualização do SISLOC conforme descrito neste documento;
- Zelar pela preservação da pasta completa de croquis atualizados de todas as localidades do município como importante e necessária ferramenta de trabalho não só para o PCDCCh, mas, para qualquer outra atividade a ser desenvolvida na zona rural;
- Providenciar junto ao setor competente e em tempo hábil a manutenção e reparo da motocicleta do Agente de Saúde quando necessário;
- Providenciar o material necessário ao trabalho do Agente de Saúde;

- Providenciar junto à chefia imediata (Coordenação de Vigilância em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, etc.), a definição da forma e tempo de arquivamento dos documentos do programa, observando a legislação existente, conforme será mencionado adiante;
- Monitorar a digitação dos dados no SISPCDCh, bem como, a transferência do banco de dados à Regional;
- Auxiliar o Digitador na análise dos relatórios para conferência da digitação e correção de possíveis erros, se necessário.

12. FORMULÁRIOS - REGISTRO DAS ATIVIDADES DO PCDCh

Para o registro das atividades realizadas serão utilizados dois formulários de preenchimento diário e alguns de preenchimento esporádico. O preenchimento dos formulários deve ser feito com lápis, de forma completa e legível para facilitar o trabalho de digitação e assegurar a confiabilidade dos dados.

A seguir encontram-se todos os formulários com informações sobre seus objetivos, reprodução, utilização e fluxo, bem como, as orientações de preenchimento e exemplo de cada formulário devidamente preenchido para melhor compreensão de sua utilização.

É oportuno informar que no site da SES/MG, no Portal da Vigilância e Proteção à Saúde, acham-se à disposição dos municípios para reprodução ou cópias os seguintes documentos: matrizes dos formulários, Ficha de Solicitação de Benzonidazol, as Notas Técnicas nº 5 e 7 citadas anteriormente, manuais de RG e Borrifação, cartilha e folheto sobre a doença e o vetor, manual do usuário do SISLOC e SISPCDCh, dentre outros documentos, os quais podem ser acessados da seguinte forma:

- Endereço: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>
- Opção **“Vigilância Ambiental”** no menu à esquerda,
- Janela **“Zoonoses e Vigilância de Fatores de Riscos Biológicos”** no rodapé da página,
- Opção **“Normativos e Referência”**: a pasta amarela **“DOENÇA DE CHAGAS”** contém os documentos citados acima, e,
- Opção **“Sistema de Informação”** que contém os manuais de usuário do SISLOC e SISPCDCh.

12.1. Programação e Relatório Mensal das Atividades de Controle dos Triatomíneos: Vigilância da Doença de Chagas - PCDCh

Esse formulário (Figuras 13.A e 13.B) é utilizado para fazer a programação e o relatório das atividades do mês de trabalho. Assim, ele se caracteriza por englobar, “o que fazer” e “o que foi feito”, num mesmo documento para facilitar a análise e compreensão da dinâmica das atividades de controle dos triatomíneos. Não há necessidade de reproduzi-lo em gráfica, pois, serão necessárias apenas algumas cópias por mês. O Agente de Saúde deve elaborar sua programação sempre ao final do mês, na data em que for programada a permanência no “escritório da equipe de endemias” e deve fazê-la em duas vias, sendo, uma para si e outra para o Coordenador Municipal de Endemias.

Finalizado o mês, essa cópia completamente preenchida, com a programação e o relatório, deve ser repassada novamente ao Coordenador que, após ciência e apreciação, deverá providenciar seu arquivamento.

O formulário no anverso (frente) requer um preenchimento basicamente numérico e é composto de duas partes a saber:

- 1) **“CAMPO 1 - PROGRAMAÇÃO”**: campo em que o Agente de Saúde deverá fazer o registro das atividades programadas.
- 2) **“CAMPO 2 - RELATÓRIO”**: campo em que o Agente de Saúde deverá fazer o registro das atividades realizadas, o relatório.

Nesse formato, à medida em que o Agente de Saúde realizar as atividades, deverá fazer o relatório pertinente a cada uma no final do dia de trabalho. É importante destacar que o registro de cada atividade deverá ser feito na mesma linha em que foi programada de forma que, a atividade “programada e relatada” fiquem espacialmente correlacionadas para facilitar a compreensão do documento.

O verso do formulário também segue a mesma lógica, ou seja, é composto das duas partes: “CAMPO 1 - PROGRAMAÇÃO” e “CAMPO 2 - RELATÓRIO”. O diferencial no verso desse formulário é que o preenchimento é basicamente descritivo (em texto) e o registro do relato de cada atividade deve, **obrigatoriamente**, obedecer unicamente à ordem cronológica de data, se configurando assim, num relatório descritivo diário.

Apresentação do formulário e orientação de preenchimento

Campo 1 - Programação (Anverso)

- **Data**: registrar a data do primeiro dia de trabalho do mês. A programação deve ser sequencial por data.
- **Localidade**: registrar o nome completo da localidade de acordo com o SISLOC.
- **Categoria**: registrar corretamente a categoria da localidade de acordo com o SISLOC, exemplo: faz, Pov, Sit, etc.
- **RG**: registrar o número do RG (Reconhecimento Geográfico) de acordo com o SISLOC.
- **UDs existentes**: registrar o número/quantidade de UD (casa) existente na localidade de acordo com o croqui ou SISLOC.

Obs: Essa coluna, “UDs existentes”, deve ser preenchida somente para as localidades onde for programada a pesquisa ativa (PA). Essa informação visa permitir uma análise entre o número de UD existente, o número programado para pesquisa e o número de UD com pesquisa ativa (PA) realizada. Para as demais atividades essa coluna não deve ser preenchida.

- **UD a pesquisar**: registrar o número de UD onde será realizada pesquisa entomológica, a qual pode se dar em três situações: 1) na pesquisa ativa, 2) na pesquisa para reavaliação de UD positiva e 3) na pesquisa de raio de segurança somente no caso em que essa atividade puder ser programada.

NOTA: A pesquisa em atendimento à notificação não faz parte desse registro por que no formulário há uma coluna específica para tal.

O parâmetro para programar a quantidade diária de UD a ser pesquisada na PA encontra-se na “Planilha de Programação Anual – Parâmetros para Execução da Pesquisa Ativa de Triatomíneos” (item 12.9, Figura 21). Mediante esse parâmetro, o número de dias a serem programados para pesquisa ativa em cada localidade deve ser quantos forem necessários para que o Agente de Saúde possa pesquisar 100% das UD existentes na localidade.

Caso a localidade programada para o dia tenha uma quantidade de UD inferior ao parâmetro, o Agente de Saúde deve programar para o mesmo dia o início do trabalho de pesquisa em outra localidade para completar esse parâmetro, sua carga horária, como também para não acarretar prejuízo no cumprimento de meta do município.

- **Visita a PIT (Posto de Informação de Triatomíneo):** registrar o número de identificação do PIT a ser visitado. O parâmetro para quantidade de PIT a ser visitado ao dia encontra-se na “Planilha de Programação Anual – Parâmetros para Execução da Pesquisa Ativa de Triatomíneos” (item 12.9, Figura 21).
- **Visita a Outro:** registrar o número de visita a ser feita às instituições ou liderança cujo objetivo seja o programa de Chagas, exemplo: Secretaria de Educação, Escola, Professor, Padre, Pastor, Secretaria de Saúde, Unidade de Saúde, Emissora de Rádio, etc.
- **Palestra:** registrar o número de palestra a ser realizada.
- **Reunião:** registrar o número de reunião a ser realizada.
- **Outra atividade:** registrar o número de outra atividade a ser realizada, a qual não esteja especificada, ou seja, que não esteja mencionada no formulário, alguns exemplos são: borrifação, reavaliação de UD, pesquisa de raio (se for programada), visita para orientação à notificação de outros hemípteros (fitófago ou predador), feira de ciências, exposição, dia D e outros eventos de saúde.
- **Atendimento de notificação:** registrar o número de atendimento de notificação **de triatomíneo** a ser realizado. É recomendável que ao atender notificação o Agente de Saúde nunca deixe de levar o material e equipamento para borrifar o domicílio, caso venha a confirmar a presença de triatomíneo em sua pesquisa.
- **Rodapé:** O Agente deve fazer a soma solicitada como total no rodapé da programação.

Campo 1 - Programação (Verso)

Esse é o espaço onde o Agente deve fazer os comentários descritivos e necessários sobre as atividades programadas. Deve registrar a data, a localidade e em comentários descrever a atividade a ser realizada, como por exemplo: citar a sequência numérica de casas onde será feita a pesquisa ativa (PA nas UDs de 1 a 11, PA nas UDs de 12 a 23, etc.); citar o objetivo da visita aos PITs; objetivo da visita às instituição e/ou liderança; local, horário, público e assunto da palestra ou reunião; no caso de “outra atividade” o Agente de Saúde deve registrar o nome dessa “outra atividade” e se for o caso citar o local, horário, público e assunto da atividade; registrar o número da UD e nome do morador onde for programado o atendimento de notificação ou reavaliação de UD, etc.

Campo 2 – Relatório (Anverso)

Nesse campo deve ser feito o relato numérico do trabalho realizado. É pertinente lembrar que, **o registro do relato de cada atividade realizada deve ser feito na mesma linha em que foi programada** mesmo que as datas sejam diferentes, isto é, mesmo que a atividade tenha sido realizada em data diferente daquela em que foi programada. Preenchimento:

- **Data:** registrar a data em que a atividade foi realizada.
- **Bloco “Pesquisa entomológica de UD”:** a) Negativa: registrar o número de UD em que a pesquisa foi negativa para presença de triatomíneo; b) Positiva: registrar o número de UD em que a pesquisa foi positiva, isto é, o Agente de Saúde encontrou pelo menos um exemplar de triatomíneo; c) Pendente (fechada + recusada): registrar o número de UD em que a pesquisa não foi realizada por que estava fechada ou foi recusada pelo morador; c) Demolido: registrar o número de UD que foi demolido.

Nesse bloco devem ser registrados os dados das seguintes atividades: pesquisa ativa, pesquisa de triatomíneo para reavaliação de UDs positivas e pesquisa de triatomíneo de UDs em raio de segurança. É importante mencionar que, apenas a pesquisa em UD para atendimento de notificação não é registrada nessa coluna, pois, há uma coluna específica para isso.

CAMPO 1 - PROGRAMAÇÃO			CAMPO 2 - RELATÓRIO		
DATA	LOCALIDADE	COMENTÁRIOS	DATA	LOCALIDADE	COMENTÁRIOS
14/02	Santana	Realizar palestra na E.E.Joaquim Tavares para 5ª e 6ª ano, às 7hs, sobre vetor, Chagas, vigilância do domicílio e divulgar os PITs.	14/02	Santana	Nas duas palestras foi falado sobre a doença, ciclo de vida e hábitos do vetor, divulgado os PITs e discutido sobre a vigilância ao aparecimento do vetor e sua notificação. Os alunos se mostraram interessados, fizeram muitas perguntas e pediram ajuda para montarem um stand sobre Chagas para a feira de ciências que será no 2º semestre.
14/02	Paivas	Atender notif. Triatomíneo da UD 7 do Sr. Geraldo Silva Neto	14/02	Paivas	A pesquisa de atendimento de notificação foi positiva p/triatomíneo no galinheiro. Fiz a borrição e orientei o morador sobre os cuidados a serem tomados após borrição, sobre a doença, a vigilância ao vetor, divulguei os PITs, avisei que a UD será reavaliada após 6 meses. Fiz a pesquisa em 2 UDs situadas no raio de 500 metros, todas negativas p/triatomíneo.
15/02	Moinhos	Realizar PA nas UDs de 1 a 12	15/02	—	Dia não trabalhado, atestado médico.
16/02	Freitas	Realizar PA nas UDs de 1 a 8	16/02	Moinhos	PA c/ 7 UDs negativas, 5 fechadas e 1 demolida. Repassei orientações s/o vetor, divulguei PITs.
16/02	Brumadinho	Fazer pesquisa de reavaliação da UD 8 positiva no peri em set/2016.	17/02	Freitas	PA c/3 UDs negativas, 1 positiva no canil e 5 fechadas. Orientei sobre a doença, vetor e os PITs.
17/02	Capoeira	Realizar PA nas UDs de 1 a 10	17/02	Brumadinho	A pesquisa na casa 8 foi negativa e a reavaliação encerrada.
20/02	Capoeira	Realizar PA nas UDs de 11 a 19	20/02	Capoeira	PA c/ 6 UDs negativas, 3 fechadas e 1 demolida. Orientei sobre o vetor, a doença e os PITs.
21/02	Córrego Funil	Realizar PA nas UDs de 1 a 12	21/02	Capoeira	PA c/ 5 UDs negativas, 1 positiva na sala e 5 fechadas. Orientei sobre o vetor, doença e os PITs.
22/02	Matão	Realizar PA nas UDs de 1 a 11	22/02	Capoeira	Fiz a borrição das 2 UDs (positivas na sala e no canil) e orientei o morador sobre: cuidados a serem tomados após a borrição, a vigilância e hábitos do vetor, divulguei os PITs e avisei que a UD será novamente pesquisada para reavaliação no final do mês de agosto.
23/02	Boa Vista	Visita a PIT para verificar existência de notificação, reabastecer de material, repassar as orientações necessárias e informar sobre o andamento do trabalho.	22/02	Freitas	Não houve notificação, reabasteci a caixinha de caderno de visita ao PIT. O cv estava em viagem, informei ao substituto sobre os últimos resultados da PA.
23/02	Cachoeira		23/02	Boa Vista	Houve uma notificação de triatomíneo encontrado na cozinha da casa 3 da localidade de Jaú-Faz. Esclareci algumas dúvidas e informei sobre o vetor e os últimos resultados da PA.
23/02	Paulista		23/02	Cachoeira	O CV e sua família estavam viajando por motivo de falecimento de um familiar, PIT fechado.
24/02	Cidade/Centro	Dia de escritório de endemias, reunião com o Coordenador.	23/02	Paulista	Houve notificação de predador encontrado na sala da casa 123, bairro Floresta. O CV disse que o morador está muito preocupado por que o filho foi picado pelo inseto. Reabasteci o PIT com recipiente para triatomíneo e informei sobre a PA.
			24/02	Cidade/Centro	Informei ao morador da casa 123 que o predador não é vetor da doença, que a picada dele causa apenas dor, mas, não transmite nenhuma doença. Repassei orientações s/ a doença, vetor, incentivei a participação e divulguei os PITs.
			24/02	Floresta	Fiz o atendimento de notificação da casa 3 cuja pesquisa foi negativa. Orientei s/ a vigilância e hábitos do vetor e divulguei os PITs.
			24/02	Jaú	Abasteci a motocicleta e a deixei na garagem municipal para ser lavada e lubrificada. Fiz a programação p/ o mês de março e o resumo da pesquisa. Em reunião com o coordenador repassei o relatório, programação e todo o material a ser enviado a regional de saúde.

Figura 13.B - Verso do formulário, no qual o Agente de Saúde deverá programar e relatar mensalmente suas atividades.

- **Visita a PIT:** registrar com o algarismo “1” (um) a confirmação da visita ao PIT.
- **Visita a Outro:** registrar o número de visita feita às instituições ou liderança.
- **Palestra:** registrar o número de palestra realizada.
- **Reunião:** registrar o número de reunião realizada.
- **Outra atividade:** especificar: registrar o nome da atividade, por exemplo: borrifação, reavaliação de UD positiva, pesquisa de raio, visita de orientação notif./predador ou fitófago, feira de ciências, saúde na praça, etc.
- **Bloco “População atingida”:** a) aluno: registrar o número de alunos que participaram da atividade; b) professor: registrar o número de professores que participaram da atividade; c) comunidade: registrar o número de pessoas da comunidade que participaram da atividade.
- **Bloco “Notificação recebida”:** a) triatomíneo: registrar o número de notificação de triatomíneo recebida durante as visitas aos PIT; b) fitófago/predador: registrar o número de notificação de fitófago ou predador recebida durante as visitas aos PIT.
- **Bloco “Notificação atendida”:** a) UD positiva (triatomíneo): registrar o número de UD positiva para presença de triatomíneo no atendimento da notificação; b) UD negativa: registrar o número de UD negativa para presença de triatomíneo no atendimento da notificação.
- **Consumo de desalojante (Carga):** registrar o número de carga de desalojante utilizado para auxiliar a pesquisa de triatomíneo.
- **Bloco “Borrifação”:** a) UD: registrar o número de UD borrifada; b) Inseticida-Carga: registrar o número de carga do inseticida gasto com a borrifação da(s) UD(s).
- **Rodapé:** Fazer a soma solicitada como total no rodapé da programação.

Campo 2 – Relatório (Verso)

Nesse espaço o Agente de Saúde fará o relato descritivo sobre cada atividade realizada, porém, sem a necessidade de ser na mesma linha em que foi programada, todavia, **obrigatoriamente esse relato deve ser registrado por ordem cronológica de data.**

Assim, o Agente deverá fazer os comentários necessários e resumidos sobre as atividades realizadas, como por exemplo: PA com 3 UDs negativas, 4 fechadas e 1 positiva no canil; reavaliação de UD encerrada com pesquisa negativa; pesquisa de raio em 3 UDs, sendo todas negativas para triatomíneo. Também deverá fazer comentários sobre as visitas aos PITs; sobre o resultado da visita às instituições e lideranças (outro); registrar os fatos relevantes da palestra, reunião e de outra atividade; comentar sobre o atendimento da notificação: se houve confirmação da presença de triatomíneo, local de captura, etc.; fazer comentários sobre a borrifação; sobre a visita para orientação à notificação de outros hemípteros, dentre outros.

Deverá ser registrado também a data ou período e razões pelas quais o Agente de Saúde não cumpriu a programação, por exemplo: de 09 a 13/01 afastado do programa para realizar outra atividade por ordem do diretor do setor de zoonoses (citar nome ou cargo do superior); 16 e 17/01 motocicleta com defeito mecânico; 26/01 licença médica, etc. Essas informações são importantes, pois, explicam a não produção ou dia não trabalhado do Agente de Saúde, já que o documento é um relatório diário.

Alteração de programação (Anverso)

A necessidade de alteração de uma programação sempre existe, todavia, para isso é necessário observar algumas regras para que a compreensão da programação e do relatório seja clara a todos os envolvidos. Exemplos de alterações e regras:

1- Dia não trabalhado, por exemplo: licença médica em 15/02: no dia 16/02 o Agen-

te de Saúde deverá dar continuidade à programação normalmente, ou seja, continuar de onde parou. Nesse caso, a localidade programada para 15/02 será trabalhada em 16/02, essa é a conduta a ser adotada para um ou vários dias em que a programação de trabalho não for realizada.

2- Programação mensal não iniciada pelo Agente de Saúde na data programada, por exemplo: motocicleta com defeito mecânico nos três primeiros dias da programação mensal: O Agente de Saúde deverá iniciar o trabalho no quarto dia, porém, na primeira localidade programada e, após, continuar a sequência de atividades programadas normalmente. O registro numérico das atividades realizadas no “Campo 2 - Relatório” (desse anverso) deverá ser feito na mesma linha em que foi programada, porém, na data em que realmente foi realizada.

3- Atividade programada e não realizada: partindo do exemplo anterior toda a programação será “empurrada” à frente em três dias e ao findar o mês certamente algumas atividades programadas não serão realizadas. Diante disso, nesse anverso do formulário no “Campo 2 - Relatório” o Agente de Saúde deverá passar um traço horizontal em vermelho, no meio e em toda a extensão da linha da atividade não realizada, anulando-a. Esse traço vermelho significa “programação não cumprida” e, nesse caso, as atividades não realizadas deverão ser reprogramadas para os primeiros dias do mês subsequente. É importante mencionar que esse procedimento só deverá ser feito por ocasião do encerramento mensal do trabalho, no dia de permanência no “escritório de endemias”, visando evitar erros e rasuras no documento.

4- Atividade realizada e não programada: pode ocorrer a necessidade de realizar alguma atividade não programada, por exemplo: borrifacão de UD positiva para triatomíneo na PA e pesquisa de UDs no raio de segurança, ambas imprevisíveis e por isso, na grande maioria das vezes, não programadas. Outros exemplos são: realização de uma palestra não programada, atendimento de notificação, dentre outras.

Diante disso, para registrar a atividade realizada e não programada, o Agente de Saúde deverá passar um traço horizontal em vermelho, em toda a extensão do anverso desse formulário e logo abaixo da última linha de atividade programada. Feito isso, na primeira linha após esse traço, o Agente de Saúde deverá fazer o registro da atividade nos “Campo 1 – Programação e Campo 2 – Relatório” normalmente. Esse traço em toda a extensão do formulário significa que abaixo dele está registrada toda atividade que não estava programada e foi realizada.

NOTA: A borrifacão de UD positiva para triatomíneo na PA e a pesquisa de triatomíneo de UDs no raio de segurança só serão programadas caso não haja tempo para o Agente de Saúde realizá-las dentro do mês em curso, sendo assim, essas atividades deverão ser programadas para os primeiros dias do mês seguinte.

Alteração de programação (Verso)

A dinâmica do **verso** do formulário é bastante simples em seus dois campos, uma vez que, mesmo em situações de alteração de programação não há necessidade de acrescentar nem modificar nenhum registro no “Campo 1 – Programação”. Ainda, o registro dos comentários sobre as atividades realizadas no “Campo 2 – Relatório”, deverá ser feito normalmente e por ordem cronológica de data.

Recordando, o Agente de Saúde deverá registrar os dias e razões pelas quais deixou de realizar sua programação, pois, o formulário é um documento e também um relatório.

Visando proporcionar melhor compreensão sobre a dinâmica do formulário foi utilizada parte de uma programação, para exemplificar a forma de registrar as atividades programadas, realizadas e as alterações, a qual se encontra nas Figuras 13.A e 13.B.

12.2. Relação de PITs

Essa relação (Figura 14) é elaborada com os dados dos PITs, do Colaborador Voluntário e do Substituto, o qual deve ser uma pessoa que na ausência do Colaborador, possa atender o Agente de Saúde por ocasião da visita ao PIT. Essa relação é utilizada pelo Agente de Saúde e Digitador apenas para consulta durante a rotina do trabalho, portanto, não é necessário reproduzi-la, bastam apenas duas cópias. Durante as visitas o Agente de Saúde sempre deve checar os dados dos PITs, caso haja qualquer alteração deve providenciar junto ao Digitador a atualização do cadastro no SISPCDCh e desta relação. Também é necessário que uma cópia digitalizada dessa relação de PITs seja enviada à Referência Técnica do SISPCDCh da Regional de Saúde.

É muito importante que a data da implantação da vigilância no município registrada nessa relação, não seja perdida e não sofra nenhuma alteração.

Conforme exemplo abaixo, o preenchimento da lista é bastante simples:

1- Cabeçalho: registrar a data de implantação da vigilância, nome e código do IBGE do município.

2- Nº do PIT: : Essa numeração pode ser feita por município ou então por Regional de Saúde no caso de decisão técnica pela manutenção da numeração original (quando houver), visando preservar dados entomológicos existentes. Nessa numeração de PIT o primeiro e segundo numeral identificava o Distrito e Sub-Distrito da SUCAM/FUNASA/MG e os demais indicavam o número do PIT.

3- Localidade: o nome da localidade onde o PIT está instalado.

4- CAT/RG: registrar a categoria e nº do RG de acordo com o croqui.

5- Colaborador Voluntário/CV: registrar o nome completo e apelido se houver.

6- Profissão/endereço: registrar a profissão e endereço do Colaborador.

7- Substituto: registrar o nome do substituo do Colaborador.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE							
Data de implantação da vigilância: <u>NOVEMBRO/91</u>							
Município: <u>PARAÍSO</u>				Código do IBGE: <u>3100001</u>			
RELAÇÃO DE PITs							
Nº DO PIT	LOCALIDADE	CAT	RG	COLABORADOR VOLUNTÁRIO	PROFISSÃO	ENDEREÇO	SUBSTITUTO
9114	Boa Vista	Pov	23	João Teodoro Maia	Comerciante	SMS18	Vera Maia
9115	Cachoeira	Pov	28	Márcia Pereira	Professora	Escola SMS 9	Lúcia Paiva
9116	Paulista	Faz	2	Maura Ricardina	Do lar	SMS 11	Petrônio R. Soares
9117	Cidade	Cid	12	Patrícia Gomes	Enfermeira	Policlínica SMS 96	Kátia Souza

Figura 14. Relação de PITs com os dados de identificação dos PITs

12.3. Ficha de Notificação

Esse é o formulário do Colaborador Voluntário (CV) do PIT (Figura 15), o qual é utilizado para registrar as notificações de triatomíneos, fitófagos ou predadores. Não há necessidade de reproduzi-lo em gráfica, bastam cerca de cinco cópias para cada caixinha de PIT e à medida que forem sendo utilizados deverão ser reabastecidos por ocasião das visitas do Agente de Saúde.

Essa ficha é composta de duas partes: a primeira parte (P1) é preenchida pelo CV e guardada dentro da caixa do PIT, a segunda parte (P2) é preenchida pelo Agente de Saúde que a utilizará para preencher o “Diário de Pesquisa e Borrifação” (item 12.4 Figura 16) para “oficializar” o registro da notificação, uma vez que esse é o formulário que alimenta o SISPCDCh. Posteriormente essa ficha de notificação deverá ser arquivada junto aos demais documentos do programa.

Preenchimento

P1 - Parte – Preenchida pelo colaborador voluntário

- **Número da Notificação:** Registrar o número da notificação utilizando três dígitos e começando do número “001”. Cada notificação de cada PIT, seja ela de triatomíneo, fitófago ou predador deve ser numerada, em ordem sequencial e ao findar o ano essa numeração é encerrada e a primeira notificação do ano seguinte será a número 001 novamente. Portanto, a numeração da notificação é feita **por PIT**, assim, a primeira notificação que todo PIT receber será a notificação número 001. Cabe ao Agente de Saúde a constante verificação para que esta numeração em cada PIT seja feita corretamente.

- **Nº e localidade do PIT:** Registrar o número do PIT, o mesmo pelo qual é cadastrado no SISPCDCh e que consta na Lista de PIT. Registrar também o nome da localidade, cate-



P1-	P2-
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE "FICHA DE NOTIFICAÇÃO" - PIT	 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE "FICHA DE NOTIFICAÇÃO" - PIT
Número da notificação: <input type="text" value="006"/>	Número da notificação: <input type="text" value="006"/>
Nº e localidade do PIT: <input type="text" value="9.115 - CACHOEIRA-POV/ 28"/>	Nº e localidade do PIT: <input type="text" value="9.115 - CACHOEIRA-POV/ 28"/>
Localidade da notificação: <input type="text" value="JAÚ"/>	Localidade da notificação/RG/CAT: <input type="text" value="JAÚ Faz/32"/>
Município: <input type="text" value="PARAÍSO"/>	Município: <input type="text" value="PARAÍSO"/>
Nome do morador: <input type="text" value="MÁRIO JOSÉ DE SOUZA"/>	Nome do morador: <input type="text" value="MÁRIO JOSÉ DE SOUZA"/>
Número da casa da notificação: <input type="text" value="3"/>	Número da casa da notificação: <input type="text" value="3"/>
Local de captura: <input type="text" value="COZINHA"/>	Local de captura: INTRA <input checked="" type="checkbox"/> <input type="text" value="COZINHA"/> PERI <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Recebido p/colaborador em: <input type="text" value="18 / 02 / 2017"/>	Recebido p/ Agente em: <input type="text" value="23 / 02 / 2017"/>

Figura 15. Ficha de notificação. Formulário utilizado para registrar informações sobre a notificação feita pelo morador.

goria e RG onde o PIT está situado de acordo com o SISLOC. Para evitar erros o Agente de Saúde pode deixar esse campo já preenchido para o Colaborador.

- **Localidade da Notificação:** registrar o nome completo da localidade de onde partiu a notificação do inseto, lembrando que muitas vezes pode não ser a mesma do PIT, uma vez que o PIT pode receber notificações de diversas localidades.
- **Município:** Registrar o nome do município.
- **Nome do Morador:** registrar o nome completo do morador responsável pela notificação.
- **Número da casa da notificação:** registrar o número da casa atribuído pela SMS (Secretaria Municipal de Saúde) e de acordo com o croqui da localidade, o qual deverá ser informado pelo morador responsável pela notificação.
- **Local de captura:** registrar o local onde o morador encontrou o inseto.
- **Recebido p/colaborador em:** registrar a data em que o Colaborador recebeu a notificação do morador.
- **Recebido p/Agente em:** registrar a data em que o Agente de Saúde recebeu a notificação do Colaborador Voluntário do PIT.

P2 - Parte 2 – Preenchida pelo Agente de Saúde de Chagas

- **Nº da notificação e Nº do PIT, localidade, CAT/RG:** o preenchimento é o mesmo da Parte 1.
- **Localidade da notificação/CAT/RG:** Registrar o nome da localidade de onde partiu a notificação do morador, a categoria (Faz, Pov, Sit, etc.) e o número do RG de acordo com o SISLOC.
- **Município, Nome do morador e Nº da casa da notificação:** é o mesmo preenchimento da Parte 1.
- **Local de captura:** marcar a opção INTRA ou PERI de acordo com o local de captura do inseto e registrar: cozinha, sala, quarto, varanda, despensa, galinheiro, chiqueiro, paiol, monte de lenha, tulha e outros, conforme o local de achado do inseto.
- **Recebido p/Agente em:** registrar a data em que a notificação foi recebida pelo Agente de Saúde.

12.4. Diário de Pesquisa e Borrifação

Esse formulário (Figura 16) é utilizado pelo Agente de Saúde na rotina das ações de controle dos triatomíneos para registrar as seguintes atividades: visita ao PIT com ou sem notificação, atendimento de notificação, pesquisa de triatomíneo (seja na PA, na reavaliação de UD positiva ou na pesquisa de raio) e borrifação. É utilizado também para casa fechada e recusada na pesquisa ativa ou na borrifação, bem como, para casa demolida na atualização do RG. Esse é também o formulário que alimentará o banco de dados do sistema de informação do município, o SISPCDCh.

A reprodução desse formulário em gráfica é necessária já que é utilizado para cada domicílio visitado, diante disso, recomenda-se a reprodução de cerca de 3.000 (três mil) formulários que serão suficientes para uma média de dois anos de trabalho, porém, em municípios onde houver dois Agentes de Saúde esse quantitativo será suficiente apenas para um ano de trabalho.

Obrigatoriamente esse formulário é preenchido pelo Agente de Saúde, em campo e logo após a realização da atividade. Deve ser preenchido com lápis e em apenas uma via para cada domicílio/atividade. Finalizado o mês de trabalho o Agente de Saúde deve organizar e encaminhar todos os formulários ao Coordenador de Endemias para conferência e repasse ao Digitador, que após digitar todos os formulários no SISPCDCh e fazer a devida conferência deve providenciar seu arquivamento.

Encontra-se abaixo uma primeira apresentação e orientações de preenchimento de cada campo do formulário para melhor compreensão das informações solicitadas.

Localização da Unidade Domiciliar

- **Data da atividade:** registrar a data da realização da atividade
- **Código do Município:** Registrar o código do IBGE do município.
- **Nome do município:** registrar o nome do município.
- **Atividade:** Marcar o quadradinho correspondente à(s) atividade(s) realizada(s).

Obs: Todos os campos do formulário apresentados por opções em quadradinho, o Agente de Saúde deverá marcar com X ou com total preenchimento do quadradinho correspondente à opção cabível.

- **Código da Localidade:** registrar o número de RG da localidade.
- **Nome da localidade:** registrar o nome e categoria da localidade, exemplo: Cachoeira-Faz; Boa Vista-Pov; Matinha-Sit.
- **Nº da casa:** registrar o número da casa atribuído pelo croqui/RG da localidade.
- **Compl.:** registrar o complemento se houver. Por exemplo: casa nº 15 C2, o “Complemento” é o número 2 e o número da casa é 15. Portanto, não é necessário registrar a letra “C”, pois, essa indica a palavra “Complemento”, a qual já consta no formulário.
- **Pendência da Pesquisa:** se o morador não permitir a realização da pesquisa o Agente de Saúde deverá marcar a opção “1-Recusa”; se o domicílio se encontrar fechado, marcar a opção “2-Casa fechada”.
- **Pendência da borrifação:** se o morador não permitir a realização da borrifação o Agente

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Municipal de Saúde

DIÁRIO DE PESQUISA
E BORRIFAÇÃO



A		1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade ____/____/____			
Cód. do Município		Nome do Município			Atividade			
Cód. Localidade		Nome da Localidade			<input type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifação <input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação			
Nº da Casa	Compl.	Pendência de Pesquisa			Pendência da Borrifação			
		<input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada			<input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada			
Nome do Morador				Nº de Habit.	Nº de Anexos			
2- Dados da Pesquisa e Borrifação								
Tipo de Parede								
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros								
Tipo de Teto				Situação das Casas				
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros				<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida				
Intradomicílio				Peridomicílio				
Captura	Vestígios	Local de Captura		Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura	
<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Sala	<input type="checkbox"/> Cozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Galinheiro	<input type="checkbox"/> Paiol
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Chiqueiro	<input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas		Tipo de Inseticida			Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Agente Saúde		Assinatura do Agente de Saúde				
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe				ETIQUETA			

Figura 16. Diário de pesquisa e borrifação. Formulário utilizado pelo Agente de Saúde para registrar todas as atividades de rotina do controle dos triatomíneos.

de Saúde deverá marcar a opção “1-Recusa”. Se estiver fechada deverá voltar em outra data para realizar a atividade. Diante disso, a pendência de borrifação só existirá por recusa do morador.

- **Nome do morador:** registrar o nome do morador, de preferência o responsável pela família/domicílio.
- **Nº de Habit.:** registrar o número de habitantes do domicílio.
- **Nº de Anexos:** registrar o número de anexos existentes no domicílio (exemplo de anexos: galinheiro, chiqueiro, paiol, canil, casa de máquinas, etc.).

Dados da Pesquisa e Borrifação

- **Tipo de Parede:** marcar a opção correspondente ao tipo de parede vista do interior da casa.
- **Tipo de Teto:** marcar a opção correspondente ao tipo de teto visto do interior da casa.
- **Situação da casa:** marcar a opção “1-Nova” se a casa for nova, ou seja, se for recém-construída e ainda não constar no croqui da localidade. Se a casa tiver sido demolida, ou seja, estiver sem cobertura e com paredes caídas, marcar a opção “2-Demolida”.

Intradomicílio: todos os campos abaixo, referentes ao intra, só serão preenchidos caso o inseto tenha sido encontrado em qualquer local do intradomicílio.

- **Captura:** se o inseto encontrado no domicílio pelo Agente de Saúde ou pelo morador for triatomíneo marcar a opção “Triatomíneo”, se for outro hemíptero marcar a opção “Outros”.
- **Vestígios:** Os vestígios de triatomíneos são ovos e também as fezes e exúvias(cascas) que, no formulário, são classificados como “Outros”. Se durante a pesquisa o Agente de Saúde encontrar vestígios recentes deverá marcar a opção correspondente. É importante frisar que uma UD não pode ser borrifada apenas com o encontro de vestígios.
- **Local de captura:** marcar a opção correspondente: “Sala, Cozinha, Quarto ou Outros (despensa, banheiro, varanda, garagem, etc.)”.
- **Utilizando:** “Bio-Sensor”; é um tipo de dispositivo que pode ser químico ou não, utilizado para detecção da presença de triatomíneo. Esse recurso não é utilizado na rotina de trabalho, portanto, esse campo só será marcado se houver algum estudo/pesquisa com utilização desse dispositivo e o Agente de Saúde for orientado para tal.

Peridomicílio: todos os campos abaixo, referentes ao peri, só serão preenchidos caso o inseto tenha sido encontrado em qualquer local do peridomicílio.

- **Captura:** se o inseto for encontrado no peridomicílio pelo Agente de Saúde ou pelo morador for o triatomíneo marcar a opção “Triatomíneo”, se for outro hemíptero marcar a opção “Outros”.
- **Vestígios:** são ovos e também as fezes e exúvias(cascas) que, no formulário, são classificados como “Outros”. O Agente de Saúde deverá marcar a opção correspondente no caso de encontrar vestígios recentes. Novamente é importante mencionar que uma UD não pode ser borrifada apenas com o encontro de vestígios.
- **Local de captura:** marcar a opção correspondente: “Galinheiro, Paiol, Chiqueiro e Outros”. São considerados “Outros”: estábulo, tulha, canil, casa de máquinas, etc. Os montes de lenha, tijolos, telhas ou madeiras, etc., só serão considerados anexos e classificados como “Outros” se forem positivos para presença de triatomíneo.
- **Tipo de desalojante:** registrar o nome do desalojante, caso seja utilizado.

- **Nº de cargas:** registrar o número de carga de desalojante utilizada.

Obs: Uma carga é suficiente para auxiliar a pesquisa em mais de uma UD. Diante disso, a carga só será registrada apenas no formulário da última UD na qual for consumida todo o restante da carga. Nas demais UDs onde a carga também for utilizada o Agente de Saúde deve apenas registrar o nome do produto no campo “desalojante” e anular o campo “carga” por meio de hífen (sinal gráfico) e nesse caso, esse dado não deverá ser digitado no SISPCDCh.

- **Tipo de inseticida:** registrar o nome do inseticida utilizado.
- **Nº de cargas:** registrar o número de carga de inseticida utilizada.
- **Nº do PIT:** registrar o número do PIT, o mesmo que consta na lista e PIT e no cadastro do SISPCDCh.
- **Nº da Notif. p/PIT:** registrar o número da notificação recebida pelo PIT. Conforme explicado na “Ficha de Notificação” (item 12.3, Figura 15), essa numeração é feita por PIT, de forma sequencial e controlada pelo Agente de Saúde.
- **Mat. Ag. Saúde:** registrar a matrícula do Agente de Saúde. Para que os dados deste formulário possam ser digitados no sistema de informação, SISPCDCh, é necessário que o Agente de Saúde seja cadastrado neste sistema por meio de um número composto de 7 dígitos, geralmente a identidade, o qual é chamado de matrícula.
- **Assinatura do Agente de Saúde:** o Agente deve assinar nesse campo.
- **Etiqueta:** colar nesse campo a etiqueta NUMERADA para relacionar o formulário com o recipiente de triatomíneo, os quais devem ter, OBRIGATORIAMENTE, o mesmo número de etiqueta. Entretanto, na etiqueta do recipiente deve ser acrescentada a letra “I” ou “P” para identificar o local de captura do inseto. Informações mais detalhadas sobre numeração de etiqueta encontram-se no item: 7.6 “Acondicionamento de triatomíneo e envio ao laboratório”.

Exemplo:

Etiquetas para os formulários:

3100001
000003

3100001
000004

Etiquetas para os recipientes: Intra (I) - Peri (P)

3100001
000003 (I)

3100001
000004 (P)

Indispensável lembrar que a etiqueta é utilizada apenas para TRIATOMÍNEO, o transmissor da doença de Chagas, seja ele encontrado na pesquisa do domicílio feita pelo Agente de Saúde ou na notificação feita pelo morador. Portanto, não se usa etiqueta para outros hemípteros - o fitófago ou predador - pois, o Agente de Saúde é capacitado para identificá-los e isso dispensa o envio dos mesmos ao laboratório para identificação, entretanto, em caso de dúvida essa solução deve ser buscada.

- **Data do visto e Visto do Chefe/Coordenador de Equipe:** o Coordenador Municipal do programa deve avaliar os formulários, providenciar o preenchimento completo e a corre-

ção de erro caso haja, dar o visto e encaminha-los para digitação.

concluída a apresentação geral do formulário, a partir daqui encontram-se exemplos de seu preenchimento em cada situação de acordo com a metodologia de controle dos triatomíneos.

12.4.1. Vigilância Passiva

a) Visita ao PIT sem notificação

Caso na visita ao PIT/Colaborador Voluntário o Agente de Saúde constatar a inexistência de notificação de hemíptero (triatomíneo, fitófago ou predador), o formulário (Figura 16.VP.a) deverá ser preenchido da seguinte forma: registrar a data, código IBGE do município, nome do município, marcar a atividade “3- Visita ao PIT s/Notific.”, registrar o código/RG e nome da localidade, nº da casa/compl., nome do morador, nº do PIT, matrícula e nome do Agente de Saúde. Os demais campos não devem ser preenchidos. É importante lembrar que na atividade de visita ao PIT sem notificação, o formulário deve ser sempre preenchido com os dados do **COLABORADOR do PIT**.


MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde			DIARIO DE PESQUISA E BORRIFACAO				
A 1- Localização da Unidade Domiciliar				Data da Atividade <u>23 / 02 / 17</u>			
Cód. do Município 3100001		Nome do Município PARAÍSO		Atividade			
Cód. Localidade 23		Nome da Localidade BOA VISTA-Pov		<input type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifação <input checked="" type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação			
Nº da Casa 18	Compl.	Pendência de Pesquisa		Pendência da Borrifação			
		<input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		<input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada			
Nome do Morador JOÃO TEODORO MAIA						Nº de Habit.	Nº de Anexos
2- Dados da Pesquisa e Borrifação							
Tipo de Parede							
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros							
Tipo de Teto						Situação das Casas	
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros						<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida	
Intradomicílio				Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura		Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Sala	<input type="checkbox"/> Cozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bio-Sensob	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas		Tipo de Inseticida		Nº de Cargas	
Nº do PIT 9114	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde 1212121		Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES			
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe			ETIQUETA			

Figura 16.VP.a - Visita Ao PIT sem Notificação

b) Visita ao PIT com notificação de triatomíneo no intra

Se durante a visita ao PIT/Colaborador Voluntário o Agente de Saúde constatar a existência de notificação de triatomíneo, o formulário (Figura 16.VP.b) deverá ser preenchido da seguinte forma: registrar a data, código IBGE, nome do município, marcar a atividade “4- Visita ao PIT c/Notific.”, registrar o código/RG e nome da localidade, nº da casa/Compl., nome do morador que fez a notificação, no campo “Intradomicílio/Captura”: marcar a opção

“Triatomíneo”, registrar o local de captura, nº do PIT e nº notif. p/PIT. Registrar também a matrícula, nome do Agente de Saúde e colar a etiqueta devidamente numerada. Os demais campos não são preenchidos para essa atividade.

Caso o encontro de triatomíneo seja no peridomicílio deverá marcar no campo “Captura” a opção “Triatomíneo” e registrar o local de captura.

É importante lembrar que no caso de notificação de qualquer hemíptero, o formulário é sempre preenchido com os dados do **MORADOR que fez a notificação ao PIT.**


MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde		DIARIO DE PESQUISA E BORRIFACAO			
A 1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade <u>23/02/17</u>		
Cód. do Município 310001	Nome do Município PARAÍSO		Atividade <input type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifacão <input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input checked="" type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação		
Cód. Localidade 32	Nome da Localidade JAÚ- Faz		Pendência da Borrifacão <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada		
Nº da Casa 3	Compl.	Pendência de Pesquisa <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		Pendência da Borrifacão <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada	
Nome do Morador MÁRIO JOSÉ DE SOUZA			Nº de Habit.	Nº de Anexos	
2- Dados da Pesquisa e Borrifacão					
Tipo de Parede					
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros					
Tipo de Teto				Situação das Casas	
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros				<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida	
Intradomicílio			Peridomicílio		
Captura	Vestígios	Local de Captura		Utilizando	Captura
<input checked="" type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Quarto	<input checked="" type="checkbox"/> Cozinha <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros
		<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Chiqueiro			<input type="checkbox"/> Paiol <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida		Nº de Cargas
Nº do PIT 9115	Nº Notif. p/PIT 003	Matric. Ag. Saúde 1212121	Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES		
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe		310001 00006		

Figura 16.VP.b- Visita ao PIT com notificação de triatomíneo no intra

Nota: esse PIT teve duas notificações no mês anterior, sendo essa a de número 3.

c) Visita ao PIT c/notificação de outro hemíptero no intra

Para toda notificação de outros hemíptero, isto é, o fitófago ou predador, o formulário (Figura 16VP.c) também deverá ser preenchido do seguinte modo: registrar a data, código IBGE, nome do município, marcar a atividade “4- Visita ao PIT c/Notific.”, registrar o código/RG e nome da localidade, nº da casa/compl., nome do morador que fez a notificação, no campo “Intradomicílio/Captura”: marcar a opção “Outros” e registrar o local de captura, nº do PIT e nº notif. p/PIT. Registrar também a matrícula e nome do Agente de Saúde, os demais campos ficam sem preenchimento.

No caso em que o morador encontrar o inseto fora de casa deverá ser marcado no campo peridomicílio/captura a opção “Outros” e registrado o local de captura.

Merece mencionar que, se durante a visita ao PIT o Agente de Saúde encontrar mais de uma notificação de qualquer hemíptero proveniente de domicílios diferentes, deverá ser preenchido um formulário para a notificação de cada domicílio.

É conveniente recordar que em relação à notificação de outros hemípteros (fitófago ou predador), o “atendimento” se faz por meio de visita domiciliar ao morador responsável pela

notificação para informar que o inseto não se trata do vetor e repassar outras informações e orientações pertinentes. Deve ser lembrado ainda que nesse caso o formulário “Diário de Pesquisa e Borrifação” (acima) não deverá ser preenchido, porém, o Agente de Saúde deverá programar e/ou relatar essa visita no formulário “Programação e Relatório Mensal das Atividades de Controle dos triatomíneos: Vigilância da Doença de Chagas - PCDCCh” (item 12.1 Figuras 13A e 13B).


MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde		DIARIO DE PESQUISA E BORRIFACAO				
A 1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade <u>23</u> / <u>02</u> / <u>17</u>			
Cód. do Município	Nome do Município		Atividade			
3100001	PARAÍSO		<input type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifação <input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input checked="" type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação			
Cód. Localidade	Nome da Localidade		Pendência da Borrifação			
11	FLORESTA- Bair		<input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada			
Nº da Casa	Compl.	Pendência de Pesquisa				
123		<input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada				
Nome do Morador			Nº de Habit.	Nº de Anexos		
FABIANO ARAUJO LIMA						
+ 2- Dados da Pesquisa e Borrifação						
Tipo de Parede						
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros						
Tipo de Teto				Situação das Casas		
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros				<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida		
Intradomicílio			Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura	Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input checked="" type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol
<input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida		Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde			
9117	005	1212121	CARLOS ALVES			
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe			ETIQUETA		

Figura 16.VP.c - Visita ao PIT/notificação de outro hemíptero no intra

Nota: esse PIT teve quatro notificações no mês anterior, sendo essa a de número 5

d) Atendimento de notificação com pesquisa negativa

Se a pesquisa em atendimento à notificação for negativa, isto é, se o Agente de Saúde não encontrar nenhum exemplar de triatomíneo, o formulário (Figura 16.VP.d) deverá ser preenchido da seguinte forma: registrar a data, código IBGE, nome do município, marcar as atividades “1-Pesquisa” e “5- Atendimento de notificação” e preencher também os campos: código/RG e nome da localidade, nº da casa/compl., nome do morador, nº de habitantes, nº de anexos, tipo de parede, tipo de teto, matrícula e nome do Agente de Saúde. Os demais campos ficam em branco, sem preenchimento. É preciso lembrar que o campo “Situação da casa” será preenchido **somente nas atividades realizadas pelo Agente de Saúde**, e nesse caso, se a casa for nova e não constar no croqui da localidade.

e) Atendimento de notificação com pesquisa positiva no peri e borrifação

No caso da pesquisa em atendimento à notificação for positiva no peridomicílio, ou seja, se o Agente de Saúde encontrar pelo menos um exemplar de triatomíneo e a borrifação for realizada na mesma data, o formulário (Figura 16.VP.e) deverá ser preenchido do seguinte

MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde		DIARIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO				
A 1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade <u>24 / 02 / 17</u>			
Cód. do Município 3100001	Nome do Município PARAÍSO		Atividade <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input checked="" type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifação			
Cód. Localidade 32	Nome da Localidade JAÚ- Faz		<input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação			
Nº da Casa 3	Compl.	Pendência de Pesquisa <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		Pendência da Borrifação <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		
Nome do Morador MÁRIO JOSÉ DE SOUZA			Nº de Habit. 6	Nº de Anexos 4		
+ 2- Dados da Pesquisa e Borrifação						
Tipo de Parede <input checked="" type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros						
Tipo de Teto <input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input checked="" type="checkbox"/> 5-Outros			Situação das Casas <input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida			
Intradomicílio			Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura	Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
<input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Cozinha <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input checked="" type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Paiol <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida ALFACIPERMETRINA		Nº de Cargas 2	
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde 1212121	Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES			
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe			ETIQUETA		

Figura 16.VPd - Atendimento de notificação com pesquisa negativa

modo: registrar a data, código IBGE, nome do município, marcar as atividades “1-Pesquisa”, “2-Borrifação” e “5- Atendimento de notificação”. Preencher também os campos: código/RG

MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde		DIARIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO				
A 1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade <u>14 / 02 / 17</u>			
Cód. do Município 3100001	Nome do Município PARAÍSO		Atividade <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input checked="" type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input checked="" type="checkbox"/> 2-Borrifação			
Cód. Localidade 29	Nome da Localidade PAIVAS- Faz		<input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação			
Nº da Casa 7	Compl.	Pendência de Pesquisa <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		Pendência da Borrifação <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		
Nome do Morador GERALDO SILVA NETO			Nº de Habit. 6	Nº de Anexos 4		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação						
Tipo de Parede <input checked="" type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros						
Tipo de Teto <input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input checked="" type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros			Situação das Casas <input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida			
Intradomicílio			Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura	Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
<input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Cozinha <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input checked="" type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Paiol <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida ALFACIPERMETRINA		Nº de Cargas 2	
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde 1212121	Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES			
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe			3100001 000003		

Figura 16.VPe - Atendimento de notificação com pesquisa positiva no peri e borrifação

e nome da localidade, nº da casa/compl., nome do morador, nº de habitantes, nº de anexos, tipo de parede, tipo de teto, marcar no peridomicílio/captura: a opção “Triatomíneo”, registrar o encontro de vestígios, o local de captura, tipo de inseticida e nº de cargas. Deve registrar também a matrícula, nome do Agente de Saúde e colar a etiqueta devidamente numerada. Os demais campos ficam sem preenchimento.

É importante lembrar que, no preenchimento do formulário de atendimento de notificação (seja a pesquisa negativa ou positiva para presença de triatomíneo), não deve ser registrada nenhuma informação nos campos “Nº do PIT” e “Nº Notif.p/PIT”. Essas informações já constam no formulário anterior de visita ao PIT com notificação, além disso, se forem registradas causarão erros em alguns relatórios do SISPCDCh.

Caso no atendimento de notificação, a pesquisa e borrifação sejam realizadas em datas diferentes o Agente de Saúde deverá preencher um formulário para cada atividade separadamente e nas respectivas datas em que forem realizadas.

12.4.2. Vigilância Ativa

A vigilância ativa, durante a atividade de pesquisa ativa (PA) a positividade do domicílio para presença de triatomíneo é imprevisível, por isso a programação é feita com foco apenas nas pesquisas das unidade domiciliares. Dessa forma, o Agente de Saúde nunca estará portando o equipamento e material necessário à borrifação durante essa atividade, assim, o domicílio positivo raramente será borrifado na mesma data em que foi pesquisado, mas, deverá ser agendado com o morador considerando o grau de prioridade.

a) Pesquisa negativa

Se a pesquisa do domicílio for negativa, ou seja, se o Agente de Saúde não encontrar nenhum exemplar de triatomíneo, deverá preencher os seguintes campos do formulário (Figura


MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde				DIARIO DE PESQUISA E BORRIFACAO					
A 1- Localização da Unidade Domiciliar				Data da Atividade <u>20</u> / <u>02</u> / <u>17</u>					
Cód. do Município 3100001		Nome do Município PARAÍSO		Atividade <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifação					
Cód. Localidade 15		Nome da Localidade CAPOEIRA-Pov		<input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação					
Nº da Casa 1	Compl.	Pendência de Pesquisa <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		Pendência da Borrifação <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada					
Nome do Morador ALENCAR GOMES				Nº de Habit. 3		Nº de Anexos 4			
2- Dados da Pesquisa e Borrifação									
Tipo de Parede <input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input checked="" type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros									
Tipo de Teto <input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input checked="" type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros						Situação das Casas <input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolidas			
Intradomicílio				Peridomicílio					
Captura	Vestígios	Local de Captura		Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura		
<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Sala	<input type="checkbox"/> Cozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Galinheiro	<input type="checkbox"/> Paiol	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Chiqueiro	<input type="checkbox"/> Outros	
Tipo de Desalojante PIRISA		Nº de Cargas -		Tipo de Inseticida			Nº de Cargas		
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde 1212121		Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES					
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe				ETIQUETA				

Figura 16.VAa - Pesquisa negativa

16.VA.a): data, código IBGE do município, nome do município, marcar a atividade “1-Pesquisa”, registrar o código/RG da localidade, nome da localidade, nº da casa/compl., nome do morador, nº de habitantes, nº de anexos, tipo de parede, tipo de teto, tipo de desalojante, nº de cargas, matrícula e nome do Agente de Saúde. Os demais campos não devem ser preenchidos.

Na figura 16.VA.a, foi registrado no formulário o tipo de desalojante e o campo “Carga” anulado com um hífen (sinal gráfico), uma vez que, não foi gasta toda a carga de pirisa nesse domicílio.

É importante mencionar que na pesquisa do domicílio do Colaborador Voluntário do PIT durante a reavaliação da PA, o campo “Nº do PIT” no formulário (Diário de Pesquisa e Borrifação) não pode ter nenhum preenchimento, uma vez que essa atividade não se trata de vigilância passiva.

b) Pesquisa positiva no intra

No caso da pesquisa do domicílio ser positiva no intra, ou seja, se o Agente de Saúde encontrar pelo menos um exemplar de triatomíneo, o formulário (Figura 16.VA.b) será preenchido da seguinte forma: registrar a data, código IBGE do município, nome do município, marcar a atividade “1-Pesquisa”, registrar o código/RG da localidade, nome da localidade, nº da casa/compl., nome do morador, nº de habit., nº de anexos, tipo de parede, tipo de teto, intradomicílio/captura: marcar a opção “Triatomíneo”, marcar o encontro de vestígios, registrar o local de captura, matrícula, nome do Agente de Saúde e colar a etiqueta devidamente numerada. Os demais campos ficam em branco.


MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde		DIARIO DE PESQUISA E BORRIFACAO				
A 1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade <u>21 / 02 / 17</u>			
Cód. do Município 3100001	Nome do Município PARAÍSO		Atividade <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifação			
Cód. Localidade 15	Nome da Localidade CAPOEIRA-Pov		<input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação			
Nº da Casa 12	Compl.	Pendência de Pesquisa <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		Pendência da Borrifação <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada		
Nome do Morador ANTONIO CABRAL MELO			Nº de Habit. 4	Nº de Anexos 5		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação						
Tipo de Parede <input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input checked="" type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros						
Tipo de Teto <input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input checked="" type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros			Situação das Casas <input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida			
Intradomicílio			Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura	Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
<input checked="" type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cozinha <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol <input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida		Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde 1212121	Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES			
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe		310001 000005			

Figura 16.VAb- Pesquisa positiva no intra

c) Pesquisa negativa – UD/casa vaga

Há dois tipos de UD/casa vaga: aquela que está abandonada, geralmente vazia, sem nenhum móvel, mas, sempre aberta, possibilitando assim, a realização da pesquisa do Agente

de Saúde. Também há aquela que, não tem morador, fica sempre fechada, mas, pode ser aberta pelo proprietário, por um familiar, um vizinho ou um trabalhador da propriedade para que o Agente de Saúde possa realizar a pesquisa na unidade domiciliar.

Em qualquer das situações é importante destacar que no formulário (Figura 16.VA.c) de casa vaga (seja a pesquisa positiva ou negativa) não pode ser registrado o nome do proprietário da mesma, assim, no campo “Nome do morador” deve ser registrado apenas a palavra “Vaga” e, nesse caso, o campo “Nº de Habit.” sempre ficará em branco, pois, não há morador.

Se a pesquisa da casa vaga for negativa para presença de triatomíneo deverá ser preenchido os seguintes campos do formulário: data, código IBGE do município, nome do município, marcar a atividade “1-Pesquisa”, registrar o código/RG da localidade, nome da localidade, nº da casa/compl., registrar “VAGA” em nome do morador, nº de anexos, tipo de parede, tipo de teto, tipo de desalojante e nº de cargas, matrícula e nome do Agente de Saúde. Os demais campos não devem ser preenchidos, ficam em branco.

Caso a pesquisa seja positiva no intra ou peri, o preenchimento do formulário será o mesmo acima acrescidos dos seguintes campos: intradomicilio ou peridomicilio/captura: marcar a opção “Triatomíneo”, registrar vestígios se houver, local de captura, desalojante e carga se utilizado, e colar a etiqueta devidamente numerada. Os demais campos ficam em branco.


MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde		DIARIO DE PESQUISA E BORRIFACAO				
A 1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade <u>20</u> / <u>02</u> / <u>17</u>			
Cód. do Município 3100001	Nome do Município PARAÍSO		Atividade <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifação			
Cód. Localidade 15	Nome da Localidade CAPOEIRA-Pov		<input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação			
Nº da Casa 3	Compl.	Pendência de Pesquisa <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		Pendência da Borrifação <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada		
Nome do Morador VAGA			Nº de Habit.	Nº de Anexos 2		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação						
Tipo de Parede						
<input checked="" type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros						
Tipo de Teto			Situação das Casas			
<input checked="" type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros			<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida			
Intradomicílio			Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura	Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
<input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cozinha <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol <input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante PIRISA		Nº de Cargas 1	Tipo de Inseticida		Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde 1212121	Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES			
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe			ETIQUETA		

Figura 16.VAc - Pesquisa negativa – UD/casa vaga

d) Pesquisa negativa – UD/casa nova

Se a UD/casa pesquisada for NOVA, não constar no croqui da localidade e for negativa para presença de triatomíneo o formulário (Figura 16.VA.d) deverá ser preenchido nos seguintes campos: a data, código IBGE do município, nome do município, marcar a atividade “1-Pesquisa”, registrar o código/RG da localidade, nome da localidade, nº da casa/compl., nome do morador, nº de habit., nº de anexos, tipo de parede, tipo de teto e em situação da

casa marcar a opção “1-Nova”, registrar a matrícula e nome do Agente de Saúde. Os demais campos ficam em branco, sem preenchimento.

Caso a pesquisa seja positiva o preenchimento será o mesmo acrescido dos seguintes campos: intradomicílio ou peridomicílio/captura: marcar a opção “Triatomíneo”, registrar o encontro de vestígios caso haja, local de captura e colar a etiqueta devidamente numerada. Os demais campos ficam em branco.

É importante destacar que no formulário da UD nova (positiva ou negativa para triatomíneo), deverá ser registrada a opção “1-Nova” apenas na primeira visita à casa quando a mesma for reconhecida, após isso ela deixará de ser nova. O Agente de Saúde deverá situar e registrar no croqui da localidade o quadradinho correspondente a essa casa e numerá-la de acordo com as orientações técnicas de reconhecimento geográfico, bem como, alterar o “Nº de casas existentes” no quadro de identificação da localidade no rodapé do croqui, visando manter o RG do município sempre atualizado.


MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde		DIARIO DE PESQUISA E BORRIFACAO				
A 1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade <u>20</u> / <u>02</u> / <u>17</u>			
Cód. do Município 3100001	Nome do Município PARAÍSO		Atividade <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifação			
Cód. Localidade 15	Nome da Localidade CAPOEIRA-Pov		<input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação			
Nº da Casa 6	Compl. 1	Pendência de Pesquisa <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		Pendência da Borrifação <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada		
Nome do Morador GABRIEL SILVEIRA MATOS			Nº de Habit. 2	Nº de Anexos 2		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação						
Tipo de Parede <input checked="" type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros						
Tipo de Teto <input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input checked="" type="checkbox"/> 5-Outros			Situação das Casas <input checked="" type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida			
Intradomicílio			Peridomicílio			
Captura <input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	Vestígios <input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	Local de Captura <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cozinha <input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Outros	Utilizando <input type="checkbox"/> Bio-Sensor	Captura <input type="checkbox"/> Triatomíneo <input type="checkbox"/> Outros	Vestígios <input type="checkbox"/> Ovos <input type="checkbox"/> Outros	Local de Captura <input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol <input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida		Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde 1212121	Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES			
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe		ETIQUETA			

Figura 16.VAd - Pesquisa negativa – UD/casa nova

e) Pesquisa – UD/casa demolida

Se a UD/casa estiver demolida, ou seja, estiver com as paredes e telhado ao chão, deverá ser preenchido um formulário (Figura 16.VA.e) para a mesma com registros dos seguintes campos: data, código IBGE, nome do município, marcar a atividade “1-Pesquisa”, registrar o código/RG da localidade, nome da localidade, nº da casa/compl., em “Situação da Casa” marcar a opção “2-Demolida”, registrar a matrícula e nome do Agente de Saúde, os demais campos ficam em branco.

É importante lembrar que isso se faz apenas uma vez e, visando manter o RG do município atualizado, o Agente de Saúde deverá fazer um “X” dentro do quadradinho correspondente à casa no croqui, o qual significa que a mesma foi demolida da localidade, deverá também alterar o “Nº de casas existentes” no quadro de identificação da localidade no rodapé do croqui.


MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde		DIARIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO					
A 1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade <u>20</u> / <u>02</u> / <u>17</u>				
Cód. do Município 3100001	Nome do Município PARAÍSO		Atividade <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifação				
Cód. Localidade 15	Nome da Localidade CAPOEIRA-Pov		<input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação				
Nº da Casa 9	Compl.	Pendência de Pesquisa <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		Pendência da Borrifação <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada			
Nome do Morador			Nº de Habit.	Nº de Anexos			
2- Dados da Pesquisa e Borrifação							
Tipo de Parede							
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros							
Tipo de Teto				Situação das Casas			
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros				<input type="checkbox"/> 1-Nova <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Demolida			
Intradomicílio			Peridomicílio				
Captura	Vestígios	Local de Captura		Captura	Vestígios	Local de Captura	
<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Sala	<input type="checkbox"/> Cozinha	<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Galinheiro	<input type="checkbox"/> Paiol
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Chiqueiro	<input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida			Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde 1212121	Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES				
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe			ETIQUETA			

Figura 16.VA.e - Pesquisa – UD/casa demolida

f) Pesquisa – UD/casa fechada

Se a UD/casa estiver fechada (com ou sem morador) impossibilitando o Agente de Saúde de realizar a pesquisa, deverá preencher apenas os seguintes campos do formulário (Figura 16.VA.f): data, código do IBGE, nome do município, marcar a atividade “1-Pesquisa”, registrar o código/RG da localidade, nome da localidade, nº da casa/compl., e no campo “Pendência da Pesquisa” marcar a opção “2- Casa Fechada”, registrar a matrícula e nome do Agente de Saúde. Os demais campos não são preenchidos, ficam em branco.

No caso de casa fechada é importante destacar que o Agente de Saúde não pode fazer a pesquisa parcial da UD, ou seja, pesquisar somente os anexos existentes no peridomicílio mesmo à pedido do “responsável pela casa”. Essa regra se fundamenta em duas questões importantes: 1) na possibilidade de existir triatomíneo dentro de casa que não será detectado em função da pesquisa parcial e, 2) no objetivo da pesquisa que é detectar (para eliminar) a presença de triatomíneo, principalmente no intradomicílio onde as pessoas moram e dormem, contribuindo para a proteção da saúde dos moradores.

Por outro lado, caso haja recusa da pesquisa, o Agente de Saúde com auxílio do Coordenador de Endemias se necessário, deve informar e orientar o morador sobre os hábitos do vetor, o risco da transmissão da doença e tentar demovê-lo dessa decisão mostrando a importância da pesquisa para a proteção da saúde de todos os moradores da casa. Após o trabalho educativo se o morador continuar recusando a pesquisa o Agente de Saúde deverá preencher o formulário igual ao da casa fechada (Figura 16.VA.f), Pesquisa-UD/casa fechada), com a diferença que no campo “Pendência da Pesquisa” deverá marcar a opção “1- Recusa”.

g) Borrifação de UD positiva na PA

Ao realizar a borrifação de UD positiva na pesquisa ativa o Agente deve preencher os seguintes campos do formulário (Figura 16.VA.g): data, código IBGE do município, nome do


MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde		DIARIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO				
A 1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade <u>20</u> / <u>02</u> / <u>17</u>			
Cód. do Município 3100001	Nome do Município PARAÍSO		Atividade <input checked="" type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input type="checkbox"/> 2-Borrifação			
Cód. Localidade 15	Nome da Localidade CAPOEIRA-Pov		<input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação			
Nº da Casa 10	Compl.	Pendência de Pesquisa <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input checked="" type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		Pendência da Borrifação <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada		
Nome do Morador			Nº de Habit.	Nº de Anexos		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação						
Tipo de Parede						
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros						
Tipo de Teto			Situação das Casas			
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros			<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida			
Intradomicílio			Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura	Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Outros	Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida		Nº de Cargas	
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde 1212121	Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES			
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe			ETIQUETA		

Figura 16.Vaf - Pesquisa – UD/casa fechada

município e marcar a atividade “2-Borrifação”. Deverá preencher também os campos: código/RG da localidade, nome da localidade, nº da casa/compl., nome do morador, nº de habitantes, nº de anexos, tipo de parede, tipo de teto, tipo de inseticida, nº de cargas, matrícula


MINISTERIO DA SAUDE Secretaria Municipal de Saúde		DIARIO DE PESQUISA E BORRIFAÇÃO				
A 1- Localização da Unidade Domiciliar			Data da Atividade <u>22</u> / <u>02</u> / <u>17</u>			
Cód. do Município 3100001	Nome do Município PARAÍSO		Atividade <input type="checkbox"/> 1-Pesquisa <input type="checkbox"/> 5- Atend. Notific. <input checked="" type="checkbox"/> 2-Borrifação			
Cód. Localidade 15	Nome da Localidade CAPOEIRA-Pov		<input type="checkbox"/> 3-Visita ao PIT S/ Notificação <input type="checkbox"/> 4- Visita ao PIT C/ Notificação			
Nº da Casa 12	Compl.	Pendência de Pesquisa <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2- Casa Fechada		Pendência da Borrifação <input type="checkbox"/> 1- Recusa <input type="checkbox"/> 2 - Casa Fechada		
Nome do Morador ANTONIO CABRAL MELO			Nº de Habit.	Nº de Anexos 5		
2- Dados da Pesquisa e Borrifação						
Tipo de Parede						
<input type="checkbox"/> 1-Alvenaria C/Reb. <input type="checkbox"/> 2-Alvenaria S/Reb. <input checked="" type="checkbox"/> 3-Barro C/Reb. <input type="checkbox"/> 4-Barro S/Reb. <input type="checkbox"/> 5-Madeira <input type="checkbox"/> 6-Outros						
Tipo de Teto			Situação das Casas			
<input type="checkbox"/> 1-Telha <input type="checkbox"/> 2-Palha <input checked="" type="checkbox"/> 3-Madeira <input type="checkbox"/> 4-Metálico <input type="checkbox"/> 5-Outros			<input type="checkbox"/> 1-Nova <input type="checkbox"/> 2 - Demolida			
Intradomicílio			Peridomicílio			
Captura	Vestígios	Local de Captura	Utilizando	Captura	Vestígios	Local de Captura
<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Cozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Triatomíneo	<input type="checkbox"/> Ovos	<input type="checkbox"/> Galinheiro <input type="checkbox"/> Paiol
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Quarto <input type="checkbox"/> Outros	Bio-Sensor	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Chiqueiro <input type="checkbox"/> Outros
Tipo de Desalojante		Nº de Cargas	Tipo de Inseticida ALFACIPERMETRINA		Nº de Cargas 1	
Nº do PIT	Nº Notif. p/PIT	Matric. Ag. Saúde 1212121	Assinatura do Agente de Saúde CARLOS ALVES			
Data do Visto	Visto do Coord. da Equipe			ETIQUETA		

Figura 16.VAg - Borrifação de UD positiva na PA

e nome do Agente de Saúde. Os demais campos ficam em branco.


Caso o Agente tivesse que borrifar esse domicílio antes de concluir a PA na localidade, ou seja, no mesmo dia em que realizou a pesquisa (21/02/17), o preenchimento do formulário seria igual ao da pesquisa (Figura 16.VA.b) acrescido dos seguintes campos: atividade “2-Borrifação”, tipo de inseticida e número de cargas. Os demais campos ficariam em branco.

Se porventura o morador recusar a realização da borrifação, o Agente de Saúde com auxílio do Coordenador de Endemias se necessário, deve mostrar ao morador a importância dessa atividade para a proteção da saúde dos moradores da casa, tendo em vista, o encontro de triatomíneo, os hábitos do vetor, o risco da transmissão da doença e tentar demovê-lo dessa decisão. Após o trabalho educativo se o morador persistir na recusa, o Agente de Saúde deverá preencher o formulário da seguinte forma: registrar a data, código IBGE do município, nome do município e marcar a atividade “2-Borrifação”, preencher os campos: código/RG da localidade, nome da localidade, nº da casa/compl., em pendência da borrifação marcar a opção “1-Recusa”, registrar a matrícula e nome do Agente de Saúde. Os demais campos não devem ser preenchidos

12.5. Ficha de Visita Domiciliar

Essa ficha (Figura 17) é utilizada para registrar o trabalho realizado no domicílio pelo Agente de Saúde e deve ser colada atrás da porta da sala ou, caso haja e seja necessário, no beiral interno do teto da varanda da casa de forma a permitir fácil acesso.

A reprodução é necessária uma vez que será utilizada uma ficha para cada domicílio, a qual deve ser preenchida pelo Agente de Saúde e atualizada por ocasião de toda atividade realizada no domicílio. Os programas de Dengue e Chagas podem utilizar o mesmo modelo de “Ficha de Visita Domiciliar”.

LOGOTIPO Prefeitura		FICHA DE VISITA DOMICILIAR					
CASA Nº: <u>6C1</u>		LOCALIDADE: <u>CAPOEIRA - FAZ/RG 15</u>					
MUNICÍPIO: <u>PARAÍSO</u>		REGIONAL DE SAÚDE: <u>DIVINÓPOLIS</u>					
DATA	TRABALHO REALIZADO	EXECUTADO POR	VISTO	DATA	TRABALHO REALIZADO	EXECUTADO POR	VISTO
<u>20/02/2017</u>	<u>PA</u>	<u>CARLOS</u>					

PCDCH 01.6

Figura 17. Ficha de visita domiciliar. Formulário utilizado para registrar toda atividade realizada na unidade domiciliar.

Preenchimento

- **Casa Nº:** registrar o número da casa de acordo com o croqui da localidade.
- **Localidade:** registrar no nome completo da localidade, a categoria e o número de RG de acordo como o croqui ou a relação do SISLOC.
- **Município:** registrar o nome completo do município.
- **Data:** registrar a data do trabalho realizado
- **Trabalho realizado:** registrar a atividade realizada, exemplo: Pesquisa Ativa ou PA, Visita a PIT, Atendimento de notificação, Borrifação, Atualização de RG, Reavaliação, Pesquisa de Raio, etc.
- **Executado por:** registrar o nome do Agente de Saúde.
- **Visto:** Assinatura do Coordenador Municipal ou Regional que acompanhar ou supervisionar o trabalho do Agente de Saúde.

12.6. Papel Padrão para confecção de Croqui

Para a confecção do croqui de localidade utiliza-se como padrão o papel quadriculado (Figura 18), o qual traz bordas e rodapé com medidas e informações tecnicamente padronizadas e que não devem ser modificadas. Não é preciso reproduzi-lo, bastam algumas cópias à medida em que se der a atualização de todos os croquis das localidades do município.

Nesse papel devem ser situadas todas as casas, igrejas, escolas, estradas, córregos, rios, lagoas, serras, etc., existentes na localidade de acordo com as orientações do “Manual de Reconhecimento Geográfico” do Ministério da Saúde/SUCAM/1983, disponível nos endereços virtuais:

- 1- <http://pide.cpqrr.fiocruz.br/arquivos/manual.pdf>
- 2- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_reconhecimento_geografico_1983.pdf
- 3- <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>

O croqui da localidade deve ser confeccionado ou atualizado pelo Agente de Saúde, **em campo e durante a atividade**. É importante lembrar que, sempre que houver alteração na quantidade de casas da localidade uma cópia do croqui deve ser enviado à Regional de Saúde juntamente ao “Resumo de Pesquisa Ativa por Localidade para Atualização do RG” (item 12.7, Figura 19) e o original arquivado em pasta para uso rotineiro do Agente.

É recomendável que o município tenha uma pasta virtual e atualizada com todos os croquis de localidades rurais para evitar a perda desse documento tão importante e necessário ao trabalho na zona rural.

12.7. Resumo de Pesquisa Ativa p/Localidade p/Atualização do RG

Após concluir a PA - pesquisa ativa - na localidade, ou seja, depois de trabalhar em 100% das unidades domiciliares da localidade, o Agente de Saúde deverá registrar nesse formulário (Figura 19), os dados resumidos da pesquisa. Não há necessidade de reproduzi-lo em gráfica, bastam cerca de duas a quatro cópias por mês.

O formulário deve ser preenchido pelo Agente de Saúde em duas vias e repassado ao Coordenador de Endemias que, após conferência e assinatura, deve providenciar o arquivamento de uma via e o envio de outra para a Regional de Saúde, juntamente a uma cópia do croqui da localidade onde tenha havido alteração do número de casas. O correto preenchimento e envio deste formulário à Regional é muito importante, pois, é por meio dele que o

1.64; Artes Gráficas - 3431-1322

	Nº DE CASAS
	LOC.:
	MUNICÍPIO
	ESTADO
	REC.:
	DATA:

Figura 18. Papel padrão para confecção do croqui de localidade

SISLOC poderá ser atualizado.

Para exemplificar, encontra-se abaixo um formulário preenchido com os dados extraídos do trabalho realizado no mês de fevereiro/2017, utilizado como exemplo ao longo desse documento.

Preenchimento

- **Cabeçalho:** registrar o nome e código do IBGE do município, mês, ano de trabalho e nome do Agente de Saúde.
- **Data:** registrar a data em que a PA foi concluída na localidade, mesmo que tenham sido necessários 15 dias ou mais para concluí-la.
- **Localidade:** registrar o nome completo da localidade.
- **CAT.:** registrar a categoria da localidade, exemplo: Faz, Pov, Sit, etc.
- **Nº RG:** registrar o número do RG da localidade de acordo com o SISLOC.

Bloco 1 - Número de UDs Pendentes

- **Fechada:** registrar o número/quantidade de UD fechada onde a pesquisa não foi realizada.
- **Recusada:** registrar o número de UD onde a pesquisa não foi realizada por recusa do morador.
- **Total:** registrar a soma das colunas de UD fechadas e recusadas.

Bloco 2 – Número de UDs Pesquisadas

As informações desse bloco se referem ao resultado da pesquisa na unidade domiciliar, ou seja, em toda a propriedade, intra e peridomicílio.

- **Positiva:** registrar o número de UD pesquisada e positiva para presença de triatomíneo.
- **Negativa:** registrar o número de UD pesquisada e negativa para presença de triatomíneo.
- **Pendente:** registrar o número de UD pendente que é a mesma da coluna total do bloco 1 “Número de UDs Pendentes”.
- **Total:** registrar a soma das colunas: positiva, negativa e pendente. Esse total deverá ser o mesmo que consta no croqui da localidade.

Bloco 3 - Número de Intras Pesquisados

As informações desse bloco se referem ao resultado da pesquisa somente no intradomicílio, ou seja, dentro da casa.

- **Positivo:** registrar o número de intradomicílio (casa) pesquisado e positivo para presença de triatomíneo.
- **Negativo:** registrar o número de intradomicílio (casa) pesquisado e negativo para presença de triatomíneo.
- **Total:** registrar a soma das colunas positivo e negativo.

Bloco 4 - Nº de Anexos Pesquisados

As informações desse bloco se referem ao resultado da pesquisa somente no peridomicílio, ou seja, nos anexos: galinheiro, chiqueiro, paiol, canil, tulha, montes de lenha,

telhas, madeiras, etc.

- **Positivo:** registrar o número de anexos pesquisados e positivos para presença de triatomíneo.
- **Negativo:** registrar o número de anexos pesquisados e negativos para presença de triatomíneo.
- **Total:** registrar a soma das colunas positivo e negativo.

Bloco 5 – Nº de Triatomíneos Capturados

- **Intra:** registrar o número de triatomíneos capturados no intradomicílio.
- **Peri:** registrar o número de triatomíneos capturados no peridomicílio.
- **Total:** registrar a soma das colunas intra e Peri.
- **Nº de habitantes:** registrar o número de habitantes da localidade, isto é, a soma de todos os habitantes das UD's pesquisadas.
- **Consumo de desalojante:** registrar o número total (em cargas) do desalojante gasto na pesquisa das UD's da localidade.
- **Rodapé, assinaturas:** do Agente de Saúde e também do Coordenador Municipal de Endemias, após conferir o preenchimento do formulário.

Nota: É preciso lembrar que as informações do bloco 2 poderão diferir do bloco 3, já que um se refere à UD (intra+peri) e o outro se refere apenas ao intra. Um exemplo dessa situação são os registros referentes à localidade de “Freitas-Faz”, onde houve uma UD positiva para triatomíneo no anexo/peri (bloco 4) e essa informação não é computada no bloco 3, por que este se refere apenas ao intradomicílio.

12.8. Controle de Reavaliação de UD positiva para presença de triatomíneo na Pesquisa Entomológica do Agente

De acordo com as orientações da metodologia todo domicílio positivo para presença de triatomíneo na pesquisa entomológica do Agente - seja no atendimento à notificação, pesquisa de raio ou na pesquisa ativa - deverá ser reavaliado após seis meses. Assim, esse formulário (Figura 20) é o espaço onde deverá ser registrado os dados do domicílio positivo como forma de programação e lembrete para evitar a perda de prazo e também para facilitar a consulta pelo Agente de Saúde, Coordenador, etc. Não é necessário reproduzi-lo, pois, deverá ser preenchido em apenas uma via e afixado num mural, se houver, da sala da equipe de endemias ou colocado em pasta de livre e fácil acesso aos interessados.

Toda vez que o Agente de Saúde pesquisar um domicílio e encontrar triatomíneo deverá preencher o formulário até a coluna 8 e após a reavaliação preencher as demais colunas do formulário. Abaixo, orientações e exemplo de preenchimento.

Cabeçalho: Registrar o nome do município, ano e nome do Agente de Saúde.

Coluna 1: registrar a data em que o domicílio foi pesquisado e positivo para presença de triatomíneo.

Colunas 2, 3 e 4: registrar o nome da localidade, categoria e o número do RG.

Coluna 5: registrar o número da casa.

Colunas 6 e 7: marcar com X a coluna do local (intra ou peri) onde foi encontrada presença de triatomíneo no domicílio.

Coluna 8: registrar a data prevista para realização da próxima pesquisa para reavaliação do domicílio.

VIGILÂNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS: ATIVIDADES DE CONTROLE DOS TRIATOMÍNEOS - PCDCCh

CONTROLE DE REAVALIAÇÃO DE UD POSITIVA PARA PRESENÇA DE TRIATOMÍNEO NA PESQUISA ENTOMOLÓGICA DO AGENTE

MUNICÍPIO: PARAÍSO ANO: 2016/2017 AGENTE: CARLOS ALVES

DATA DA PESQUISA POSITIVA (1)	NOME DA LOCALIDADE (2)	CAT (3)	RG (4)	Nº DA CASA (5)	POSITIVA		DATA DA PESQUISA DE REAVALIAÇÃO		RESULTADO DA PESQUISA DE REAVALIAÇÃO			REAVALIAÇÃO	
					Intra (6)	Peri (7)	PREVISTA (8)	REALIZADA (9)	Negativa (10)	POSITIVA		Encerrada (13)	A continuar (14)
										INTRA (11)	PERI (12)		
14/07/2016	MATINHA	Faz	4	11	-	X	14/01/2017	24/01/2017	-	-	X	-	X
02/08/2016	BRUMADINHO	Faz	25	8	X		02/02/2017	17/02/2017	X		-	X	-
24/01/2017	MATINHA	Faz	4	11	-	X	24/07/2017						
14/02/2017	PAIVAS	Faz	29	7	-	X	14/08/2017						
17/02/2017	FREITAS	Faz	14	5	-	X	17/08/2017						
21/02/2017	CAPOEIRA	Faz	15	12	X		21/08/2017						

PCDCCh/JMBS

Coluna 9: registrar a data em que a pesquisa de reavaliação foi realizada.

Coluna 10: marcar com X se a pesquisa for negativa para presença de triatomíneo.

Colunas 11 e 12: caso a pesquisa seja positiva marcar com X a coluna Intra ou peri de acordo com o local de achado de triatomíneo.

Coluna 13: se a pesquisa de reavaliação tiver sido negativa marcar X na coluna “Encerrada”.

Coluna 14: caso a pesquisa tenha sido positiva marcar X na coluna “A continuar”, pois, após seis meses a UD deverá ser novamente reavaliada. Nesse caso, o Agente deve fazer novamente o registro dos dados do domicílio no mesmo formulário até a coluna 8 e depois de reavaliada deverá preencher o restante das colunas com o resultado obtido.

12.9. Planilha de Programação Anual – Parâmetro para Execução da Pesquisa Ativa de Triatomíneos

É de suma importância que o programa de Chagas seja trabalhado mediante uma programação anual, isto é, com meta estabelecida visando um trabalho de qualidade e o mais abrangente possível.

Nesse sentido, essa é a planilha (Figura 21) utilizada para fazer a programação quadrimestral/anual da pesquisa ativa de triatomíneo e deve ser preenchida de acordo com as orientações constantes no próprio formulário. É preciso salientar que, nessa planilha/coluna 7, a “Média de casa (UD) pesquisada homem/dia” de 10 a 12 UD, é dada apenas como um parâmetro geral para orientar a forma de programar a pesquisa ativa. Entretanto, esse parâmetro deve ser repensado e redefinido para cada realidade, visto que na região Centro-Oeste há municípios em três situações:

- 1) Municípios com muitas localidades dispersas onde o número de casas rurais fechadas, sem moradores, é alto - cerca de 30 a 40% - o que resulta numa produção de pesquisa/dia acima de 12 casas entre fechadas e pesquisadas;
- 2) Municípios com muitas localidades urbanizadas, de casas agrupadas - povoados, vilas e condomínios - onde essa produção de pesquisa/dia é bem maior, uma vez que, o índice de casas fechadas fica em torno de 50%, e
- 3) Municípios com regiões de localidades rurais bem povoadas, onde a produção de pesquisa/dia às vezes chega a ser um pouco inferior a 10 casas.

Diante disso, para uma definição mais real desse parâmetro é preciso considerar o tamanho das propriedades e da população rural, o percentual de casas fechadas e a carga horária do Agente de Saúde.

Essa programação é feita em apenas uma via que deve ser afixada no mural da sala da equipe de endemias, se houver, ou colocada em pasta de livre e fácil acesso aos interessados. Uma cópia digitalizada dessa programação deve ser enviada à Referência Técnica do PCDCCh da Regional de Saúde, até o **final da primeira quinzena de janeiro de cada ano.**

Na Figura 21 um exemplo de programação anual.

12.10. Formulário de Identificação e Exame de Triatomíneo – Laboratório de Entomologia

Esse formulário (Figura 22) é utilizado pelo Laboratório de Entomologia da Regional de Saúde para registrar o resultado da identificação e exame do triatomíneo, o qual posteriormente deve ser devolvido ao município para que seus dados sejam digitados no SISPCDCCh municipal. Uma vez digitado, esse formulário deve ser anexado ao “Diário de

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO ANUAL – PARÂMETROS PARA EXECUÇÃO DA PESQUISA ATIVA DE TRIATOMÍNEOS

Vigilância da Doença de Chagas – PCDC – Secretaria Municipal de Saúde – ANO: 2017

MUNICÍPIO	NÚMERO EXISTENTE DE:		Nº DE DIAS POR MÊS NECESSÁRIO PARA O AGENTE REALIZAR:				Nº DE UDs A PESQUISAR AO MÊS			Nº DE UD A PESQUISAR NOS QUADRIMESTRES-PROGRAMAÇÃO		
	PRÉDIOS/UDs (residência+comércio+outro) (1)	PIT (2)	Visita a PIT (3)	Atividades burocráticas (4)	Borrifação e imprevidos (5)	Pesquisa de casas/UDs (6)	Média casa (UD) pesquisada homem/dia (7)	A pesquisador ao mês (8)	1º Quadrimestre Nº de UD a pesquisar (9)	2º Quadrimestre Nº de UD a pesquisar (10)	3º Quadrimestre Nº de UD a pesquisar (11)	
PARAÍSO	1.598	4	1	2	2	15	10	150	600	600	450	

(12) Nº do RG das localidades a serem trabalhadas no ano: **RG 7 à 68.**

Orientações para preenchimento

Coluna 1: Registrar o número existente de prédios/UDs (residência+comércio+outro) de cada localidade rural. Esse dado é extraído do programa SISLOC (Sistema de Localidade), em "relatório de localidade".

Coluna 2: Registrar o número existente de PITs (Posto de Informação de Triatomíneos) no município. Esse dado pode ser encontrado na vigilância epidemiológica municipal e ou com o Agente Municipal de Chagas. PITs são pontos de referência na zona rural e cidade (Unidades de Saúde, escolas, liderança, etc.) onde os moradores entregam os insetos suspeitos de serem o transmissor da doença encontrados em suas casas.

Coluna 3: Registrar o número de dias por mês necessários para o Agente de Saúde realizar visita a PIT, tomando como média 4 a 5 Pits visitados ao dia, assim, é só dividir o valor da coluna 2 por 4 ou 5.

Coluna 4: Registrar o número de dias por mês necessários para o Agente de Saúde realizar atividades burocráticas: reunião, fechamento de relatório, elaboração de programação, etc, deve ser de 1 a 2 dias.

Coluna 5: Registrar a soma de: um dia para borrifação + um ou dois dias para os imprevidos, como: chuva, moto com problemas mecânicos, etc, a critério do Gestor.

Coluna 6: Para se chegar a esse dado utiliza-se o parâmetro de 20 dias úteis/mês. Assim, somam-se os valores das colunas 3, 4 e 5 e esse total deve ser subtraído de 20 dias, logo, o resultado será o número de dias por mês para o Agente de Saúde realizar a pesquisa de casas/UDs.

Coluna 7: Informação a ser buscada com técnicos de endemias da Regional de Saúde, caso seja desconhecida. O PCDC tem como parâmetro uma produção média de 10 a 12 pesquisas de unidades domiciliares/homem/dia, para municípios com população e média de casas fechadas na zona rural maior ou menor conforme o caso.

Coluna 8: Esse dado é o valor da coluna 6 (nº de dias/mês para pesquisa de casas/UDs), multiplicado pelo valor da coluna 7 (média casa/UD pesquisada homem/dia). O produto desta multiplicação será o número de casas/UDs a pesquisar ao mês.

Colunas 9 a 11: Esse dado será o valor da coluna 8 (nº de casas/UDs a pesquisar ao mês) multiplicado por 4 meses para torna-se um quadrimestre. É preciso lembrar que no quadrimestre, no qual o Agente de Saúde ficará de férias deverá ser programado apenas 3 meses de trabalho/pesquisa ativa.

Linha 12: Relacionar apenas os números de RG das localidades a serem trabalhadas no ano. Exemplos: RG1 a 38 para começar da localidade de RG nº 1 e dar sequência numérica; RG39 a 71 e 75 a 89 para continuidade ao trabalho do ano anterior e RG 92 a 136, 72, 73 e 74 para finalizar a PA no município. SRS/DIV-JMBS.

Figura 21 – Planilha de programação anual – Parâmetros para execução da pesquisa ativa de triatomíneos. Formulário utilizado para o registro da programação anual da pesquisa ativa

Pesquisa e Borrifação” (item 12.4, Figura16) correspondente e arquivado com os demais documentos.

13. ALIMENTAÇÃO DO SISPCDCh

13.1. Digitação de dados

Os formulários a serem digitados no SISPCDCh (Sistema de Informação do Programa de Controle da Doença de Chagas), são: “Diário de Pesquisa e Borrifação” (item12.4, Figura 16), produzido pelo Agente de Saúde em seu trabalho de rotina e o “Formulário de Identificação e Exame de Triatomíneo – Laboratório de Entomologia” (item 12.10, Figura 22), produzido pelo Laboratório da Regional de Saúde e devolvido ao município.

Depois de encerrado o mês de trabalho o Agente de Saúde deve organizar os formulários da seguinte forma:

- “Diário de Pesquisa e Borrifação” (Figura 16) de: visita a PIT, recebimento de notificação e atendimento de notificação devem ser organizados por data, formando um bloco de documentos da vigilância passiva.
- “Diário de Pesquisa e Borrifação” (Figura 16) de: Pesquisa Ativa, pesquisa de reavaliação de UD positiva e pesquisa de raio, devem ser organizados, separadamente, por localidade e data, formando um bloco de documentos da vigilância ativa.
- “Formulário de Identificação e Exame de triatomíneo” (Figura 22): deve ser anexado aos seus respectivos formulários “Diário de Pesquisa e Borrifação” (Figura 16). Vale lembrar que essa correlação entre os dois formulários se faz pelo número da etiqueta que, OBRIGATORIAMENTE, deve ser igual em ambos.

Uma vez organizados, esses documentos devem ser repassados ao Coordenador de Endemias que deve conferi-los e caso encontre erros deve providenciar as devidas correções junto ao Agente de Saúde. Depois de conferidos e corrigidos o Coordenador deve repassar esses documentos ao Digitador municipal para fazer a digitação dos dados no SISPCDCh. Em caso de dúvidas o Digitador deve buscar auxílio na Regional de Saúde com a Referência Técnica do sistema de informação do PCDCh ou ainda recorrer ao “Manual do Usuário do SISPCDCh” (MS, 1996; <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>).

13.2. Conferência do trabalho digitado

Ao final da digitação o Digitador deve fazer com que o SISPCDCh organize os dados recebidos, para isso deve “Indexar” e “Consolidar” os dados no módulo ou janela “Manutenção”. É oportuno lembrar que esse procedimento deve ser feito sempre: após a digitação de dados, antes da extração de relatórios e da exportação do banco de dados.


Feito isso, o Digitador deve fazer a conferência do trabalho por meio dos relatórios listados abaixo, sendo todos extraídos na janela “**Relatórios**”, opção “**Produtividade**”, seguido dos itens a serem conferidos, conforme o passo a passo abaixo:

1- Item “Agente de Saúde”:

- “Matrícula”: digitar a matrícula do Agente de Saúde;
- “Período”: registrar a data de início e fim do mês de trabalho digitado;
- “Deseja gravar o relatório em disco?”: digitar “S” (de Sim);

VIGILÂNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS: Atividades de Controle dos Triatomíneos
 Formulário de Identificação e Exame de Triatomíneo - Laboratório de entomologia

1-Dados de Identificação

Identificação da Etiqueta	Data do exame	Responsável pelo Exame
Cód.IBGE: 3100001	_24_/_02_/2017_	
Nº etiqueta: 000003		

2-Dados sobre Exames de Triatomíneos

Código	Espécie	Captura	Estádio	Resultado Parasitológico
17	P.megistus	<input type="checkbox"/> 1 Intra	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Ninfa	<input type="checkbox"/> 1 Positivo
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 Peri	<input type="checkbox"/> 2 Adulto-macho	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Negativo
			<input type="checkbox"/> 3 Adulto-fêmea	<input type="checkbox"/> 3 Não examinado
17	P.megistus	<input type="checkbox"/> 1 Intra	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Ninfa	<input type="checkbox"/> 1 Positivo
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 Peri	<input type="checkbox"/> 2 Adulto-macho	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Negativo
			<input type="checkbox"/> 3 Adulto-fêmea	<input type="checkbox"/> 3 Não examinado
17	P.megistus	<input type="checkbox"/> 1 Intra	<input checked="" type="checkbox"/> 1 Ninfa	<input type="checkbox"/> 1 Positivo
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 Peri	<input type="checkbox"/> 2 Adulto-macho	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Negativo
			<input type="checkbox"/> 3 Adulto-fêmea	<input type="checkbox"/> 3 Não examinado
17	P.megistus	<input type="checkbox"/> 1 Intra	<input type="checkbox"/> 1 Ninfa	<input type="checkbox"/> 1 Positivo
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 Peri	<input type="checkbox"/> 2 Adulto-macho	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Negativo
			<input checked="" type="checkbox"/> 3 Adulto-fêmea	<input type="checkbox"/> 3 Não examinado
17	P.megistus	<input type="checkbox"/> 1 Intra	<input type="checkbox"/> 1 Ninfa	<input type="checkbox"/> 1 Positivo
		<input checked="" type="checkbox"/> 2 Peri	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Adulto-macho	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Negativo
			<input type="checkbox"/> 3 Adulto-fêmea	<input type="checkbox"/> 3 Não examinado
		<input type="checkbox"/> 1 Intra	<input type="checkbox"/> 1 Ninfa	<input type="checkbox"/> 1 Positivo
		<input type="checkbox"/> 2 Peri	<input type="checkbox"/> 2 Adulto-macho	<input type="checkbox"/> 2 Negativo
			<input type="checkbox"/> 3 Adulto-fêmea	<input type="checkbox"/> 3 Não examinado
		<input type="checkbox"/> 1 Intra	<input type="checkbox"/> 1 Ninfa	<input type="checkbox"/> 1 Positivo
		<input type="checkbox"/> 2 Peri	<input type="checkbox"/> 2 Adulto-macho	<input type="checkbox"/> 2 Negativo
			<input type="checkbox"/> 3 Adulto-fêmea	<input type="checkbox"/> 3 Não examinado

- Legenda:
- | | | | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------|----------------------|---------------------------------|
| 01- T. infestans | 10- T. tibiamaculata | 19- P. geniculatus | 28- R. robustus | 37- P. lenti |
| 02- T. sordida | 11- T. petrochii | 20- P. diasi | 29- R. brethesi | 38- P. rufotuberculatus |
| 03- T. brasiliensis | 12- T. circummaculata | 21- P. tupinambai | 30- E. macronatus | 39- C. pilosa |
| 04- T. pseudomaculata | 13- T. guasu | 22- P. lignarius | 31- M. trinidadensis | 40- C. tertins |
| 05- T. maculata | 14- T. pessoai (lenti) | 23- R. neglectus | 32- T. costalimai | 41- T. lenti |
| 06- T. rubrofasciata | 15- T. matogrossensis | 24- R. prolixus | 33- T. deanei | 42- P. carioca |
| 07- T. rubrovaria | 16- T. williani | 25- R. nasutus | 34- T. arthurneivai | 43- P. yurupocu |
| 08- T. vitticeps | 17- P. megistus | 26- R. pictipes | 35- T. olivrai | 44- B. laporti |
| 09- T. melanocephala | 18- P. lutzi | 27- R. domesticus | 36- T. wygodzinskiyi | 45- M. borbai 99 Outros insetos |

Figura 22 Formulário de Identificação e Exame de Triatomíneo - Laboratório de entomologia. Formulário utilizado para o registro de identificação e exame dos triatomíneos

- “Informe nome do arquivo”: digitar e nomear o relatório/arquivo com número, por exemplo: 1, 2, 3 ... em ordem crescente e não repetir número, pois, o sistema não aceita e o relatório não será gerado.

Isso feito, abrirá o “**Relatório de Produtividade Individual**”, onde deve ser feita a conferência das localidades, datas e números das casas trabalhadas. Se for constatado algum tipo de erro, como por exemplo: data ou localidade errada, omissão ou repetição de número de casa, etc., é preciso conferir os formulários para esclarecer, confirmar ou descartar o erro, se necessário providenciar a correção do formulário junto ao Agente de Saúde, para depois efetuar a correção no SISPCDCh.

2- Item “Por PIT”:

- “Nível de atuação”: digitar o código “3”, município;
- “Período”: registrar a data do primeiro dia útil do ano até o último dia trabalhado pelo Agente de Saúde e digitado no sistema;
- “Código”: digitar o código do IBGE do município;
- “Deseja gravar o relatório em disco?”: digitar “S”;
- “Informe nome do arquivo”: nomear o relatório com número, o qual não pode ser repetido.

Para conferência desse relatório, “**Produtividade do PIT**”, é preciso que o Digitador tenha em mãos a “Relação de PITs” (Figura 14). Deverá conferir os números dos PITs, localidades, datas e número das casas. Se o registro for de visita ao PIT sem notificação o nome da localidade e número da casa será o mesmo do endereço do PIT, ou seja, os mesmos dados que se encontram na “Relação de PITs”. Se o registro for de visita ao PIT com notificação de triatomíneo ou de outro hemíptero, o número da casa será do morador que fez a notificação no PIT, bem como, o nome da localidade caso este não resida na mesma localidade onde esteja instalado o PIT.

Deve ser conferido também o “número da notificação por PIT” se houver, lembrando que toda notificação de triatomíneo, fitófago ou predador recebida pelo PIT, deve ser numerada em ordem crescente por recebimento, sem a omissão ou repetição de número. Caso seja encontrado algum erro o Digitador deve providenciar a devida correção e se necessário, junto ao Agente de Saúde. Outro ponto importante a ser verificado é se todo PIT está sendo visitado todos os meses, pois, caso contrário, se configura falha na vigilância passiva por parte do Agente de Saúde ou da Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que, possíveis notificações nos PITs não estarão sendo detectadas em tempo hábil.

2- Item “Etiq. Não Exam.”:

- “Nível de atuação”: digitar o código “3”, município;
- “Período”: registrar a data do primeiro dia útil do ano até o último dia trabalhado pelo Agente de Saúde e digitado no sistema;
- “Código”: digitar o código do IBGE do município;
- “Deseja gravar o relatório em disco?”: digitar “S”
- “Informe nome do arquivo”: nomear o relatório com número, o qual não pode ser repetido.

Nesse relatório que tem o nome de “**Relação de Etiquetas Pendentes**” deve ser verificado, especialmente, se em sua última coluna está registrada a data da realização do exame.

Caso conste a informação “Não realizado” é por que os dados do “Formulário de Identificação e Exame de Triatomíneo” (Figura 22) não foram digitados, diante disso, o Digitador deverá localizar esse formulário e digitar os dados faltosos. É importante frisar que os dados desse formulário devem ser inseridos no sistema no mais tardar no mês seguinte ao seu recebimento.

É indispensável afirmar que só após a conferência dos dados digitados por meio dos três relatórios acima e efetuada as correções dos possíveis erros encontrados, o Digitador deverá fazer a transferência do banco de dados à Referência Técnica do SISPCDCh da Regional de Saúde, a qual deve ocorrer até o **dia 06 de cada mês**.

13.3. Atualização de etiquetas no SISPCDCh

A numeração da etiqueta utilizada no formulário físico “Diário de Pesquisa e Borrifação” (Figura 16) em caso de captura de triatomíneo seja pelo morador ou pelo Agente de Saúde se faz **por ano e por município**.

Sendo assim, para que esse dado possa ser digitado e aceito pelo sistema é preciso que se faça a atualização anual da etiqueta no SISPCDCh. Para isso, primeiramente o Digitador deve “Indexar e Consolidar” o banco de dados na janela “Manutenção” e depois seguir o passo a passo abaixo:

- Janela: “Manutenção”, enter;
- Opção: “Conf. Etiqueta”, enter;
- Selecionar: “Município”, enter;
- Opção: “Atenção! Etiqueta configurada p/município”, enter;
- Opção: “Configuração de etiqueta” (onde traz as medidas da etiqueta), digitar F9 (atualiza), conforme especificado no rodapé da página;
- Opção: “Município”, digitar o código do IBGE;
- Opção: “Atualiza ETIQUETA”, na linha “Atualiza etiqueta para >[]”: digitar o número 000001 (número da primeira etiqueta do ano) dentro do colchete e teclar enter.
- Janela: “Manutenção”, enter;
- Opção: “Indexa”, enter;
- Opção: “Atenção o sistema não deve estar em uso em outra estação”, enter;
- Opção: “Fim da operação”, enter;
- Opção: “Consolida”, enter;
- Opção: “Atenção o sistema não deve estar em uso em outra estação”, enter;
- Opção: “Atenção. Consolidação completa...”, esc para sair da tela uma vez concluída a atualização.

Esse procedimento deve ser feito todo início de ano, antes mesmo da digitação do trabalho do mês de janeiro, assim, quando houver o registro do primeiro triatomíneo do ano o sistema já estará apto a aceitar os dados digitados.

13.4. Cumprimento de metas do PCDCh

A verificação do cumprimento de meta do PCDCh deve ser feita por meio do relatório “Gerencial de Pesquisa” do SISPCDCh. Porém, antes é preciso “Indexar e Consolidar” o banco de dados na janela “Manutenção” e após isso o relatório pode ser extraído da seguinte forma:

- Janela: “Relatório”, enter;
- Opção: “Gerencial”, enter;
- Opção: “Se necessário executar opção consolida em manutenção”, enter;
- Nível: digitar “3”, município;
- Início: digitar a data de início do período/quadrimestre a ser avaliado;
- Fim: digitar a data final do período/quadrimestre a ser avaliado;
- Código: digitar 15,enter; esse código 15, é o número da Regional de Saúde no estado de Minas Gerais.
- Deseja gravar relatório em disco? (essa pergunta estará na linha de rodapé da página): digitar “S” (S de Sim);
- Informe o nome do arquivo” (essa pergunta estará na linha de rodapé da página): nomear o arquivo com número e teclar enter. Evitar repetir o mesmo “nome” por que o sistema não aceita e o relatório não será gerado.

Com esse procedimento será gerado o relatório “**Atividade de Pesquisa por Município**”, que permitirá verificar se a meta do programa foi alcançada. Para isso é necessário somar os valores que constarem na linha “Total” das colunas “(i) Pesquisadas” e “(j) Pendentes” do grupo de colunas de “Unidades Domiciliares”. Assim, para que o município cumpra a meta é preciso que o resultado dessa soma seja igual ou maior que 80% do quantitativo programado para o quadrimestre na “Planilha de Programação Anual – Parâmetros p/Execução da Pesquisa Ativa de Triatomíneo” (Figura 21).

É preciso lembrar que os demais relatórios do SISPCDCh, além dos citados acima, também permitem algumas conferências do trabalho realizado e uma visão entomológica do município, ainda que modesta. Portanto, é muito importante que os profissionais envolvidos no programa adquiram o hábito de analisa-los periodicamente para tomarem conhecimento da situação. Caso venham a detectar alguma situação que fuja à normalidade, seja com relação ao SISPCDCh ou com a rotina das atividades de campo, o Agente de Saúde, Coordenador e Digitador devem verificar, investigar e analisar o fato visando descobrir as causas e, se necessário, devem programar e realizar ações estratégicas objetivando superar a anormalidade detectada e ou comunicar o fato à Referência Técnica Regional do PCDCh para acompanhamento, colaboração e providências, se necessário.

14. DOCUMENTOS DO PCDCh

Os formulários produzidos pelo Agente de Saúde na rotina das atividades de controle dos triatomíneos se configuram em documentos e como tal devem ser arquivados e conservados durante algum tempo.

Neste aspecto, é importante mencionar os conceitos de documento e arquivo sob o foco da legalidade, bem como, responsabilidades dos gestores e obrigações dos órgãos e entidades públicas na gestão dos documentos produzidos.

Essa abordagem é importante tendo em vista que não raro, documentos físicos e banco de dados do PCDCh são perdidos, resultando no prejuízo do direito e utilização da informação pública.

Com o objetivo de melhor esclarecer o conceito de “documento” buscou-se o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005, que tipifica e define diversos documentos; no caso do PCDCh temos:

Documento

“Unidade de registro de informações, qualquer que seja o suporte ou formato”.

Documento cartográfico

“Gênero documental integrado por documentos que contêm representações gráficas da superfície terrestre ou de corpos celestes e desenhos técnicos, como mapas, plantas, perfis e fotografias aéreas”.

Documento digital

“Documento codificado em dígitos binários, acessível por meio de sistema computacional”.

Com relação a “arquivo” o Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005, o define da seguinte forma:

“Conjunto de documentos produzidos e acumulados por uma entidade coletiva, pública ou privada, pessoa ou família, no desempenho de suas atividades, independentemente da natureza do suporte”.

Igualmente, a Lei nº 8159, de 08 de janeiro de 1991, em seu Art. 2º apresenta a seguinte definição de arquivo:

“Conjuntos de documentos produzidos e recebidos por órgãos públicos, instituições de caráter público e entidades privadas, em decorrência do exercício de atividades específicas, bem como por pessoa física, qualquer que seja o suporte da informação ou a natureza dos documentos”.

Faz-se necessário e relevante lembrar que a gestão de documentos públicos é regulada por alguns instrumentos legais, dentre eles: Constituição Brasileira (Brasil, 1988), Lei 8.159 (Brasil, 1991), Decreto 4.073 (Brasil, 2002), Lei 12.527 (Brasil, 2011), etc. Nesse sentido, valem citar alguns artigos da Lei nº 8.159 (Brasil, 1991), que normatizam:

Art. 1º É dever do Poder Público a gestão documental e a de proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação.

Art. 7º Os arquivos públicos são os conjuntos de documentos produzidos e recebidos, no exercício de suas atividades, por órgãos públicos de âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal em decorrência de suas funções administrativas, legislativas e judiciárias.

Art. 21. Legislação estadual, do Distrito Federal e municipal definirá os

critérios de organização e vinculação dos arquivos estaduais e municipais, bem como a gestão e o acesso aos documentos, observado o disposto na Constituição Federal e nesta lei.

Diante do exposto, é de suma importância que os documentos do PCDCh produzidos no município, incluindo o banco de dados do SISPCDCh e SISLOC, sejam arquivados e conservados pelo tempo necessário de acordo com o tipo de documento e legislação local, estadual e ou federal.

15. REFLEXÕES SOBRE O RECONHECIMENTO GEOGRÁFICO

O objetivo do Reconhecimento Geográfico (RG) é reconhecer e delimitar o território geográfico do município por meio de croqui/mapa de cada localidade e mapa de conjunto, ou seja, de todo o município. Como dito anteriormente, em boa parte dos municípios mineiros esse RG foi elaborado entre as décadas de 70 e 80, com nomes, delimitações e características dadas às localidades rurais de acordo com a realidade da época.

Além disso, o RG tem uma particularidade muito importante visto que traz atrelado a si um grande volume de dados entomológicos sobre o vetor de Chagas, desde meados dos anos 70 quando se deu o início da campanha com ações sistemáticas e regulares para o controle da transmissão dessa doença.

Por outro lado, com o decorrer do tempo, a realidade espacial das localidades mudou drasticamente visto que, de modo geral, a zona rural passou por diversas alterações resultantes do fracionamento das propriedades rurais, do êxodo da população rural, da redução do tamanho da família rural, da “urbanização” da zona rural, do avanço tecnológico, dentre outras, o que resulta numa necessidade constantes de atualização dos mapas.

Contudo, apesar da utilização de procedimento arcaico, considerando a disponibilidade das tecnologias atuais, o croqui de localidade, se atualizado, é um documento indispensável e atende às necessidades das atividades de controle dos triatomíneos.

Todavia, a despeito das constantes atualizações realizadas pelo Agente de Saúde naqueles municípios que executam o PCDCh, a “identidade geográfica” rural representada pelo conjunto mapa/croquis, não é a mesma (re)conhecida e utilizada oficialmente pelos municípios na atualidade. Disso resultam algumas dificuldades:

- Para o Agente de Saúde de Chagas recém-contratado, compreender, situar e identificar corretamente, “in loco”, as localidades rurais do município;
- Para a população, que muitas vezes não reconhece o nome atribuído por esse croqui à sua localidade e por isso não informa seu endereço correto ao Colaborador do PIT no caso de notificação;
- A comum destruição da “Ficha de Visita Domiciliar” (Figura 17) que é colada atrás da porta da sala visando identificar a localidade, a UD, etc., tendo em vista o morador não aceitar o nome atribuído à sua localidade.
- Conflitos de compreensão e definição da “identidade geográfica” do município entre as instituições locais e o Programa de Chagas; dentre outras.

Mediante essas dificuldades e discrepâncias somadas ao pouco conhecimento sobre a importância do RG, há uma predisposição por parte de profissionais dos vários níveis de gestão em descentralizar a atualização do SISLOC (Sistema de localidades) para os muni-

cípios e em adequar o RG ao critério geográfico municipal, de forma prática e simplificada, desconsiderando a existência e a dimensão dos dados entomológicos anteriores, atrelados ao RG. Esse procedimento, se levado adiante, impedirá a análise da história entomológica-epidemiológica das localidades, um passado importante que acabaria se tornando uma página em branco.

Ante o exposto, é imprescindível a busca de solução para modernizar a forma de fazer e atualizar o RG com a utilização das tecnologias disponíveis, visando padronizar mapas e croquis com aqueles oficialmente utilizados pelos municípios e as diversas instituições locais. Nessa perspectiva, será possível uma única “linguagem geográfica-municipal” e isso facilitará em muito a parceria entre as diversas instituições e a intercomunicação das ações preventivas voltadas ao cidadão rural.

Essa modernização do RG é essencial, contudo, precisa ser feita de maneira muito pensada e norteada por critérios epidemiológico e entomológicos, com alguns cuidados no sentido de:

- Buscar meios de preservar a história entomológica de quase quatro décadas de controle do vetor, por se tratar de uma série de dados importantes para planejamento de ações e futuros estudos científicos.
- Redefinir a “identidade geográfica” do município de forma que a história original de cada localidade seja vinculada a sua nova situação e configuração.
- Buscar forma de dar continuidade ao registro de dados por localidade.

Além da importância do aspecto científico desses cuidados, essa história entomológica também deve ser considerada como patrimônio público, produto do longo e penoso trabalho realizado por mais de três décadas pela extinta SUCAM/FUNASA por meio de seus pioneiros “Guardas de Endemias”. Sendo assim, esse produto, patrimônio público de valor reconhecido nacional e internacionalmente e de grande importância para a saúde pública, não pode ser deixado ao abandono.

Reforçando esse contexto é preciso destacar, prazerosamente, que a FIOCRUZ MINAS, reconhecadora da importância desses dados, conquistou a curatela do “Cardex”, um arquivo físico pertencente à SUCAM/FUNASA, o qual contém a ficha da história-entomológica das localidades rurais dos municípios do estado de Minas Gerais. Os dados contidos nesse cardex estão sendo zelosamente escaneados pela FIOCRUZ, com vistas a preservar e disponibilizar esse importante e histórico patrimônio público.

Isso posto, a modernização do RG é de fundamental importância, contudo, é extremamente importante que seja feita de forma a permitir a preservação e a vinculação desses dados entomológicos existentes com a criação de uma ferramenta capaz de retomar, expandir e gerir esses dados para posteriores utilizações.

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de grande relevância os avanços alcançados no controle da transmissão da doença de Chagas após décadas de intervenção por meio de ações sistemáticas voltadas ao controle do vetor e aos bancos de sangue, dentre outras ações.

Todavia, é preciso salientar que as ações de controle do vetor não recebem a necessária e merecida atenção e isso poderá resultar, num futuro próximo, na reinfestação domiciliar por espécies de triatomíneos ora controladas ou até mesmo na adaptação ao domicílio por espécies secundárias ou silvestres, considerando a existência de inúmeras espécies no Brasil.

Portanto, a descentralização do controle do vetor para os municípios não pode ser motivo de desmantelamento, enfraquecimento ou abandono das ações do programa, ao contrário, é preciso que não falte o esforço, a determinação política nem competência técnica de todos os níveis de governo para garantir a execução das ações da Vigilância da Doença de Chagas -Atividades de Controle dos Triatomíneos.

É imprescindível que o programa faça parte das agendas técnicas-políticas dos governos e seja executado pelos municípios de forma contínua, permanente e qualitativa.

Diante do exposto esse manual foi elaborado visando contribuir com as Secretarias Municipais, Regionais e Estaduais de Saúde, demais setores e profissionais interessados no controle do vetor da doença de Chagas.

“Fazer tudo bem.
Trabalhar sempre com alma
E com toda alma,
Quer se trate de conduzir às estrelas
Uma nave espacial
Ou de fazer
Uma simples ponta de lápis” ...
(Dom Helder Câmara)

17. GLOSSÁRIO

Alguns termos mencionados nos textos relacionados aos triatomíneos.

Antropofilia: preferência por sangue humano.

Autóctone: espécie silvestre, nativa de uma determinada região; planta ou animal originários do lugar onde foi encontrado.

Aves da família Furnariidae: são as passeriformes. Existem perto de 6 mil espécies, constituindo a maioria das espécies de aves existentes. São alguns: joão-de-barro, joão-graveto, limpa-folha-do-buriti, limpa-folha-riscado, bico-virado-da-caatinga, bico-virado-da-copa e todas as demais espécies denominadas “joão”, “limpa-folha” e “bico-virado”, grimpeiro, trepadorzinho, trepador-quiete, lenheiro, tatac, entre outras.

Colônia (de triatomíneos): é o agrupamento de vários exemplares em todas as fases de desenvolvimento: adultos, ninfas e até mesmo ovos; foco de triatomíneos.

Colonizar (por triatomíneos): é a capacidade de formação de colônia em habitat anteriormente vazio.

Densidade: indicador que retrata o número de triatomíneos capturados por unidade domiciliar.

Domesticidade: capacidade de viver no domicílio ou no entorno deste.

Eclosão: rompimento do ovo e conseqüentemente o nascimento da larva.

Ecdise: processo de muda periódica do exoesqueleto dos artrópodos para seu crescimento físico.

Ecótopo (ou biótopo): é a menor parcela de um certo tipo de habitat dentro de uma grande área geográfica onde vive uma determinada espécie; região que apresenta estabilidade nas condições ambientais e nas populações animais e vegetais.

Entomologia: ciência que estuda os insetos.

Epidemiologia: estudo da distribuição e dos fatores determinantes que influenciam a existência de doenças nas pessoas e animais.

Estádio: cada uma das fases evolutivas por meio das quais ocorre o desenvolvimento de uma planta ou animal.

Exúvia: exoesqueleto (casca) eliminado pelos artrópodes, imediatamente após a muda ou ecdise.

Gênero: é a terminologia que identifica o inseto da subfamília Triatominae.

Hemiélitrica (ou hemélittra): asa anterior dos heterópteros, cuja base é coriácea e a extremidade membranosa, na maioria dos membros desse grupo.

Hemolinfa: fluido sanguíneo dos artrópodes que contém a hemocianina.

Hospedeiro: fonte alimentar que podem ser mamíferos, aves ou répteis.

Índice de infectividade: indicador que retrata a quantidade de exemplares infectados para *T.cruzi*.

Morfologia: estudo das características estruturais dos seres organizados.

Ninfa: é a forma jovem ou imatura de alguns insetos e aracnídeos que passam por metamorfose incompleta, antes de se tornarem adultos. As ninfas diferem dos adultos por não terem asas.

Ordem hemíptera: grupo de espécie de insetos subdivididas em três subordens, sendo a “Heteroptera” a subordem que inclui o triatomíneo, de acordo com o sistema de classificação biológica por categorias hierárquicas.

Parasita: refere-se ao organismo que vive associado a outro e consome tecido ou alimento do seu hospedeiro, causando-lhe dano ou não.

Reservatório: “A tendência de cada vez mais definir reservatório a partir de um foco multidisciplinar, resultou na seguinte definição: “reservatório é a espécie ou complexo de espécies que garantem, em determinada paisagem, a manutenção por longo tempo de um parasito”, (Jansen-Franken, 2017). Alguns mamíferos silvestres e domésticos têm sido naturalmente encontrados infectados pelo parasita *Trypanosoma cruzi*, daí serem considerados reservatórios da doença de Chagas. Os silvestres são: sagui, macaco de cheiro, raposa, gambá, tatu, rato, cuíca, morcego, dentre outros e os domésticos são: cão, gato, porco doméstico, rato doméstico e rato de esgoto. O homem, quando infectado, também é considerado reservatório da doença.

Taxa de Morbidade: é o indicador que reflete o número de pessoas que sofrem de uma doença em determinada população e período específico.

Taxa de mortalidade: é o indicador que retrata o número de óbitos em uma população a cada mil habitantes em um período específico, geralmente em um ano. Pode ser calculado por óbitos de causas gerais ou causa específica.

Taxa de prevalências: é um indicador utilizado para medir a proporção da população acometida por determinada doença, em um período de tempo específico.

Tribo: é a posição entre os níveis de subfamília e gênero no sistema de classificação biológica de determinado grupo de seres vivos.

Trypanosoma cruzi: é o protozoário, agente etiológico, causador da infecção chagásica transmitida pelos triatomíneos.

Ubiquistas: refere-se ao organismo vegetal ou animal que se adapta facilmente a diferentes ambientes.

18. REFERÊNCIAS

ARQUIVO NACIONAL (Brasil). **Dicionário brasileiro de terminologia arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005. 232 p. Publicações Técnicas; nº 51. Disponível em: http://www.arquivonacional.gov.br/images/pdf/Dicion_Term_Arquiv.pdf

AZEREDO, Bernardino Vaz de Melo. **Manual de Borrifação do PCDCh**. Secretaria de Estado da Saúde/MG, Superintendência de Epidemiologia, Coordenadoria de Controle de Zoonoses, Programa de Controle da Doença de Chagas, 2003. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008 – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf?sequence=1?curso=CFS%202%202018

BRASIL. **Decreto 4.073, de 3 de janeiro de 2002**. Regulamenta a Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4073.htm

BRASIL. FIOCRUZ. Jansen-Franken, Ana Maria. Reservatórios de vida livre. **Trypanosoma cruzi**: reflexões sobre reservatórios. Portal da Doença de Chagas, 2017. Disponível em: <http://chagas.fiocruz.br/reservatorios-de-vida/>

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Lei Geral de Acesso à Informação Pública. Diário Oficial [da] República do Brasil, Brasília, DF, 18 nov. 2011, p.1. Disponível em: <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>

BRASIL. **Lei nº 8.159, de 08 de janeiro de 1991**. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil, Brasília, DF, 9 jan. 1991. Disponível em: <http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Departamento de Operações. Coordenação de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores. Controle da Doença de Chagas – **Diretrizes Técnicas**, 1ª Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 1994, 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.742, de 30 de agosto de 1996**. Aprova preliminarmente e publica o texto da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 01/96 que regulamenta a atenção integral à saúde da população. Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_06.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.203, de 05 de novembro de 1996**. Aprova em definitivo e publica o texto da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 01/96 que regulamenta a atenção integral à saúde da população. Brasília, DF, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999**. Regulamenta a NOBSUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 773 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: zoonoses** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 224 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 22)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Controle de Chagas. **DOENÇA DE CHAGAS AGUDA, Aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento**. Guia de consulta rápida para profissionais de saúde, 32 p. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/iptsp/article/viewFile/10738/7137>

BRASIL. **Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

BRASIL. **Portaria Nº 1.955, de 02 de dezembro de 2015**. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1955_02_12_2015.html

BRASIL. **Portaria Nº- 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República do Brasil, Brasília, DF, 16 fev. 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/22/Portarias-204-e-205-de-17-02-2016---Lista-Nacional-de-Notifica----o-Compuls--ria-e-Lista-Monitoramento-Unidades-Sentinelas.pdf>

COLÉGIO ARI DE SÁ CAVALCANTE. **Dicionário de Termos Biológicos** (Embriologia e Zoologia). Disponível em: <https://docplayer.com.br/3879223-Dicionario-de-terminos-biologicos-embriologia-e-zoologia.html> Fev. 2019.

DIAS, João Carlos Pinto; *et al.* **II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas**, 2015. Epidemiol. Serv. Saúde, v.25, num. esp., p.7-86, 2016. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17938>

DIAS, João Carlos Pinto. Vigilância epidemiológica em doença de Chagas. Cad. Saúde Pública[online]. 2000, vol.16, suppl.2, pp.S43-S59. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000800005> - Disponível em: https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v16s2/3483.pdf

DIOTAIUTI, Lileia e BARBOSA, Silvia Ermelinda. **Triatomíneos**. ISBN: 978-85-99016-29-9. Belo Horizonte: CPqRR, 2015.

DIOTAIUTI, Lileia. **Ecologia**, In: **Triatomíneos**: Diotaiuti L e Barbosa SE. FIOCRUZ, CP-QRR:121-137, 2015

DIOTAIUTI L, Pereira MH, Barbosa SE, GUARNERI AA, BELISARIO CJ. Hemiptera. In: Neves DP, Melo AL, Linardi PM, Vitor RWA. **Parasitologia Humana**. Atheneu, 13ª edição, 2017.

EDUCALINGO. **Dicionário**. Biótopo (ou ecótopo). Disponível em: <https://educalingo.com/pt/dic-pt/biotopo> Fev.2019.

FERREIRA, Israel de Lucena Martins and SILVA, Tiago Pessoa Tabosa e. **Eliminação da transmissão da doença de Chagas pelo Triatoma infestans no Brasil: um fato histórico**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [online]. 2006, vol.39, n.5, pp.507-509. ISSN 0037-8682. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822006000500018>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822006000500018

GALVÃO, C., org. Vetores da doença de chagas no Brasil [online]. Curitiba: Sociedade Brasileira de Zoologia, 2014, 289 p. **Zoologia**: guias e manuais de identificação series. ISBN 978-85-98203-09-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/mw58j/pdf/galvao-9788598203096.pdf>

LIMA, Eudes Ferreira. **Dicionário de termos técnicos usados em Ecologia**. / Eudes Ferreira Lima; Jeremias Pereira da Silva Filho; Aryane Florinda de Souza Araújo. – Paranaíba, 2016. Disponível em: https://www.ufpi.br/images/Dicion%C3%A1rio_de_Termos_Usados_em_Ecologia.pdf Fev 2019.

MENDONÇA VJ, ALEVI KCC, PINOTTI H, GURGEL--GONÇALVES R, PITA S, GUERRA AL, PANZERA F, DE ARAÚJO RF, AZEREDO-OLIVER MT, ROSA JA (2016) Revalidation of *Triatoma bahiensis* Sherlock and Serafim, 1967 (Hemiptera, Reduviidae) and Phylogeny of the *T. brasiliensis* *Species Complex*. *Zootaxa* 4107 (2): 239–254. <https://doi.org/10.11646/zootaxa.4107.2.6>

MICHAELIS – **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. 2017, disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?id=11e1>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **NOTA TÉCNICA DVA/SVEAST/SUB.VPS- Nº 07/2017**, Ações de Vigilância do Programa de Controle da Doença de Chagas. Belo Horizonte/MG, 2017. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>

MINAS GERAIS. Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis. **NOTA TÉCNICA/SRS/DIV Nº 05/2013**, Orientações para execução das ações do Programa de Controle da Doença de Chagas/PCDCh – Baseado na Ação 1.9, Elenco 1 do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde: Vigilância Ambiental-2013/2014. Divinópolis, 2013. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde – DEOPE/DATASUS. Programa de

Controle da Doença de Chagas – PCDCCh. **Manual do Usuário**. Produzido pela Equipe de Desenvolvimento da FNS-CR-GO. Goiânia/GO, out de 1996. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Manual do Sistema Referencial Geográfico – SISLOC**. Reproduzido pela Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde (SVPS). Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador (SVEAST). Diretoria de Análise de Situação de Saúde (DASS). Coordenadoria de Gestão de Sistemas de Informação de Saúde (CGSIS), 2012. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/vigilancia-ambiental/>),

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. **Doença de Chagas: Textos de apoio**. Brasília: Ministério da Saúde. SUCAM, 1989. 52p.

MONTEIRO FA, WEIRAUCH C, FELIX M, LAZOSKI C, ABAD-FRANCH F (2018) *Evolution, Systematics, and Biogeography of the Triatominae, vectors of Chagas disease*. In: Rollinson D, Stothard JR (Eds) *Advances in Parasitology*, Cambridge, MA: Academic, 265–344.

MORENO, Elizabeth Castro e BARACHO, Lúcia. Vigilância Epidemiológica no Programa de Controle de Doença de Chagas em Minas Gerais, Brasil (1984-1998). **Cad. Saúde Pública** [online]. 2000, vol.16, supl.2, pp.S113-S116. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000800015>

OLIVEIRA J, AYALA JM, JUSTI SA, ROSA JA, GALVÃO C (2018) Description of a new species of *Nesotriatoma* Usinger, 1944 from Cuba and revalidation of synonymy between *Nesotriatoma bruneri* (Usinger, 1944) and *N. flavida* (Neiva, 1911) (Hemiptera, Reduviidae, Triatominae). *Journal of Vector Ecology* 43 (1): 148–157. <https://doi.org/10.1111/jvec.12294>

SCIELO Books <<http://books.scielo.org>>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/mw58j/pdf/galvao-9788598203096.pdf>

SOUZA ED, VON ATZINGEN NC, FURTADO MB, DE OLIVEIRA J, NASCIMENTO JD, VENDORAMI DP, GARDIM S, ROSA JA (2016) Description of *Rhodnius marabaensis* sp. n. (Hemiptera, Reduviidae, Triatominae) from Pará State, Brazil. *ZooKeys* 621: 45–62. <https://doi.org/10.3897/zookeys.621.9662>

Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Divisão de doença de chagas. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília 1980. **Manual de Normas Técnicas da Campanha de Controle da Doença de Chagas**. 167 pag.

Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, SUCAM. **Manual de Reconhecimento Geográfico**. Brasília, Ministério da Saúde, 1983. 60 p. Disponível em: <http://pide.cpqrr.fiocruz.br/arquivos/manual.pdf> e http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_reconhecimento_geografico_1983.pdf

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre, 2019. Disponível em: https://www.google.com/search?ei=vsZ1XPjaH-rW5OUPi50EsAM&q=tribo+em+biologia&oq=tribo+em+biologia&gs_l=psy-ab.3..0i22i30.63717.68950..69316...0.0..0.96.1057.12.....0....1..gws-wiz.....0i71j0i67j0.UQRwC0i24TI; <https://pt.wikipedia.org/wiki/Furnariidae>

WHO Expert Committee on the Control of Chagas Disease. *Control of Chagas disease: report of the WHO expert committee*. (WHO technical report series; 811) 1. Trypanosomiasis, South American 2. Trypanosomiasis, South American – prevention & control I. Title II Series. ISBN 92 41208112 (NLM Classification: WC 705). ISSN 0512-3054.



Triatoma infestans



Panstrongylus megistus



Triatoma sordida



Trypanosoma cruzi

Fonte: Internet



Rhodnius neglectus



Psammolestes tertius



Panstrongylus diasi



Panstrongylus geniculatus

Para saber mais consulte o TriatoKey – Fiocruz

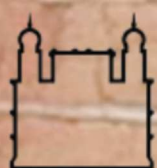
Aplicativo gratuito para identificação de barbeiros.

Disponível na Google Play ou

triatkey.cpqrr.fiocruz.br/

Fotos triatomíneos: Cyro José Soares





Instituto
René Rachou
FIOCRUZ MINAS