ESPPE
ESCOLA DE GOVERNO
EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMUCO

Ângela Monick Ramos Barbosa

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

Educação permanente, estratégia para qualificação e intensificação das ações de campo no controle do vetor da doença de chagas na zona rural do município de Quixaba-PE

QUIXABA-PE

2017

Ângela Monick Ramos Barbosa

PROJETO DE INTERVENÇÃO:

Educação permanente, estratégia para qualificação e intensificação das ações de campo no controle do vetor da doença de chagas na zona rural do município de Quixaba-PE

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública**,** para obtenção do título de Especialista Saúde Pública.

Orientador (a): Luciana Camêlo de Albuquerque

Coorientador (a): Alessandra Tadéia Tenório Noé

SERRA TALHADA -PE

2017

Educação permanente, estratégia para qualificação e intensificação das ações de campo no controle do vetor da doença de chagas na zona rural do município de Quixaba-PE

RESUMO

Repensando novas estratégias e paradigmas voltados para as práticas de saúde que o SUS (Sistema Único de Saúde) oferece aos brasileiros, é de suma importância a inserção da promoção a saúde com educação permanente aos profissionais e a população no que diz respeita ao vetor transmissor da doença de chagas. Atualmente o semi-árido brasileiro, é considerada uma região de alto índice de infestação do vetor, apresentando, maiormente duas espécies com muita frequência: *Triatoma brasiliensis*, considerado principal vetor da doença, e *Triatoma pseudomaculata*. No entanto este projeto de intervenção tem o objetivo de realizar educação permanente como estratégia para qualificação e intensificação das ações de controle do vetor transmisssor da doença de chagas na zona rural do município de Quixaba-PE baseado no que preconiza o PCDCh.

Palavras-chaves: educação permanente, ações de campo, doença de chagas, triatomíneo.

SERRA TALHADA -PE

2017

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO---------- 04

2. JUSTIFICATIVA---------- 06

3. OBJETIVOS---------- 08

4. REVISÃO DE LITERATURA---------- 09

5.MÉTODOS---------- 12

6.RESULTADOS ESPERADOS---------- 15

7. VIABILIDADE---------- 16

8. CRONOGRAMA---------- 17

9.ORÇAMENTO ESTIMADO---------- 18

10. FINANCIAMENTO---------- 19

11.REFERÊNCIAS---------- 20

12. ANEXOS---------- 22

1.INTRODUÇÃO

A doença de chagas (DCh), também chamada de tripanossomíase americana, acometia apenas pequenos mamíferos (tatus, gambás, roedores, etc), que habitavam as matas e campos das Américas. Estes animais dividiam o mesmo habitat com o "barbeiro" silvestre principal vetor do protozoário *Trypanosoma cruzi* causador da doença. Com o aumento da população e novas áreas de colonização o homem foi invadindo os campos e as matas, provocando desequilíbrios ecológicos, que levaram estes insetos a migrarem para espaços próximos as casas dos lavradores e colonos, infectando o homem e mamíferos domésticos dissipando assim a doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989).

No Brasil, ano de 1907 com a construção da Estrada de Ferro Central, nas margens do Rio São Francisco no sertão mineiro, vários operários adoeciam sem saber de que e o porquê. Como assistente do instituo Manguinhos, o médico sanitarista Carlos Chagas, foi enviado, pelo diretor e mestre Osvaldo Cruz para salvaguardar vida de operários que ali trabalhavam realizando campanha antimalárica. No entanto, Carlos Chagas percebeu grande número de inseto chamado vulgarmente de "barbeiros", que viviam nas palhoças da região o qual decidiu estudar. Por volta de 1909, o médico sanitarista descobre a presença de um protozoário no intestino do inseto, e daí coloca o hematófago para picar por diversas vezes macacos para serem analisados. Percebe-se que de 20 a 30 dias os animais infectados começavam a apresentar sintomatologias semelhantes aos operários doentes (COSTA et al, 2008). Outros mamíferos também foram infectados e estudados, confirmando a presença do protozoário *Trypanosoma cruzi* (DIAS,1997).

Diante desta situação foram realizados exames de sangue sistemáticos em indivíduos domiciliados nas casas onde encontrava o "barbeiro" e de pessoas sintomáticas, aprofundando ainda mais sua pesquisa. Chagas passou a investigar sob os mais variados aspectos essa nova infecção, e fez com tanta precisão que não há exemplos de outra entidade mórbida estudada por um único cientista, como o foi, levando assim a conhecida doença de Chagas (DIAS et al, 1945).

A DCh apresenta duas fases clínicas: a fase aguda com elevado número de parasitas no sangue e a fase crônica com parasitemia reduzida. Na maioria dos casos a transmissão ocorre via vetorial sendo responsável por 80 a 90% dos casos da doença no Brasil (DIAS& COURA, 1997). A infecção ocorre pela penetração do protozoário, eliminadas nas fezes ou urina do triatomíneo após o repasto sanguíneo. Segundo Dias et al.(1985), o controle da transmissão vetorial resulta de um trabalho a médio prazo; então como qualificar e intensificar as ações

de campo no controle do vetor da doença de chagas na zona rural do município de Quixaba-PE?

Desde a década de 1950 para o controle específico de vetores que colonizam domicílios, o Ministério da Saúde adota algumas medidas, como utilização de inseticidas de ação residual (controle químico) em casos onde a investigação entomológica indique haver triatomíneos domiciliados; melhoria habitacional (controle mecânico), aliados a ações de caráter educativo desenvolvidas concomitantemente junto as comunidades. Por volta do ano de 1975 foi organizado o Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh) que objetivava, por meio de controle químico, a diminuição e até mesmo a eliminação da transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil. Em 2001, foram municipalizadas as Ações de Controle vetorial desta doença, pesquisa entomológica (captura de triatomíneos nas unidades domiciliares) e o controle químico nas casas positivas com a presença de barbeiro.

No ano de 2011 o estado de Pernambuco lança um projeto pioneiro no Brasil,O Sanar, Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas, que objetiva combater sete enfermidades que têm em comum o fato de serem causadas por agentes infecciosos ou parasitas, além de serem consideradas endêmicas em populações de baixa renda; as chamadas doenças negligenciadas (tracoma, doença de chagas, hanseníase, filariose, esquistossomose, helmintíase e tuberculose). O programa atua em municípios prioritários do Estado, escolhidos através do percentual de incidência, priorizando a vigilância epidemiológica, o fortalecimento e capacitação das equipes de atenção básica para a identificação e manejo clínico adequados, a ampliação do diagnóstico e a melhora do acesso a tratamentos e medicamentos.

Atualmente, repensando novas estratégias e paradigmas voltados para as práticas de saúde que o SUS (Sistema Único de Saúde) oferece aos brasileiros, é de suma importância a inserção da promoção a saúde com educação permanente aos profissionais e a população no que diz respeita ao vetor transmissor da doença de chagas. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o processo de educação permanente pode facilitar o envolvimento de todos os profissionais proporcionando uma troca de saberes, uma reflexão das práticas de serviço, logo, uma interação maior de toda a equipe possibilitando uma melhoria no processo de trabalho. Para Coratta et al 2009, a educação permanente em saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, transformando as relações entre profissionais e comunidades, mudando condutas e atitudes anteriormente repassadas. Esta ação, trás uma maior aproximação dos pacientes com a equipe de saúde, facilitando um intercâmbio que leva em conta as necessidades,

prioridades e dúvidas do lugar em que estes vivem. Este processo tem como pressuposto que para aprender não basta transferir conhecimento, é preciso criar um ambiente propício à construção compartilhada do conhecimento.

2.JUSTIFICATIVA

A Doença de Chagas (DCh) é causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* enquadra-se entre uma das doenças com maior distribuição nas Américas. No Brasil é considerada a quarta causa de morte entre as doenças infecto-parasitárias, sendo as faixas etárias mais atingidas acima de 45 anos (VALENTE,1997).

Na ocorrência da doença, observam-se duas fases clínicas: uma aguda, que pode ou não ser identificada, podendo evoluir para uma fase crônica caso não seja tratada com medicação específica. De acordo com Brasil 2009, os casos crônicos são predominantes em nosso país, decorrentes de infecção por via vetorial, com aproximadamente três milhões de indivíduos infectados sendo que nas últimas décadas, a incidência desta doença na fase aguda tem apresentado significativa redução em várias regiões brasileiras (COURA, 1990).

Esta significativa redução é resultado das ações sistemáticas e contínuas das medidas de controle no combate ao vetor, além de programas dos governos federais e estaduais. Mas, apesar de todo o esforço realizado pelos órgãos de saúde, sempre há a possibilidade de aumento desta endemia, principalmente pelo fato de haver muitas espécies transmissoras.

Atualmente o semi-árido brasileiro, é considerada uma região de alto índice de infestação do vetor, apresentando, maiormente duas espécies com muita frequência: *Triatoma brasiliensis*, considerado principal vetor da doença, e *Triatoma pseudomaculata* (ARGOLO, 2008).

O município de Quixaba localizado no semi-árido brasileiro no interior de Pernambuco, é considerada uma área de alto risco da doença pelo SANAR, cujo critério utilizado é o indicador epidemiológico que retrata a presença do vetor .por mais de um ano, entre os anos de 2005 a 2010. De acordo com dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), foram realizados 238 sorologias entre os anos de 2013 a junho de 2017 em pacientes suspeitos do município, o que suspeita um alto índice de pessoas chagásicas crônica.

Provavelmente os fatores que determinam e condicionam esses dados refletem a forma como esta população ocupa e explora o ambiente em que vive. Atualmente, as moradias de taipas, lugares propícios para reprodução dos triatomíneos, não fazem parte do cenário quixabense, porém criadouros como entulhos, galinheiros, chiqueiros e outros anexos a casa de moradores da zona rural sejam bastante frequente, formando colônias domiciliares do vetor.

Em conformidade com as ações do Programa de Controle da Doença de Chagas – PCDCh o município tem que realizar as pesquisas e borrifações de unidades domiciliares com presença de triatomíneo (barbeiro), conforme orientações da nota técnica 17/2013(ANEXO 1). As ações de controle da transmissão vetorial da DCH, no município é realizada pelo coordenação de endemias juntamente com a vigilância epidemiológica. Para facilitar o envio dos triatomíneos para Secretaria Municipal de Saúde foram instalados 18 Postos de Informação de Triatomíneo (PIT's), distribuídos em diversas localidades rurais. O histórico das ações de controle da transmissão vetorial da DCH em resultância ao Programa Nacional de Controle a Doença de Chagas (PNCDCh), evidenciam a necessidade de aprimorar políticas integradas de controle vetorial e prevenção da doença no município.

Diante deste cenário um dos principais elementos para controlar ou eliminar a doença de Chagas é incorporar educação permanente nos profissionais de saúde que trabalham na detecção, prevenção e controle desta doença. Nesse sentido, o projeto visa qualificar e intensificar as ações de campo no controle do vetor da doença de chagas na zona rural do município de Quixaba-PE através da educação permanente.

3. OBJETIVOS

3.1- Objetivo geral:

Realizar educação permanente como estratégia para qualificação e intensificação das ações de controle do vetor transmissor da doença de chagas na zona rural do município de Quixaba-PE.

3.2- Objetivos específicos:

- ✓ Capacitar os agentes de endemias e comunitários de saúde nas ações do PNCDCh;
- ✓ Intensificar educação em saúde nas unidades de saúde da família junto a população;
- ✓ Realizar pesquisa ativa nas localidades rurais, conforme a nota técnica 17/2013;
- ✓ Realizar a borrifação em unidades domiciliares com captura de triatomíneo;
- ✓ Realizar coleta de sorologia em residentes de unidades domiciliares com presença do triatomíneo positivo para o *T.cruzi*;
- ✓ Monitorar as informações produzidas pelos agentes de endemias digitadas no (sistema de Informação Programa de Controle de Chagas (SISPCDCh) para direcionamento das ações de campo.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A *Tripanossomíase americana ou* doença de Chagas (DCh) como é conhecida, é uma doença endêmica de evolução crônica, cujo agente etiológico é o *Trypanosoma cruzi*, um protozoário pertencente à família Tripanosomatidae, ordem Kinetoplastida (CHAGAS, 1909). Atualmente são descritas mais de 100 espécies de triatomíneos nas Américas, dentre algumas poucas merecem maior atenção da Saúde Pública por serem capazes de colonizar ambientes artificiais, tornando-se responsáveis pela grande maioria de casos humanos da transmissão doença de Chagas, com destaque para *Triatoma infestans*, no Cone Sul e Peru; *Triatoma brasiliensis*, na região Nordeste do Brasil; *Panstrongylus megistus*, no Nordeste e Centro-Sul do Brasil; *Triatoma dimidiata*, na Colômbia, Equador e América Central; *Rhodnius prolixus*, na Colômbia, Equador, Venezuela, América Central e México; Outras espécies, como *Triatoma sordida* e *Triatoma pseudomaculata* (Brasil), *Triatoma maculata* (Venezuela),ou *Triatoma barberi* e *Triatoma longipenis* (México), apresentam importância crescente, devido ao seu potencial de domiciliação, em circunstâncias especiais (DIAS,1993).

A doença de Chagas humana incide em praticamente todos os estados brasileiros, sendo sua ocorrência dependente basicamente da distribuição dos vetores domiciliados. Visto que não existe vacina que evite a infecção da doença, o modo de se impedir o aparecimento de novos casos reside, especialmente, no controle dos principais mecanismos de transmissão (vetorial, transfusional, congênita e, atualmente, oral) do protozoário *Trypanosoma cruzi (*VINHAES & DIAS, 2000). A transmissão vetorial foi considerada, em um passado recente, a principal via de transmissão, responsável por cerca de 80 a 90% dos casos da doença no Brasil (LETRO, 2011).

Esta ocorre quando o triatomíneo deposita suas fezes sobre o tecido cutâneo e mucosas do homem no momento do respaldo sanguíneo. No caso das mucosas, estas, mesmo íntegras, não constituem barreira à penetração do *Trypanosoma cruzi*, ao passo que a pele só é atravessada quando apresenta descontinuidade, causada pela picada do inseto ou por escarificações causada pelo indivíduo, ao coçar. Assim, a transmissão ocorre quando a pessoa coça o local da picada e as fezes eliminadas pelo barbeiro contaminado penetram pelo orifício aberto na pele.

Apesar de muitas pesquisas e de grandes progressos científicos alcançados no que diz respeita a DCh, pesquisadores e estudiosos ainda não conseguiram encontrar uma saída para a cura da mesma, entretanto existe medicamentos capazes de matar e destruir o *Trypanosoma cruzi* no período inicial da doença (fase aguda), mas, infelizmente, as lesões do coração e

outros órgãos que ele ocupou não são reversíveis com sua eliminação, considerando que a melhor forma de enfrentá-la é a prevenção e controle do triatomíneo.

Baseado em trabalhos anteriores desenvolvidos na cidade de Bambuí-MG em 1945, com a criação do Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas (CEPMC) vários inseticidas, inclusive o DDT, foram usados para eliminar e controlar o vetor; porém, a sua utilização não apresentou resultados satisfatórios contra os triatomíneos que, passados alguns dias do combate, voltaram a colonizar espaços detetizados (COURA, 2003). Não havendo resultado satisfatório o CEPMC, implantou ações mencionadas por Chagas em seus trabalhos desenvolvidos, o qual atribuía melhoria das moradias, com o intuito de evitar que os triatomíneos encontrassem nesses locais, condições de abrigo, alimentação e reprodução. Essa linha de trabalho resultou, no ano de 1947, numa parceria com o Governo Federal, por intermédio da Fundação Casa Popular, criada no ano anterior com o objetivo de construção e financiamento de moradias para população de baixa renda.

Entre tantas idas e vindas com criação de departamentos responsável para organizar e executar serviços de investigação e promover o combate a várias endemias, no ano 1975 foi organizado o Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh). Esse programa, organizado pela SUCAM (Superintendência de Campanhas de Saúde Publica) sendo esta, atualmente, denominada Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), baseado nos trabalhos de desinfestação domiciliar, ocorridos, principalmente, nas décadas de 1950 e 1960, objetivava, por meio de controle químico, a diminuição e até mesmo a eliminação da transmissão vetorial da doença de Chagas, principalmente pelo *T. infestans.* Esse programa foi formulado, inicialmente, em três fases: planejamento e reconhecimento geográfico, ataque ao vetor domiciliado e vigilância epidemiológica (MORENO & BARACHO,2000).

O PCDCh realiza dois tipos de atividades: (1) vigilância ativa, pesquisa de focos de triatomíneos, com borrifação de domicílios, realizada por agentes de saúde pública, e (2) vigilância passiva, visita mensal aos Postos de Informação de Triatomíneos (PIT), instalados em locais estratégicos dos municípios como escolas da rede pública e postos de saúde da zona rural, com o objetivo de recolhimento de notificações, triatomíneos e trabalho de divulgação dos PITs, feitos de casa em casa (MORENO & BARACHO, 2000).

A partir da década de 1980, a SUCAM deu início a atividades bastante intensivas no controle e prevenção, cobrindo grande parte da área de risco e transmissão da doença de Chagas, no Brasil. O programa, que teve abrangência nacional, implementou ações de borrifação de inseticidas nos domicílios. No ano de 1999, a partir da *Portaria* 1.399, do

Ministério da Saúde, ocorreu a descentralização das ações de controle de endemias e, consequentemente, a transferência das responsabilidades para o estado e municípios. Os programas de controle de endemias começaram a ser conduzidos pelas prefeituras municipais sob a coordenação das Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS), atualmente denominadas Gerência Regional de Saúde (GRS) (PAULA et al, 2010).

De acordo com Moreno & Baracho, 2000; a OMS (Organização Mundial da Saúde) certificou o Brasil como área livre de transmissão vetorial de uma das espécies dos triatomíneos, o *Triatoma infestans*. Entretanto, vale salientar que mesmo com a eliminação desta espécie, o Brasil possui ainda várias espécies de Triatomíneos silvestres com grande potencial de transmissão da doença, o que não permite ao país desativar ou diminuir as ações de controle a doença de chagas. Atualmente, estados do Rio Grande do Sul, Tocantins, Bahia, Pernambuco, Piauí e Minas Gerais são considerados vulneráveis a DCh por apresentarem focos significativos dos triatomíneos de modo expressivo.

Infelizmente, ações de caráter permanente no controle da doença de Chagas, ainda continuam sendo a única maneira de eliminar ou reduzir o vetor transmissor desta doença negligenciada. Deste modo, precisa-se qualificar e intensificar as ações de campo destinadas ao controle do vetor transmissor da doença de chagas na zona rural do município de Quixaba-PE de acordo com que preconiza o PCDCh.

5.MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um Projeto de Intervenção (PI) voltado para ações de educação permanente no controle do vetor transmissor da doença de chagas. Será realizado nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da zona rural do município de Quixaba - PE, localizado a 412 km da capital do estado de Pernambuco no semi-árido nordestino, mesorregião do Sertão Pernambucano, microrregião do Pajeú. Limita-se ao norte e ao oeste com o estado da Paraíba, ao o sul com o município de Flores-PE e, ao leste com Carnaíba-PE.

Apresenta uma área geográfica de aproximadamente 210 km², sendo constituído pelo distrito sede e pelo povoado de Lagoa da Cruz, apresentando uma população urbana estimada em 2.491 e rural em 4.244, totalizando 6.735 habitantes (IBGE, 2010). A rede de saúde da atenção básica conta com 03 estratégias de saúde da família (ESF): 01 ESF urbana e 02 ESFs rurais.

5.1 Participantes do Projeto de Intervenção

O Projeto de intervenção terá como participantes: 12 agentes comunitários de saúde (ACS) que atuam nas ESFs rurais, 4 agentes de endemias (ACE).

5.2 Período de aplicação do PI

O projeto de Intervenção será desenvolvido no período de Janeiro a dezembro de 2018, com perspectiva de torna-se permanente.

5.3 Etapas de desenvolvimento do PI

Etapa	Intervenção	Meta	Responsável
1	Apresentação do PI Secretaria municipal de saúde, prefeitura municipal	Aprovação de 100%	Coordenações de endemias e epidemiologia
2	Divulgação do projeto para o apoiador do PCDCh da Xªgeres;	Aprovação de 100%	Coordenações de endemias e epidemiologia
3	Realização de 02 oficinas consecutivas de 08 horas de duração cada.	90%dos funcionários citados no item 5.1.	Coordenações de endemias, epidemiologia e apoiador do PCDCh da Xªgeres
4	Exposição de cartazes e distribuição de folders explicativo;	100% das ESF trabalhadas	Coordenações de endemias e

			epidemiologia
5	Aumento do número de pesquisas ativas e das borrifações em residências com presença de triatomíneos	100% das residências trabalhadas	Coordenações de endemias e epidemiologia
6	Coleta de sorologia DCH para todos os residentes de unidades domiciliares com presença do triatomíneo positivo para o *T.cruzi*	100% dos residentes	Coordenação de Epidemiologia
7	Aumento das pesquisas ativas e borrifações. Acompanhamento das informações digitadas no (SISPCDCh)	100% das localidades rurais	Apoiador do PCDCh e coordenador de endemias
8	Elaboração de relatório conclusivo do PI.	01 relatório	Coordenações de endemias e epidemiologia
9	Apresentação do relatório conclusivo do PI a todos que contribuíram direto e indiretamente na execução deste projeto	90% dos profissionais	Coordenações de endemias e epidemiologia

5.6 Coleta de dados

Para elaboração deste PI foram elencados vários problemas identificados no monitoramento e avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas informadas no sistema de Informação Programa de Controle de Chagas (SISPCDCh). Após houve a definição do tema escolhido através dos seguintes critérios: importância do problema, sua urgência e a capacidade de grupo de enfrentá-lo. A coleta de dados será realizada através de análise documental, tendo como base o levantamento bibliográfico nacional selecionado sobre o objeto de estudo e com base nos dados fornecido pelo (SISPCDCh), Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), setor de epidemiologia e endemias municipal. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguinte descritores: doença de chagas e educação permanente.

5.7 Análise de dados

A análise e síntese dos dados extraídos do levantamento bibliográfico e sistema de informação, serão realizadas de forma estatística descritiva, visto que, melhor possibilita observar, contar, descrever e classificar os dados, com a finalidade de reunir o conhecimento produzido no estudo e sobretudo gerar informações para o melhoramento da qualidade das intervenções.

5.8 Monitoramento e avaliação

O monitoramento e avaliação do PI foi feito através do preenchimento dos boletim de campo (ANEXO 2), na realização das atividades de vigilância entomológica e o controle vetorial (captura de triatomíneos nos domicílios e borrifação), pela digitação no SISPCDCh na regional de saúde, bem como o envio mensal regular das informações.

5.9 Considerações éticas

O desenvolvimento do PI foi autorizado pela secretaria municipal de saúde e os dados e informações coletadas serão usados exclusivamente para a construção do estudo com a garantia da privacidade destas informações.

6.RESULTADOS ESPERADOS

Com a aplicação do projeto de intervenção espera-se capacitar através da Educação Permanente cerca de 90% dos ACS e ACEs do município de Quixaba-PE, com a perspectiva de qualificar e intensificar as ações de campo no controle do vetor da doença de chagas. Em suma, a diminuição dos criadouros dos triatomíneos, diminuição da incidência da doença e melhorar o dialogo sobre a doença de chagas coma população.

7.VIABILIDADE

Esse projeto de intervenção será possível de execução, seja no aspecto financeiro quanto no operacional. Os recursos necessários para excursão do mesmo não terá altos custos já que o município desencadeia as ações direcionadas pelo PCDCh. O município disponibilizará o material gráfico já disponível em seus estoques, fazendo assim uma melhor utilização desses, alem do uso de materiais áudio-visuais, emprestado pela secretaria municipal de saúde. As ações propostas para alcançar os objetivos traçados são possíveis de realização, já que teremos profissionais capacitados para desenvolver as oficinas.

8. CRONOGRAMA

Cronograma de Atividades:

Atividades	**Previsão**	
	Início	Término
Apresentação do PI para Secretaria de Saúde	Janeiro-2018	Janeiro-2018
Apresentação do PI para os profissionais de saúde envolvidos	Janeiro-2018	Janeiro-2018
Oficina implantação do PI	Fevereiro-2018	Fevereiro-2018
Oficina de desenvolvimento (como trabalhar as ações)	Março-2018	Março-2018
Capacitações de educação permanente	Abril-2018	Abril-2018
Monitoramento das ações	Maio-2018	Maio-2018
Apresentação dos resultados	Dezembro-2018	Dezembro-2018
Definição do fluxograma fixo para a realizações dessas capacitações constantes	Dezembro-2018	Dezembro-2018

9.ORÇAMENTO ESTIMADO

Material	Quantidade	Valor individual	Total
Resma papel A4	01	20,00	20,00
Livro ata	01	10,00	10,00
Caneta	2 caixas	25,00	50,00
Lápis	2 caixas	21,00	42,00
Pasta de papel	50 unidades	2,00	100,00
Combustível	50 litros	4,00	200,000
Alimentação	Café, almoço e lanche	28,00	560,00
Hospedagem para apoiador do PCDCh	1 pessoa	60,00	60,00

10. FINANCIAMENTO

As propostas do presente projeto de intervenção serão executadas a partir dos recursos financeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Quixaba - PE com apoio da prefeitura municipal, e governo do estado (Xªgeres).

REFERÊNCIAS

ARGOLO, A. M. et al. Doença de Chagas e seus principais vetores no Brasil. Império Novo Milênio. Rio de Janeiro. 2008.

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.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SLAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. Saúde soc. vol. 18. supl. 1 São Paulo Jan./Mar. 2009.Disponível em http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/08.pdf. Acesso em 13/03/2017.

CHAGAS, C (1909). Nova tripanossomíase humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi*, n. gen., n. sp. agente etiológico de nova entidade mórbida do homem. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, vol.1, p. 159-218.

COSTA, S. C. G. et al. A doença de chagas ontem e hoje . Parte I – o impacto da descoberta de uma nova patologia para o homem no novo mundo. Ciência em tela - Volume 1, Número 1 – 2008.

COURA, J.R., 1990 - Doença de Chagas como endemia na Amazônia Brasileira: risco ou hipótese? Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 23: 67-70.

DIAS, J.C.P.A Doença de Chagas e seu controle na América Latina. Uma análise de possibilidades. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.201-209, abr./jun.,1993.

DIAS, JCP (1994). Estratégias e perspectivas atuais na consolidação do controle de vetores na etapa de vigilância epidemiológica. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 27 Suppl 2:63-6.

DIAS, JCP; LOYOLA, CCP; BRENER, S (1985). Doença de Chagas em Minas Gerais: situação total e perspectivas. Revista Brasileira Malariol. Doença Tropical.37:7-28.

DIAS, JCP., and COURA, JR., org. Clínica e terapêutica da doença de Chagas: uma abordagem prática para o clínico geral[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 486 p. ISBN 85-85676-31-0.

DIAS, E. et al. *Doença de chagas*. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 1945. 496p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICAS (IBGE). Disponível em:.https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_pernambuco.pdf. Acesso em 24/07/2017.

LETRO, R. B. Avaliação do programa de controle da doença de chagas no município de Antônio Dias, Vale do Aço, Minas Gerais, após a implantação da vigilância epidemiológica. 2011.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde,2005.

MORENO, E. C.; BARACHO, L. Vigilância epidemiológica no Programa de Controle da Doença de Chagas em Minas Gerais, Brasil (1984-1998). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.2, n.16, p.113-116, 2000.

PAULA, M. B. C. et al. Ocorrência e positividade para *Trypanosoma cruzi* em triatomíneos de municípios da região sudeste do Brasil, de 2002 a 2004. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.43 no.1 Uberaba Jan./Feb. 2010.

VALENTE, S. A. S. *et al*. Doença de Chagas. In: LEÃO, N. Q. (Coord.) Doenças Infecciosas e Parasitárias: Enfoque Amazônico. Belém: Cejup: UEPA: Instituto Evandro Chagas, 1997.

VINHAES M.C., DIAS J.C P. Doença de Chagas no Brasil. Cad Saúde Pública 2000; 16 Suppl 2:7-12.

ANEXOS

Anexo1

Secretaria de Saúde

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS
GERENTE DE VIGILÂNCIA DE CONTROLE DE DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E TRANSMITIDAS POR VETORES
COORDENAÇÃO TÉCNICA ESTADUAL DE CHAGAS, TRACOMA E MALÁRIA

NOTA TÉCNICA Nº17/2013 – CEDCHTM/GVCDNTV/DGCDA/SES-PE

Recife, 14 de junho de 2013.

Assunto: Orientações sobre a Vigilância Entomológica e o uso de inseticida de ação residual no controle de triatomíneos em Pernambuco – vetores da Doença de Chagas. Documento elaborado de acordo com a Nota Técnica Nº 36/2012 – CGDT/DEVEP/SVS/MS.

A Doença de Chagas ainda é uma doença de importância para a saúde pública. Estima-se que existam entre 16 a 18 milhões de infectados no Brasil. Em 2006, o Brasil recebeu da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Certificação da Eliminação da Transmissão Vetorial Domiciliar da Doença de Chagas (DC) pelo *Triatoma infestans,* principal espécie transmissora, devido a sua maior antropofilia e adaptação ao domicílio. Atualmente, as populações domiciliadas de *T. infestans* encontraram-se controladas, porém focos residuais ainda persistem no país (Bahia e Rio Grande do Sul).

Após a interrupção da transmissão vetorial por *T. infestans,* outras formas de transmissão da doença ganham importância. Antes considerada inusitada a transmissão oral em áreas anteriormente indenes para a transmissão da doença (Região Amazônica), vem ocorrendo, atualmente com mais frequência. No período de 2007 a 2010, a Região Norte, foi responsável por cerca de 90% dos casos confirmados de Doença de Chagas Aguda (DCA) no Brasil.

Com a eliminação das populações de *T. infestans,* outras espécies colonizadoras com menor capacidade e competência vetorial ocupam o espaço deixado pela principal espécie, adquirindo maior importância. As modificações ambientais têm favorecido a adaptação de vetores aos ambientes artificiais, estabelecendo novos espaços para o aparecimento da doença.

Para que os esforços obtidos permaneçam consolidados, as ações de vigilância do vetor e o controle químico devem continuar a ser realizadas nos municípios, como forma de impedir o estabelecimento de novos focos de transmissão vetorial, principalmente por outras espécies consideradas de importância secundária (*Panstrongylus megistus, Triatoma brasiliensis, Triatoma rubrovaria, Triatoma maculata, Triatoma pseudomaculata, Triatoma sórdida*).

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi - Recife-PE - CEP: 50751-530
Fone: (81) 3184.0000

VIGILÂNCIA ATIVA

1. **Espécie *Triatoma infestans:***
   a) Quando numa busca ativa for encontrado um (1) único exemplar ou colônia de *Triatoma infestans,* vivo ou morto, independente da positividade para *Tripanosoma cruzi,* recomenda-se borrifar toda a unidade domiciliar (UD) no intra e peridomicílio.
   b) Deve-se estender a pesquisa para toda a localidade (100% das UD'S). Essa localidade deverá ser trabalhada por três anos consecutivos. Se ainda no ano subseqüente for encontrado algum exemplar vivo, a pesquisa deverá ser estendida por mais três anos. A localidade será considerada livre de foco de *T. infestans,* quando **por três anos consecutivos** manter-se negativa nas reavaliações.
   c) As unidades domiciliares positivas com exemplar(es) vivo(s) ou morto(s) deverão ser reavaliadas após seis meses (segunda visita), caso sejam encontrados exemplar(es) vivo(s) ou morto(s), a unidade domiciliar deverá ser reavaliada numa terceira visita após seis meses.

Caso seja encontrado um único exemplar dessa espécie deve-se informar a Coordenação Estadual do Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCH), através dos telefones (81) 3184-0220/0216 e pelo E-mail: chtmpe@gmail.com.

2. **Para as espécies (*Panstrongylus megistus, Triatoma brasiliensis, Triatoma pseudomaculata, Triatoma rubrovaria, Triatoma sórdida, Panstrongylus lutzi*), capturadas no ambiente domiciliar:**
   a) Quando numa busca ativa encontrar pelo menos um (1) exemplar adulto vivo ou colônia (presença de ovos ou ninfas), independente da positividade para *T. cruzi,* recomenda-se a borrifação da unidade domiciliar no intra e peridomicílio.
   b) Deve-se estender a pesquisa entomológica para um raio de 100 metros a partir da unidade domiciliar positiva. Caso haja nova UD positiva nesse raio amplia-se novamente o raio para mais 100 metros.
   c) As unidades domiciliares positivas deverão ser reavaliadas após seis meses. Caso não seja encontrado triatomíneo vivo ou morto, a atividade deverá ser encerrada.

d) Quando na busca ativa for encontrado colônia (presença de ovos ou ninfas) de ***Panstrongylus lutzi***, deve-se realizar uma investigação entomológica na área e informar a Coordenação Estadual do Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCH), através dos telefones (81) 3184-0220/0216 e pelo E-mail: chtmpe@gmail.com.

Na pesquisa programada em localidades de até 150 unidades domiciliares (UD'S) deve-se realizar a pesquisa entomológica em 50% da localidade; quando a localidade tiver entre 151 a 300 unidades domiciliares, deve-se trabalhar 30% da localidade. Em áreas acima de 300 UD'S, deve-se trabalhar 20% da localidade.

3. **Para as espécies predominantemente silvestres (*Triatoma tibiamaculata, Triatoma vitticeps, Rhodnius neglectus, Rhodnius pictipes, Rhodnius nasutus, Rhodnius robustus*) e outras, capturadas no ambiente domiciliar:**
   a) Quando numa busca ativa for encontrado pelo menos um (1) exemplar adulto vivo ou colônia (presença de ovos ou ninfas) independente da positividade para *T. cruzi*, recomenda-se borrifar toda a unidade domiciliar no intra e peridomicílio.
   b) Quando encontrar colônia (presença de ovos ou ninfas) deve-se realizar uma investigação entomológica na área e informar a Coordenação Estadual do Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCH), através dos telefones (81) 3184-0220/0216 e pelo E-mail: chtmpe@gmail.com.

VIGILÂNCIA PASSIVA

Deve-se pesquisar a unidade domiciliar, oriunda de uma notificação positiva para triatomíneo no período máximo de 60 dias, após a entrega do inseto pelo morador. **Se na pesquisa** a unidade domiciliar for positiva ou se este triatomíneo for positivo para *T. cruzi* borrifar toda a unidade domiciliar no intra e peridomicílio.

É importante orientar os moradores em todos os momentos da ação de vigilância ativa ou passiva sobre a utilização de medidas de proteção individual como o

uso de mosquiteiro, manter longe da casa os abrigos de animais, além de utilização de barreiras físicas (telas) para vedação de aberturas e frestas em portas e janelas. Manter o ambiente externo da casa limpo, livre de entulhos (tijolos, madeiras, telhas) e de materiais orgânicos que favoreçam a colonização.

O Ministério da Saúde preconiza o controle de triatomíneos através da utilização de inseticidas piretróides aplicados no intra e peridomicílio em situações específicas, ou seja, a borrifação deverá ser realizada para reduzir o índice de infestação e impedir a colonização das UDs. Dessa forma, deverá ocorrer em UDs com paredes e teto para que as condições da moradia não interfiram no efeito da ação. Porém, para a indicação do controle químico, deve-se considerar a espécie triatomínica capturada nas atividades de pesquisa entomológica nas UDs.

Em todos os casos, as ações de orientação ao morador devem ser realizadas para o adequado manejo do ambiente domiciliar, além das boas práticas com os alimentos consumidos *in natura* visando à prevenção de doença por transmissão oral.

Os municípios prioritários para a Doença de Chagas pelo Programa SANAR, permanecerão com a metodologia de vigilância entomológica que já vem sendo utilizada (pesquisa de 100% das UD'S nas localidades prioritárias) e de Controle vetorial (borrifação e reavaliação das UD'S positivas).

Roseléne Hans

Roseléne Hans Santos
Diretora Geral de Controle de Doença e Agravos
Mat. 423.138-5 SESPE

Anexo 2

GOVERNO DE Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
II GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

PROGRAMA DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS - FORMULÁRIO DIÁRIO DE ATIVIDADES - FPCDCH-01

1 - Localização da Unidade Domiciliar

Código do Município	Nome do Município	Data Atividade	Atividade
Código da Localidade	Nome da Localidade	Categoria	☐ 1 - Pesquisa ☐ 2 - Borrifação ☐ 3 - Atendimento ao PIT

Nr. Casa	Compl.	Pendência da Pesquisa	Pendência da Borrifação
		☐ 1 - Recusa ☐ 2 - Casa Fechada	☐ 1 - Recusa ☐ 2 - Casa Fechada

Nome do Morador/Colaborador	Nº Hab.	Nº Anexos

Tipo de Parede

☐ 1 - Alvenaria c/ Reboco ☐ 2 - Alvenaria s/ Reboco ☐ 3 - Barro c/ Reboco ☐ 4 - Barro s/ Reboco ☐ 5 - Madeira ☐ 6 - Outros

Tipo de Teto	Situação da Casa
☐ 1 - Telha ☐ 2 - Palha ☐ 3 - Madeira ☐ 4 - Metálico ☐ 5 - Outros	☐ 1 - Nova ☐ Demolida

2 - Dados da Pesquisa e Borrifação

Intradomicílio			Peridomicilio	
Captura	Presença de Vestígios	Utilizando	Captura	Presença de Vestígios
☐ 1 - Triatomineo ☐ 2 - Outros Insetos	☐ 1 - Ovos ☐ 2 - Outros Vestígios	☐ 1 - Instrumento de Detecção	☐ 1 - Triatomineo ☐ 2 - Outros Insetos	☐ 1 - Ovos ☐ 2 - Outros Vestígios

Tipo de Desalojante	Nº de Cargas	Tipo de Inseticida	Nº de Cargas

Nº do PIT	Nº Notif.	Mat. Ag. Saúde	Assinatura do Agente de Saúde

Data do Visto	Visto do Chefe de Equipe	ETIQUETA

Anexo 3

ESTADO DE PERNAMBUCO

CNPJ 35.667.229/0001-69

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Padre Maciel, S/N – centro – CEP – 56828-000

TEL/FAX (87) 3854-8262 **E-MAIL – ssquix@bol.com.br**

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins autorizar a construção do projeto de intervenção intitulado **EDUCAÇÃO PERMANENTE, ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO E INTENSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE CAMPO NO CONTROLE DO VETOR DA DOENÇA DE CHAGAS NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE QUIXABA-PE,** realizado por ÂNGELA MONICK RAMOS BARBOSA, sob orientação Ma. LUCIANA CAMÊLO, à ser apresentado como critério para conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). E afirmo que esta instituição tem condições e apoia construção do referido trabalho.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que os envolvidos comprometam-se a utilizar os dados coletados e as informações provenientes da intervenção exclusivamente para a construção do Projeto de Intervenção.

Quixaba, 04 de Outubro de 2017

Efigênia Ribeiro da Silva

Efigênia Ribeiro da Silva
Secretária de Saúde

Efigênia Ribeiro da Silva
Secretária Municipal de Saúde
Mat. 859