



PROGRAMA SANAR

Cadernos de Monitoramento

Volume 4
Doença de Chagas



PROGRAMA SANAR

Cadernos de Monitoramento

Volume 4
Doença de Chagas

2014

© 2014. **Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.**
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Tiragem: 1.ª edição – 2014 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.
Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519,
Bongij - Recife-PE
CEP: 50751-530
Telefone: (81) 3184-0183/0184
E-mail: sevspe@gmail.com
Home page: www.saude.pe.gov.br

Elaboração

José Lancart Lima
Ana Virginia Matos
Paula R. Luna de Araújo Jácome

Revisão

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra
José Alexandre Menezes da Silva
Juliana Martins B. da Silva Costa
Eronildo Felisberto

Consultoria Especializada

Ana Cláudia Figueiró
Isabella Samico
Paulo Friás

Capa e Diagramação

Rafael Azevedo de Oliveira

Ficha Catalográfica

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Cadernos de Monitoramento - Programa Sanar – Volume 4: Doença de Chagas / Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.- 1. ed. - Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2014.
19p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
1. Doenças Negligenciadas. 2. Doença de Chagas. 3. Vigilância em Saúde. I. Título. II. Série.

Governador de Pernambuco

João Soares Lyra Neto

Secretário Estadual de Saúde

Ana Maria Albuquerque

Chefe de Gabinete

Cecília Campos

Secretária Executiva de Coordenação Geral

Ana Cláudia Callou

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

Eronildo Felisberto

Secretária Executiva de Atenção à Saúde

Ivete Buril

Secretária Executiva de Regulação em Saúde

Ana Lúcia Ávila

Secretária Executiva de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde

Cinthia Kalyne de Almeida Alves

Secretário Executivo de Administração e Finanças

Ednaldo Alves Moura Júnior

Superintendência de Comunicação

Rafael Montenegro

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

Eronildo Felisberto

Assessoria de Gabinete SEVS

Ana Cláudia Simões Cardoso

Ana Coelho de Albuquerque

Anna Samonne Amaral Lopes

Assessoria de Planejamento SEVS

Alessandro Cerqueira

Coordenador do Programa SANAR

José Alexandre Menezes da Silva

Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos

Roselene Hans Santos

Assessoria da Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos

Sílvia Cabral

Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias

Ana Lucia Souza

Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose

Cândida Maria Nogueira Ribeiro

Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase

Raissa Alencar

Gerência de Prevenção e Controle das Zoonoses, Endemias e Riscos Ambientais

Bárbara Morgana

Coordenação de Vigilância de Chagas, Tracoma e Malária

Gênova Azevedo

Diretora Geral de Informações e Ações Estratégicas da Vigilância Epidemiológica

Patrícia Ismael de Carvalho

Diretora Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Gerência de Monitoramento e Avaliação em Saúde

Juliana Martins B. da Silva Costa

Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde

Monik Silva Duarte

Coordenação de Análise e Disseminação da Informação em Saúde

Paula R. Luna de Araújo Jácome

Diretor Geral do Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN

Ovídio Araípe

Diretor da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - APEVISA

Jaime Brito

Equipe SANAR

Alessandra Tadeia Tenório Noe
Ana Beatriz Rigueir
Ana Virginia Matos
Anabelle Bezerra Ferreira
Antônio Reldismar Andrade
Aymé Medeiros
Cintia Michelle Godim de Brito Lima
Dafne Borba Mendes
Denise de Barros Bezerra
Elaine Mendonça
Flávia Silvestre Outtes
Gina Cristina Freitas
José Lancart Lima
Juliana Maria Oliveira Cavalcanti Marinho
Karla Michele de Lima Alves
Kátia Sampaio Coutinho
Ludmila Vieira Nogueira da Paixão
Marcela Vieira
Mária de Lourdes Ribeiro
Mária do Livramento F. de Freitas
Marjory Dowell de Brito Cavalcanti
Mirella Cristina Bezerra de Melo
Pietra Lemos Costa
Polyana Karla Francisca da Silva
Rafael Ferreira de França
Rômulo Granja de Souza
Sérgio Murilo Coelho de Andrade
Tânia Gomes de Carvalho
Vânia Cavalcanti

Apoio Administrativo

Camila Moura
José Everaldo Bezerra Júnior
Mária Roseni Paulino da P. Silva
Marta Ximenes
Ricardo Alex de Lima
Sóstenes Marcelino da Silva Junior
Wanessa Cristina de Souza

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
1 Monitoramento e avaliação: ferramentas essenciais para os serviços de saúde	09
1.1 <i>Desenho do Modelo Lógico</i>	10
1.2 <i>Matriz de Monitoramento</i>	12
2 Doença de Chagas: monitoramento das ações de controle	13
2.1 <i>Resultados do Monitoramento das Ações de Controle da Doença de Chagas</i>	16
2.2 <i>Conclusões</i>	18
REFERÊNCIAS CONSULTADAS	19

APRESENTAÇÃO

O termo Doenças Negligenciadas tem sido utilizado para se referir a um conjunto de doenças causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) que, embora sejam diversificadas do ponto de vista médico, possuem em comum o fato de estarem fortemente associadas à pobreza e resistirem de forma mais intensa em ecossistemas tropicais, onde tendem a coexistir. Estas não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países. Além disso, ao longo de muitos anos, essas doenças não têm recebido investimentos adequados para prevenção e controle, quer pela ausência de pesquisas ou produção de fármacos e vacinas, quer pelos reduzidos investimentos por parte dos órgãos públicos de governo. Desta forma, todos esses fatores convergem para que estas doenças afetem mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo e representem mais de 12% da carga global de doenças.

Buscando alcançar as metas do milênio no que diz respeito ao desenvolvimento global e à redução das desigualdades continentais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu alguns temas fundamentais para a redução da magnitude das doenças transmissíveis, elegendo algumas enfermidades consideradas negligenciadas. No Brasil, estratégias para prevenção, controle e eliminação vêm sendo desenvolvidas priorizando intervenções direcionadas às populações em condições socioeconômicas menos favoráveis e ampliando o acesso aos serviços e ações de saúde em consonância com o que prevê a OMS, no Plano Mundial de Luta contra as Doenças Tropicais Negligenciadas (OMS/2008-2015). Porém, apesar desses investimentos, o país apresenta desigualdades intraurbanas importantes, com diferentes determinantes que sustentam a permanência de alguns desses problemas de saúde.

Embora o Brasil tenha alcançado êxito no controle de doenças transmissíveis, por meio dos seus programas específicos, nos últimos anos, algumas destas ainda persistem em muitas populações do país, como é o caso de Pernambuco. Assim, com o propósito de desenvolver ações direcionadas para a redução da carga e/ou eliminação dessas doenças, o Governo do Estado lançou o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – SANAR, elegendo 7 (sete) doenças a serem enfrentadas de forma mais incisiva, no período de 2011 a 2014.

Para tanto, foram consideradas as doenças negligenciadas que apresentavam as seguintes características: estarem incluídas na agenda internacional (Resolução OPAS/OMS CD 49.R19), possuírem carga que justificam a intensificação das ações de controle, possuírem intervenções tecnicamente viáveis e rentáveis, não possuírem financiamento específico (exceto tuberculose), causarem incapacidades, serem preveníveis ou eliminadas com quimioterápicos e possuírem disponibilidade de diagnóstico e tratamento na rede de saúde, a saber: esquistossomose, geo-helmintíases, tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, filariose e tracoma.

Pernambuco, portanto, inova no sentido de ser o primeiro estado brasileiro a desenvolver uma política direcionada ao enfrentamento integrado dessas doenças, em 108 municípios definidos como prioritários. Além das ações de rotina executadas pelos programas específicos, o Programa Sanar desenvolve atividades de fortalecimento da vigilância e da atenção básica voltadas para a identificação e manejo clínico adequados de pacientes, bem como prevê a ampliação do

diagnóstico laboratorial, a melhoria do acesso ao tratamento e medicamentos e a realização de ações educativas e de mobilização social.

Em que pese a importância da formulação adequada das ações para o enfrentamento dessas doenças, outras estratégias precisam ser adotadas para conferir sustentabilidade e durabilidade. Isto só é possível mediante o envolvimento ativo dos profissionais da vigilância em saúde e da assistência, principalmente os da atenção básica, não só na compreensão do problema e na execução das ações de controle, mas, principalmente, no monitoramento das ações. Desta forma, um pensamento crítico pode ser formado a respeito dos caminhos adotados.

Considerando estes aspectos, a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde elaborou os Cadernos de Monitoramento - Programa Sanar, tendo como premissa que o monitoramento é uma atividade meio fundamental para o processo de gestão do SUS. O volume 4 do Cadernos de Monitoramento se propõe a detalhar os caminhos conceituais e operacionais tomados pela Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco no tocante ao controle da doenças de Chagas, por meio da participação ativa de todos os envolvidos no acompanhamento dos indicadores selecionados para que assim se pudesse aprimorar o programa em busca do objetivo primordial de sua implantação, que é a transformação na realidade de saúde das populações sob risco.

1 Monitoramento e avaliação: ferramentas essenciais para os serviços de saúde

O campo da avaliação em saúde é impregnado por uma diversidade de termos, conceitos e métodos que é coerente com a multiplicidade de questões consideradas pertinentes na área da saúde e com a heterogeneidade e complexidade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas. Embora haja esta diversidade conceitual e terminológica, os objetivos oficiais avaliação em saúde são bem claros: (a) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção, (b) fornecer informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer, (c) determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida, (d) utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem estar coletivo e (e) contribuir para o progresso dos conhecimentos (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Dentro do processo avaliativo, identifica-se o monitoramento como uma atividade *meio*, que pode ser descrita como o **"acompanhamento continuado de compromissos (objetivos, metas e ações), explicitados em planos, programações ou projetos, de modo a verificar se estes estão sendo executados conforme preconizado"** (BRASIL, 2010). É, portanto, uma importante ferramenta de gestão, já que permite que se tire conclusões a respeito do andamento de uma ação antes que esta chegue ao fim.

Dessa forma, o monitoramento tem uma carga avaliativa, no momento em que também faz uma análise comparativa com determinado referencial, produzindo informações sistemáticas importantes para o planejamento das ações e para a realização de uma avaliação. Considera-se o monitoramento parte essencial do planejamento das ações, devendo abranger desde aspectos relacionados ao modo de execução do trabalho previsto para alcançar os objetivos da intervenção (processo) até aqueles relacionados com os resultados que se pretendem alcançar. A avaliação, por sua vez, responde a questões avaliativas a partir de hipóteses geradas no monitoramento sobre as diferenças observadas entre o que é de fato realizado e as normas preconizadas para a sua execução.

É importante demarcar que um Programa de Saúde representa um sistema organizado de ação que visa, dentro de um determinado contexto e período de tempo, modificar o curso provável de um fenômeno, a fim de atuar sobre uma situação problemática, sendo por isso, categorizado como intervenção na área de saúde e que, por isso, é passível de ser monitorado e avaliado (CHAMPAGNE *et al*, 2011).

Neste sentido, torna-se imprescindível a disseminação do entendimento sobre a avaliação/monitoramento em saúde, por meio do desenvolvimento da capacidade técnica dos envolvidos no programa, uma vez que somente se apropriando de seus conceitos, práticas, meios e objetivos, pode-se fazer uso do seu desígnio principal de modificar em tempo oportuno as práticas profissionais no sentido de decidir sobre a conveniência de mantê-las, interrompê-las ou modificá-las em busca dos resultados almejados. O efetivo envolvimento e participação (compreensão → consciência crítica → atitudes) de todos no processo de monitoramento contribui com a superação da concepção de que o processo de monitoramento se encerra no simples registro dos dados nos sistemas de informação e seu envio periódico e acrífico às instâncias superiores.

Para se proceder ao monitoramento e avaliação de programas de saúde se faz necessário conhecer bem seus objetivos, metas e público-alvo, assim como seus componentes, atividades a serem realizadas, e os produtos e resultados que se espera obter com a realização das atividades propostas pelo programa. A elucidação dessas questões básicas referentes ao programa que se pretende monitorar/avaliar pode ser realizado por meio do desenho de um diagrama de funcionamento do programa, que envolve uma cadeia de eventos lógicos desde os componentes até os resultados esperados. Este diagrama é denominado de Modelo Lógico, e será descrito adiante.

1.1 Desenho do Modelo Lógico

Antes de partir para a compreensão do conceito de Modelo Lógico, faz-se necessário conhecer as significações individuais de cada termo. Define-se *modelo* como aquilo que serve de objeto de imitação, e *lógica* como a organização coerente e estruturada do pensamento (ordenação do raciocínio). Portanto, o Modelo Lógico pode ser definido como um "esquema visual que expõe o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos - estrutura, processos e resultados" (MCLAUGHIN e JORDAN, 1999; ROWAN, 2000).

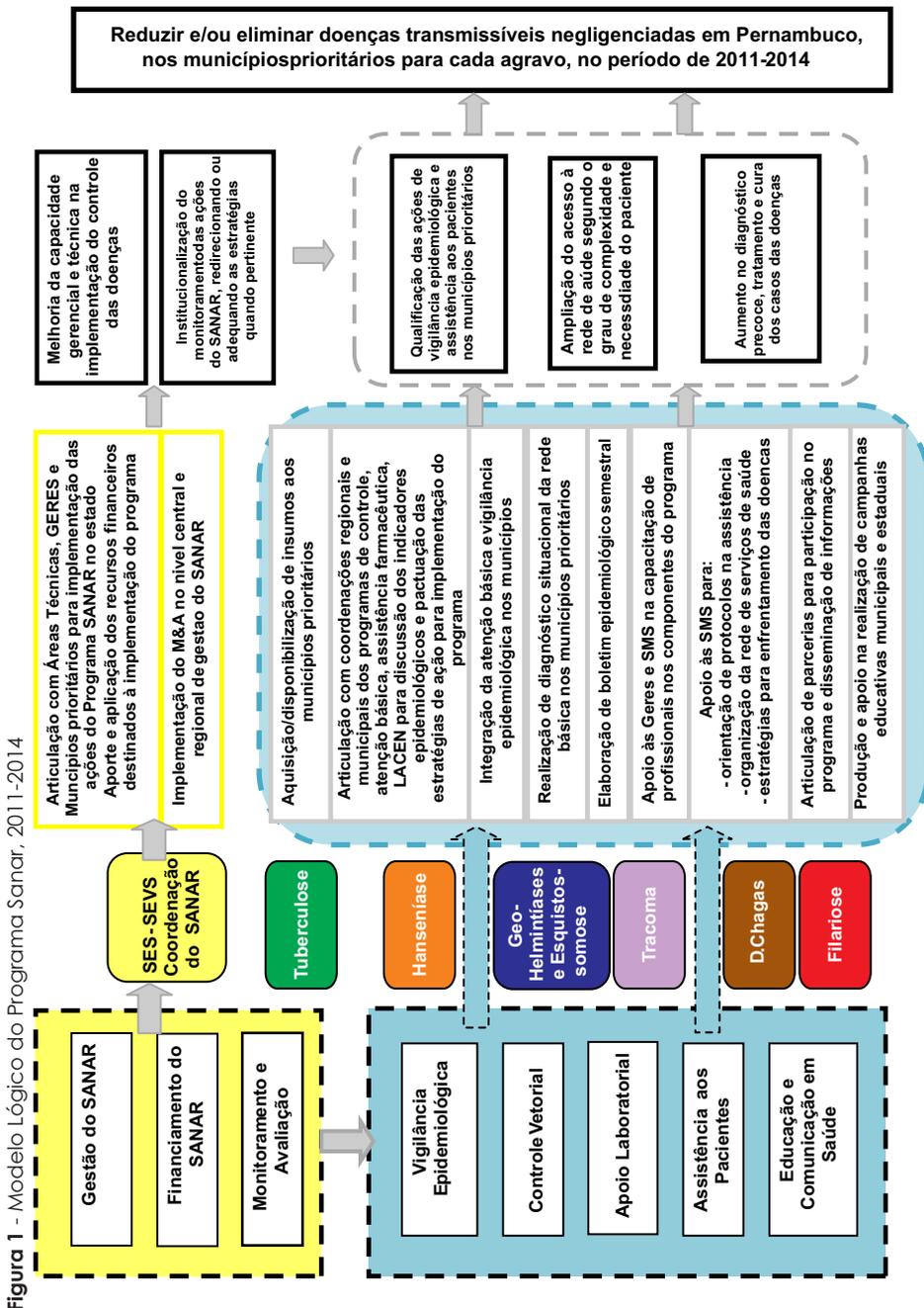
O Modelo Lógico é, portanto, uma ferramenta que permite a visualização clara, concisa e direta de tudo aquilo que é preciso existir em termos de estrutura (recursos materiais, equipe de trabalho – o que é mais estático) e atividades/processos (o que o trabalhador deve realizar – o que é dinâmico) e como eles se combinam para conseguir os objetivos pretendidos que são os resultados a serem alcançados.

Em termos de utilidade, permite que todos os envolvidos tenham uma visão homogênea e completa de como deve funcionar um programa de controle evitando equívocos e, conseqüentemente, reduzindo a perda de tempo dos envolvidos em torno do objetivo pretendido. Entender o Modelo Lógico de um programa é compreendê-lo como um todo.

O modelo lógico conta com os seguintes elementos:

- **Componentes:** são palavras-chaves que podem ser apreendidas dos objetivos específicos do programa. Também podem ser definidos após o elenco das atividades do programa e posterior agregação das atividades afins. O número de componentes vai depender da extensão e complexidade do programa e de quão claro eles ficarão dispostos no modelo lógico.
- **Atividades:** são os meios utilizados para alcançar os resultados esperados. Todas as ações que são e devem ser realizadas pelo programa.
- **Recursos:** volume e estruturação dos diferentes recursos mobilizados – financeiros, humanos, técnicos e informacionais.
- **Produtos:** estão diretamente relacionados com as atividades, ou seja, cada atividade tem sua consequência imediata.
- **Resultados:** são as mudanças que o programa pretende proporcionar.

O Modelo Lógico resumido do Sanar está explicitado na Figura 1. Nele é possível verificar os componentes do programa transversais às sete doenças; as atividades a serem realizadas de forma geral; os resultados esperados e o impacto, considerando a plausibilidade entre cada um desses elementos.



Depois de construído o Modelo Lógico é possível e necessário fazer uma seleção de perguntas sobre pontos específicos que se desejam esclarecer, o que serve para direcionar o processo avaliativo e para delimitar o que será avaliado. Portanto, só tem efeito se for realizado de forma compartilhada. Geralmente, estas perguntas são selecionadas por todos os participantes do processo.

Passada esta fase, parte-se para a resposta a estas perguntas, o que é feito mediante a definição de critérios e indicadores, em comparação com metas ou padrões pré-estabelecidos (as atividades propostas pelo programa estão acontecendo da maneira correta? Existe estrutura que dê suporte à execução das ações preteridas pelo programa? Os resultados estão sendo alcançados?). Por meio desta comparação é que se pode julgar se o programa está "funcionando" como planejado e se as mudanças na situação problemática, que se esperam como resultados da intervenção, estão acontecendo. Estes critérios e indicadores necessitam ser organizados de maneira sistemática para que sejam compreendidos por todos os envolvidos, o que é possível com a elaboração de uma matriz de monitoramento.

1.2 Matriz de Monitoramento

A matriz de monitoramento é uma ferramenta essencial no processo de apreensão e acompanhamento da realidade dinâmica da execução de um programa. Nela estão os critérios e indicadores, extraídos da estrutura, atividades e resultados do modelo lógico; os padrões/metras que são um valor de referência para mensuração de um fenômeno ou objeto considerado como ideal; o julgamento que será realizado e os resultados obtidos no monitoramento.

Se um indicador de estrutura (por exemplo: falta de profissionais habilitados em realização de tratamento supervisionado para tuberculose) apresenta-se problemático, isto provavelmente vai influenciar nos indicadores de resultado (por exemplo: maior abandono de tratamento). A compreensão da matriz é, portanto, imprescindível ao processo de monitoramento, e deve fazer parte do dia-a-dia dos técnicos que trabalham com o controle das doenças negligenciadas.

No caso do Programa Sanar, para cada uma das doenças negligenciadas foi elaborado um modelo lógico com sua respectiva matriz de monitoramento, já que existe um grupo específico de ações programáticas previstas para o controle de cada doença em questão. No entanto, todos os modelos e matrizes têm uma mesma raiz, que é o modelo lógico do programa e, por isso, todos eles possuem os cinco componentes-base desse modelo.

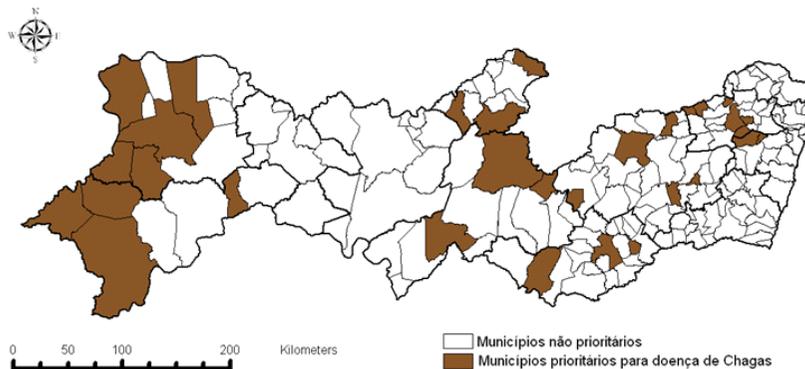
2 Doença de Chagas: monitoramento das ações de controle

A doença de Chagas é causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*, podendo ser transmitida de diferentes formas: via oral, por meio da ingestão de alimentos contaminados, via transfusão sanguínea ou transplante de órgãos, via transplacentária, ou ainda, a forma mais comum de transmissão, que é a vetorial, por insetos da família dos triatomíneos.

A doença possui duas fases clínicas - aguda e crônica. No Brasil, atualmente predominam os casos crônicos decorrentes de infecção pelo vetor, com aproximadamente três milhões de indivíduos infectados. É possível observar a ocorrência da doença de Chagas aguda (DCA) em diferentes estados (Bahia, Ceará, Piauí, Santa Catarina e São Paulo), com maior frequência de casos e surtos registrados na região da Amazônia Legal (Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Amapá, Pará e Tocantins), onde a transmissão oral é a mais observada. O estado de Pernambuco está no segundo nível de controle desta endemia, com foco na vigilância e no controle vetorial. A vigilância entomológica concentra-se nos municípios classificados de risco pelo Ministério da Saúde, perfazendo um total de 31 municípios prioritários para doença de Chagas no estado (Figura 2).

Os critérios utilizados para eleição dos municípios prioritários foram o índice de infestação acima de 10% e a presença de triatomíneo positivo no ambiente domiciliar em pelo menos um dos cinco anos analisados (2005 a 2010).

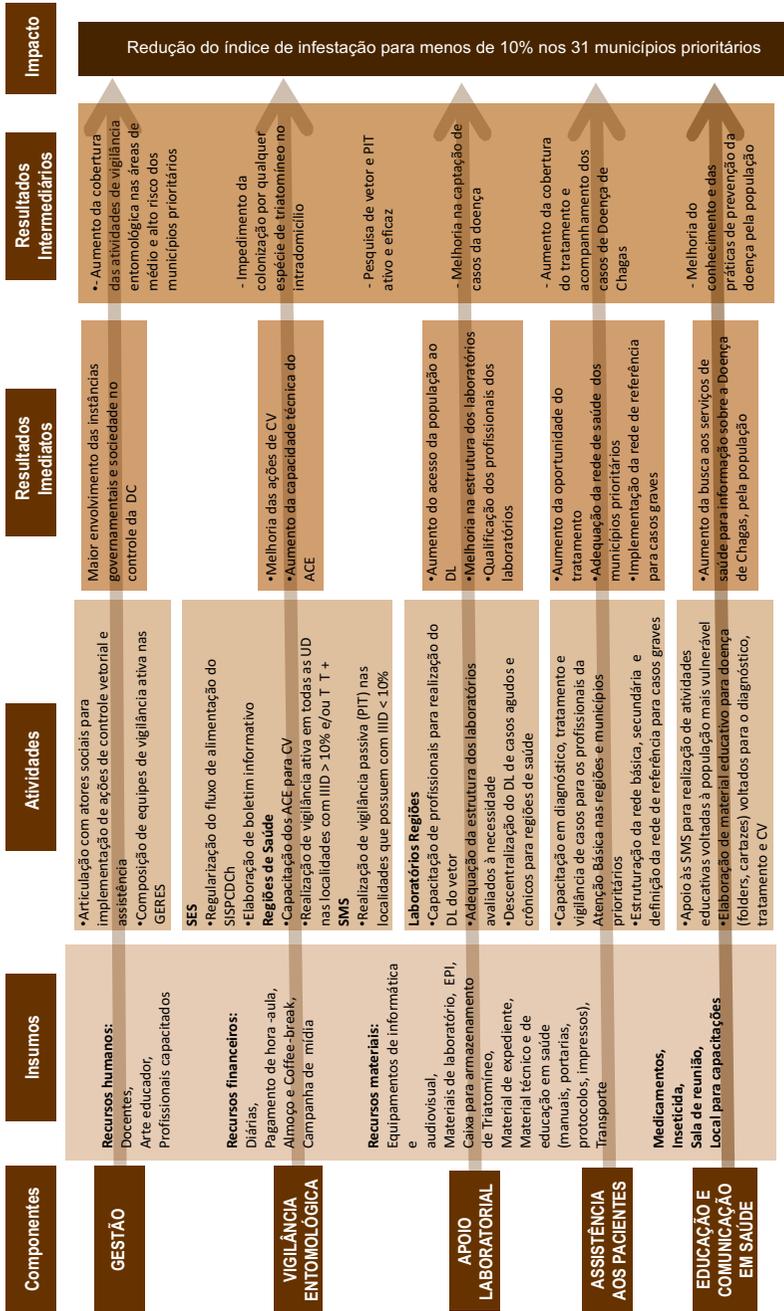
Figura 2 - Distribuição espacial dos municípios prioritários para Doença de Chagas.



As ações realizadas e a estrutura mobilizada para alcançar o resultado esperado pelo Programa Sanar, que é a redução do índice de infestação domiciliar para menos de 10%, nos 31 municípios prioritários, estão dispostos na figura 3.

Para o monitoramento do Programa foi construída a matriz de monitoramento dessas ações, com os resultados obtidos até o ano de 2013 (Quadro 1).

Figura 3 - Modelo lógico das ações de controle da Doença de Chagas do programa Sanar, 2011-2014.



Legenda: T T + (Triatomíneo positivo), UD (unidade domiciliar), IID (índice de infestação domiciliar por Triatomíneo), PIT (Posto de Informação do Programa de Controle da Doença de Chagas), DL (diagnóstico laboratorial), ACE (Agente de Endemias), SISPCDCh (Sistema de Informação do Programa de Controle da Doença de Chagas)

Quadro 1: Matriz de monitoramento das ações de controle da doença de Chagas. Programa Sanar, 2013

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO	RESULTADO	
PROCESSO	ESTRUTURA	Disponibilização de recursos materiais e financeiros	Nº Regiões de Saúde que receberam todos os recursos* para realização das atividades de controle da doença de Chagas	08 Regiões de Saúde	VERDE: 8 - 7 Regiões de Saúde AMARELO: 6 - 4 Regiões de Saúde VERMELHO: < 3 Regiões de Saúde	8
	GESTÃO	Formação de equipe de vigilância ativa nas Regiões de Saúde	Nº de Regiões de Saúde com equipe de vigilância ativa formada	08 Regiões de Saúde	VERDE: 8 - 7 Regiões de Saúde AMARELO: 6 - 4 Regiões de Saúde VERMELHO: < 3 Regiões de Saúde	8
	VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA	Capacitação de agentes municipais em vigilância entomológica	Nº de municípios com agentes municipais capacitados em vigilância entomológica	31 municípios capacitados	VERDE: 31 - 25 Municípios AMARELO: 24 - 16 Municípios VERMELHO: < 15 Municípios	27
		Realização de Vigilância ativa	Nº de localidades de maior risco com a vigilância ativa realizada	550 localidades	VERDE: 550 - 440 Localidades AMARELO: 439 - 275 Localidades VERMELHO: < 274 Localidades	511
	Nº de localidades com ações de vigilância ativa nas UD realizadas no prazo de 30 dias		550 localidades	VERDE: 550 - 440 Localidades AMARELO: 439 - 275 Localidades VERMELHO: < 274 Localidades	479	
	APORTE LABORATORIAL	Realização de diagnóstico laboratorial nos municípios sede das Regiões de Saúde	Nº de Regiões de Saúde realizando diagnóstico laboratorial dos casos agudos	7 Regiões de Saúde	VERDE: 7 - 6 Regiões de Saúde AMARELO: 5 - 4 Regiões de Saúde VERMELHO: < 3 Regiões de Saúde	7
			Nº de Regiões de Saúde realizando diagnóstico laboratorial dos casos crônicos	7 Regiões de Saúde	VERDE: 7 - 6 Regiões de Saúde AMARELO: 5 - 4 Regiões de Saúde VERMELHO: < 3 Regiões de Saúde	2
	ASSISTÊNCIA	Capacitação dos profissionais da Atenção Básica em diagnóstico, tratamento e vigilância de casos	Nº de Municípios com profissionais da Atenção Básica capacitados em diagnóstico, tratamento e vigilância de casos	31 municípios	VERDE: 31 - 25 Municípios AMARELO: 24 - 16 Municípios VERMELHO: < 15 Municípios	31
		Definição de referências para acompanhamento dos casos graves	Nº de referências para acompanhamentos dos casos graves definidas	01 referência definida	VERDE: 1 Referência VERMELHO: 0 Referência	1
	COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	Elaboração de material educativo para doença de Chagas	Nº de peças educativas para doença de Chagas elaboradas	2 peças educativas** elaboradas	VERDE: 2 Peças educativas AMARELO: 1 Peça educativa VERMELHO: 0 Peça educativa	2
RESULTADO	Redução do Índice de Infestação Domiciliar por triatomíneos	% de unidades domiciliares positivas entre as investigadas para o triatomíneo	< 10% das unidades domiciliares positivas para o triatomíneo	VERDE: < 10% Unidades Domiciliares positivas AMARELO: 10% - 29% Unidades Domiciliares positivas VERMELHO: > 30% Unidades Domiciliares positivas	9,7%	

* Recursos: EPI; Veículos; Diárias; Equipamentos e reagentes para os laboratórios regionais.

** Peças educativas: 01 folder e 01 régua escolar com informações a respeito da doença.

 Desempenho satisfatório  Desempenho regular  Desempenho insatisfatório

2.1 Resultados do Monitoramento das Ações de Controle da Doença de Chagas

Dos 11 (onze) indicadores analisados no monitoramento das ações de controle da doença de Chagas pelo Programa Sanar, 10 (dez) obtiveram desempenho satisfatório e 1 (um) ainda permanece com desempenho insatisfatório (Quadro 1). Vale ressaltar que essas ações estão em andamento em alguns dos municípios prioritários, podendo-se concluir que este cenário ainda pode ser modificado.

Destacam-se os indicadores: "Nº de Regiões de Saúde com equipes de vigilância ativa formada", com o alcance das 8 (oito) Regiões trabalhadas, refletindo na melhoria da qualidade das ações de controle vetorial realizadas pelas Regiões de Saúde nos municípios prioritários; e "Nº de municípios com profissionais da Atenção Básica capacitados em diagnóstico, tratamento e vigilância de casos", com alcance dos 31 municípios prioritários, permitindo a oferta de assistência à saúde mais qualificada para os portadores da doença (Quadro 1).

No tocante à descentralização do diagnóstico laboratorial de casos agudos e crônicos para municípios sede das Regiões de Saúde, observou-se um bom desempenho no indicador "Nº de Regiões de Saúde com diagnóstico laboratorial dos casos agudos", com alcance da meta padrão, por se tratar de um exame parasitológico de fácil execução; por outro lado, o indicador "Nº de Regiões de Saúde com diagnóstico laboratorial dos casos crônicos" apresentou um desempenho insatisfatório, com apenas duas Regiões de Saúde realizando diagnóstico sorológico para detecção dos casos crônicos, por ser um exame mais complexo e que demanda equipamentos, kits imunológicos e profissionais capacitados para sua implantação (Quadro 1).

No que se refere ao indicador de resultado "% de unidades domiciliares positivas entre as investigadas para o triatomíneo", é possível observar o alcance da meta padrão estabelecida no resultado global dos 31 municípios prioritários, com Índice de Infestação Domiciliar (IID) por triatomíneos igual a 9,7%. Em uma análise mais detalhada (Quadro 2), é possível observar que 74,2% dos municípios prioritários tiveram redução do IID, com destaque para os municípios de Machados e Arcoverde, onde a redução foi de 100% e 96,9%, respectivamente. Por outro lado, dentre os oito municípios que apresentaram aumento do IID nos períodos analisados, três (Afrânio, Petrolina e Santa Filomena) tiveram IID após intervenção do programa variando entre 14,3% a 17,3%, considerado um resultado regular, e os outros cinco (Agrestina, Angelim, Bodocó, Chã de Alegria e Orocó) mantiveram-se dentro da meta padrão, com índices variando entre 2,0% e 6,8%. Ressalta-se também a qualificação da informação nos municípios de Feira Nova e Lagoa do Carro, onde o elevado IID apresentado no período de 2008 a 2010 se deveu ao fato destes municípios informarem apenas as unidades domiciliares positivas, situação corrigida na análise pós-intervenção do Sanar.

Observa-se ainda que os municípios apresentaram uma melhora ou manutenção no desempenho deste indicador, com exceção apenas do município de Petrolina, que passou de satisfatório para regular. Todavia, após a intervenção do Sanar, nenhum município obteve desempenho insatisfatório do IID, conforme exposto no Quadro 2.

Quadro 2 – Comparativo dos índices de infestação domiciliar por triatomíneos dos municípios prioritários, antes e depois da intervenção. Programa Sanar, 2013.

Municípios Prioritários	Índice de Infestação Domiciliar por Triatomíneo Pré Sanar (2008/2010)	Índice de Infestação Domiciliar por Triatomíneo Pós Sanar (2011/2013)
Afrânio	13,7%	16,3%
Agrestina	0,7%	2,0%
Agua Belas	23,9%	7,5%
Alagoinha	24,3%	2,6%
Angelim	2,5%	3,2%
Araripina	1,3%	0,4%
Arcoverde	23,2%	0,7%
Bodocó	6,4%	6,8%
Brejo da Madre de Deus	8,3%	1,1%
Camocim de São Félix	5,0%	4,0%
Carnaíba	51,7%	18,0%
Casinhas	15,5%	4,7%
Chã de Alegria	2,2%	2,6%
Dormentes	19,4%	16,8%
Feira Nova	100,0%	6,0%
Garanhuns	1,2%	0,6%
Glória do Goitá	17,3%	3,7%
Iguaraci	53,4%	19,7%
Inajá	8,6%	4,7%
Itapetim	70,8%	20,5%
Lagoa do Carro	100,0%	1,6%
Limoeiro	16,7%	5,8%
Machados	2,3%	0,0%
Orocó	2,3%	3,5%
Ouricuri	4,3%	3,8%
Petrolina	5,5%	14,3%
Santa Cruz	21,2%	20,2%
Santa Filomena	15,0%	17,3%
Sertânia	9,1%	5,5%
Vertente do Lério	39,6%	10,6%
Vertentes	4,5%	4,2%

 Satisfatório (<10,0%)
  Regular (10,0% - 29,9%)
  Insatisfatório (> 30,0%)

2.2 Conclusões

Ao longo dos três anos de implantação do Sanar, foi realizada uma força tarefa de controle de triatomíneos nos municípios prioritários do programa, com a criação de equipes de vigilância ativa nas 8 Regiões de Saúde de atuação do programa. As equipes formadas inspecionaram 100% das unidades domiciliares (UD) em localidades prioritárias de zona rural e urbana com índices de infestação domiciliar por triatomíneos iguais ou superiores a 10%, totalizando 550 localidades. Durante estas atividades de vigilância ativa da força tarefa, foram inspecionados cerca de 115 mil UD, 13 mil triatomíneos foram capturados e cerca de 8.100 UD foram borrifadas com o objetivo de controlar a população de triatomíneos. Essa foi uma importante ação de controle da doença de Chagas, uma vez que o controle vetorial proporciona o bloqueio da cadeia de transmissão da doença.

Como estratégia para garantir a assistência das formas graves da doença, o ambulatório de doença de Chagas e insuficiência cardíaca do PROCAPE-UPE foi definido como a referência estadual em diagnóstico, tratamento e acompanhamento para esta enfermidade. Outro avanço observado foi o aumento no número de exames sorológicos para doença de Chagas realizados, passando de 470 em 2010 para 1.311 em 2013, o que aponta para uma maior sensibilidade dos profissionais de saúde em suspeitar da doença, tendo em vista sua manutenção silenciosa, como o aparecimento dos sintomas cerca de dez anos após a infecção.

Em relação à formação profissional, foram capacitados 720 médicos e enfermeiros da atenção básica dos 31 municípios prioritários e de 93 municípios não prioritários, com foco no diagnóstico, manejo clínico e tratamento da doença de Chagas. No campo da vigilância entomológica, foi realizado um treinamento prático de borrifação e pesquisa de triatomíneo para agentes de endemias e supervisores do Programa de Controle da doença de Chagas dos 12 municípios da X Região de Saúde, e uma capacitação nas ações de controle de triatomíneos para 16 técnicos da I Região de Saúde e de 4 municípios de abrangência. Também foi realizada a VII Jornada Pernambucana de doença de Chagas que aconteceu nos dias 08 e 09/11/2012 marcando a comemoração dos 25 anos do ambulatório de doença de Chagas e insuficiência cardíaca do Procape-UPE. O público participante da Jornada foi de estudantes de graduação e pós-graduação de cursos de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais dos serviços de saúde, técnicos da atenção primária e vigilância em saúde de municípios, regiões e nível central da SES além de pacientes portadores da doença de Chagas.

Assim, os resultados parciais apresentados neste volume da publicação Cadernos de Monitoramento – SANAR indicam que as iniciativas adotadas para atender aos objetivos do programa estão obtendo sucesso, muito embora ainda exista um longo caminho a percorrer em busca do controle da doença.

Desta forma, entendendo que o monitoramento é uma atividade fundamental ao processo de gestão do SUS, uma vez que possibilita a mudança ou a manutenção das estratégias adotadas, com foco no alcance dos resultados esperados, o Programa Sanar tem se beneficiado deste processo e corrigido os rumos das ações, de modo a garantir o alcance dos resultados. Para tanto, é de fundamental importância que o desenho do sistema de monitoramento dos programas seja parte integrante do planejamento das suas ações, devendo contemplar os aspectos nucleares da execução do trabalho previstos para alcançar os objetivos da intervenção.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva** - Monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS . Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Champagne F; Brousselle, A; Hartz, ZMA; Contandriopoulos, AP. **Modelizar as intervenções**. In: Brousselle, A et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

Contandriopoulos, AP et al. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48

McLaughlin JA, Jordan GB. Logic models: A tool for telling your program's performance story. **Evaluation and Program Planning**. v. 22, n.1, 1999.

OPAS. OMS. Resolução CD49.R19 (Port.) de 2 de outubro de 2009. **Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza**. 49º Reunião do Conselho Diretor – 61ª Sessão do Comitê Regional, Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009.

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. SANAR: Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – Pernambuco 2001-2014. Recife, 2013.

Rowan MS. Logic models in primary care reform: Navigating the evaluation. **Canadian Journal of Program Evaluation**, 15(2), 2000.

