

CAPÍTULO 2

---

OFICINA 1 -  
VIGILÂNCIA DO  
ÓBITO PARA  
DOENÇA DE  
CHAGAS NO  
BRASIL

OFICINAS VIRTUAIS

**CHAGASLEISH 2021**

13 E 14 DE AGOSTO DE 2021

## VIGILÂNCIA DO ÓBITO PARA DOENÇA DE CHAGAS NO BRASIL.

Swamy Lima Palmeira<sup>1</sup>Dalmo Correia Filho <sup>2</sup>Mayara Maia Lima <sup>3</sup>Nayara Dornela Quintino <sup>4</sup>Fernanda Rodrigues Helmo <sup>5</sup>

<sup>1</sup> Técnica do Grupo técnico da Doença de Chagas, da Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial – CGZV/SVS/MS.

<sup>2</sup> Professor Titular de Doenças Infecciosas e Parasitárias da UFTM, Uberaba, MG.

<sup>3</sup> Analista Técnica de Políticas Sociais - Ministério da Saúde

<sup>4</sup> Doutora em Ciências da Saúde. Referência técnica em vigilância do óbito e vigilância epidemiológica de Doença de Chagas/SRS-Divinópolis/SES-MG

<sup>5</sup> Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

## RESUMO

A Doença de Chagas é uma doença transmissível, potencialmente fatal que faz parte do grupo de doenças tropicais negligenciadas que permanece acometendo principalmente pessoas com maior vulnerabilidade social. O objetivo geral foi discutir uma proposta de estruturação do óbito por Doença de Chagas no Brasil. A metodologia empregada foi a realização de uma oficina com um grupo de pesquisadores em Doença de Chagas e profissionais dos serviços envolvidos nas etapas e processos de vigilância e registros de óbito de indivíduos nas fases aguda e crônica da doença. Após a discussão, foram estabelecidos critérios de inclusão, exclusão, objetivos e metas. Originou-se resultados da Oficina: prospecção dos códigos/tabelas de mortalidade nos últimos 10/20 anos para melhor definição dos critérios de inclusão; ajuste dos critérios de inclusão e variáveis de interesse, com nova rodada para consenso entre especialistas e GT-Chagas, através de aplicação de questionário e escala de relevância para os campos do instrumento; realização de Projeto Piloto; articulação entre a Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial e CGIAE para construção dos cadernos e protocolo da Coordenação; revisão de documentos norteadores, como o Guia de Vigilância e o Caderno de Atenção Básica; integrar medidas identificadas para reduzir o número de mortes por Doença de Chagas às orientações para Linhas de cuidado; alinhamento com a vigilância de casos, a partir do andamento da estratégia do e-SUS linha da vida.

**Palavras-chave:** Doença de Chagas. Vigilância do óbito. Ficha de investigação. Óbito por Chagas. Oficinas Virtuais. Projeto Piloto.

## 1. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PREVISTO

Em 14 de maio de 2021, o grupo de trabalho “Vigilância e assistência à saúde na Doença de Chagas” reuniu-se na Reunião Preparatória ChagasLeish 2021, com o objetivo de definir as oficinas a serem trabalhadas no ChagasLeish 2021 - Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas e Leishmanioses. Nesta ocasião foi realizada a apresentação do produto oriundo do questionário aplicado para as vigilâncias epidemiológicas estaduais, e iniciada uma discussão em cima das dificuldades, ações e produtos desejados, com voz ativa a todos participantes. Como produto desta reunião, foram apontadas duas oficinas, 1 - “Rumo à implementação de ações integradas de atenção e vigilância de casos de Doença de Chagas no Brasil.” e 2 - “Vigilância do Óbito para Doença de Chagas no Brasil”.

Ao discutir o processo das oficinas, observou-se um número alto de protagonistas para oficina 1, e a estrutura oferecida não comportaria tantos atores, e não conseguiríamos dar voz a todos os participantes envolvidos no processo. Portanto, foi retirada a oficina 1, e a dedicação foi exclusiva para a realização da oficina 2 - “Vigilância do Óbito para Doença de Chagas no Brasil”, com objetivo geral de descrever a implementação da vigilância do óbito, com escalonamento, definindo os primeiros municípios a implementar as ações, e como objetivos específicos, a discussão e aprovação da ficha de notificação para óbitos de Doença de Chagas aguda e crônica, bem como o caderno contendo a estruturação, fluxos e metas.

Os convidados para oficina foram especialistas no processo do cuidado ao paciente, como cardiologistas, infectologistas e gastroenterologista, bem como especialistas na área da vigilância da Doença de Chagas, como epidemiologistas, técnicos da vigilância do óbito e técnicos das secretarias de saúde estaduais. Os convidados foram pensados em torno de cada componente de discussão da ficha de investigação do óbito por Doença de Chagas.

Para facilitar a reunião, encaminhou-se a proposta da ficha de investigação antes, via e-mail, para que cada especialista se familiarizasse com o conteúdo a ser discutido. Dividiu-se a oficina em blocos de discussão, e para incentivar a implantação do processo de trabalho, foi proposto a apresentação exitosa em vigilância do óbito da regional de Divinópolis/MG, sendo assim a programação da oficina 1, “Vigilância do Óbito para Doença de Chagas no Brasil”, foi configurada em 3 blocos: experiência

exitosa; objetivos e metas; e a ficha de investigação, com cada campo a ser exposto e discutido.

## 2. PRINCIPAIS PONTOS ABORDADOS NA OFICINA

### **2.1. *Relato de Experiência: Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/SES-MG***

Foi realizado o relato de experiência de vigilância do óbito de causas mal definidas com um “olhar” para Doença de Chagas. Esta experiência foi realizada na rotina do programa de vigilância do óbito por causa mal definida pelas codificadoras de causa de morte da Superintendência Regional de Saúde de Divinópolis/SES-MG (SRS Divinópolis/SES-MG). Esta regional de saúde possui sob sua jurisdição 53 municípios, integrantes da macrorregião de saúde oeste, com uma população estimada de aproximadamente 1.300.000 de habitantes (IBGE, 2019).

Segundo a classificação dos municípios de Minas Gerais em relação ao risco de transmissão da Doença de Chagas por via vetorial, a macrorregião de saúde oeste encontra-se no Estrato II, médio risco. Apesar de ser uma região endêmica para Doença de Chagas, há um grande sub registro de casos notificados de Doença de Chagas crônica, com 3 casos notificados em 2019, 11 em 2020, 14 em 2021. Por outro lado, há 38 casos de óbito com causa de morte Doença de Chagas em 2019 e 2020, com aproximadamente 90% dos óbitos em indivíduos acima de 60 anos, do sexo masculino.

Uma característica dos óbitos com causa de morte por Doença de Chagas, na macrorregião de saúde oeste, é o local de ocorrência dos óbitos. No período de 2015 a 2020, 20 % ocorreram no domicílio e este é um fator que pode predispor a declaração da causa de morte pelo profissional como indeterminada. Isto pode ocorrer pelo fato do médico que emite a declaração de óbito não conhecer a história pregressa do falecido. Este perfil do local de ocorrência do óbito permitiu identificar alguns casos de Doença de Chagas como causa de morte após investigação de óbito por causa mal definida.

Na SRS Divinópolis utilizam-se como atividades referentes à vigilância do óbito por causa mal definida com um “olhar” para Doença de Chagas:

1) Recebimento da Declaração de óbito (DO) para ser codificada na SRS Divinópolis;

- 2) Codificação da DO e devolução da DO para ser digitada no SIM Local. Para DOs com causa básica CID R, códigos sentinelas (ex: insuficiência cardíaca, bloqueio atrioventricular, morte súbita de origem cardíaca, arritmia não especificada, fibrilação atrial, megacólon, megaesôfago) ou Doença de Chagas não especificada é solicitada investigação do óbito;
- 3) Retorno da DO com fichas de investigação pelo município de ocorrência do óbito;
- 4) Análise e recodificação da DO, caso se aplique;
- 5) Devolução para município de ocorrência encerrar a DO investigada no SIM Local.

Para que se operacionalize esta investigação são utilizadas as fichas de investigação de óbito para causa mal definida (IOCMD) de acordo com o Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Com a ficha IOCMD são coletados dados em prontuários da atenção primária à saúde e na assistência hospitalar. Caso necessário é realizada a entrevista domiciliar com um familiar do falecido utilizando a ficha de autopsia versal (AV3). Para óbitos que ocorreram em estabelecimentos de saúde fora do local de residência, os dados devem ser coletados tanto no local de residência do óbito quanto de ocorrência do óbito. Na macrorregião de saúde oeste orienta-se que todo município tenha uma referência em vigilância do óbito, prioritariamente um profissional da enfermagem. Este é o responsável em coordenar a coleta de dados nos serviços de saúde e no domicílio, consolidar a documentação e enviar para a SRS Divinópolis. A coleta de dados é realizada na maioria das vezes pelo profissional de enfermagem onde o paciente foi assistido e este também é o responsável pela entrevista domiciliar, caso seja necessária sua realização.

Um indutor deste processo de investigação é o indicador monitorado pelos instrumentos de gestão “Percentual de óbitos por causa mal definida” o qual mobiliza as equipes municipais a atingir a meta pactuada de no mínimo 90% de definição de causas de morte. No período de 2015 a 2020 este indicador na macrorregião de saúde oeste variou de 96,4% a 94%.

Como resultado da vigilância do óbito por causa mal definida com um “olhar” para Doença de Chagas, no período de 2015 a 2020, foram identificados 43 casos de Doença de Chagas. E acredita-se que estes números são maiores, porque não se identificou ao realizar a alteração da DO que era uma DO investigada. Destes 43 casos, 11 estavam com CID R, 11 com CID em branco e 21 com CIDs sentinelas (ex:

K92.2, I50.0, I49.9, I27.0, J18.9, I50.9, I42.9) como causa básica de morte antes da investigação.

Dentre os pontos críticos para operacionalização desta estratégia, destacam-se:

- 1) Quando ocorrência do óbito e residência do óbito não são no mesmo local devido ao acesso à informação ambulatorial e entrevista domiciliar;
- 2) Qualidade de registro em prontuário para qualificar a sequência de causas de morte;
- 3) Ausência de sorologia prévia para Doença de Chagas crônica e de Serviço de Verificação de Óbito (SVO), o que impossibilita a notificação destes óbitos por Doença de Chagas considerando a definição de caso preconizada no Guia de Vigilância em Saúde;
- 4) Equipe de codificação da SRS Divinópolis não consegue monitorar se todas as DOs que foram solicitadas investigação retornam para análise. E não há um indicador que mobilize os municípios na investigação de óbito com códigos sentinelas ou códigos *garbage*.

A partir da vivência nas práticas de vigilância do óbito na SRS Divinópolis, recomenda-se que para qualificar a vigilância do óbito para Doença de Chagas seja implantada uma metodologia padrão de solicitação de investigação de óbito, com comunicação efetiva entre codificador de causa de morte, digitador do SIM e referência técnica em Doença de Chagas. Além da definição de um instrumento padronizado para coleta de dados para que seja possível identificar pontos críticos no cuidado e sejam propostas ações efetivas para diagnóstico, tratamento e seguimento desta doença negligenciada.

## 2.2. Objetivos gerais e específicos

De uma forma geral, os objetivos propostos para a vigilância do óbito por Doença de Chagas no Brasil, listados a seguir, foram considerados consistentes, sendo necessária a incorporação no protocolo de atividades que estarão alinhadas entre os objetivos e metas, principalmente quanto às medidas que possam reduzir o número de mortes por Doença de Chagas, além da Interface com outros processos de VO, como de HIV/Aids, devido à reativação enquanto condição definidora.

**Objetivo gerais:**

- Identificar as condições individuais e de acesso aos serviços de saúde dos Indivíduos com Doença de Chagas que evoluíram para o óbito;
- Identificar os contatos de casos de Doença de Chagas que evoluíram para o óbito e não foram avaliados pelos serviços de saúde;
- Analisar e corrigir (quanti-qualitativamente) as informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Em breve e-SUS) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
- Propor medidas que possam reduzir o número de mortes por Doença de Chagas.

**Objetivos específicos:**

- Estabelecer parceria com a equipe de vigilância do óbito e a equipe do SIM;
- Descrever os óbitos com menção de Doença de Chagas, por meio de indicadores socioeconômicos e demográficos, a partir do SIM;
- Identificar os óbitos com menção de Doença de Chagas no SIM que não foram notificados no SINAN/e-SUS;
- Identificar os casos de Doença de Chagas encerrados por óbito no SINAN/e-SUS (por Chagas ou outras causas) e que não apresentam quaisquer menções de Chagas na parte I ou parte II do atestado de óbito;
- Realizar a investigação do óbito com menção da Doença de Chagas nos estabelecimentos de saúde que atenderam o paciente e com os familiares ou pessoas próximas a ele, por meio de instrumento proposto (FICHA);
- Estabelecer um grupo de trabalho para discutir o óbito com a equipe de profissionais que atendia o paciente ou que pertencia à área de abrangência da unidade de saúde;
- Confirmar ou descartar, por meio da investigação, a Doença de Chagas como causa básica ou associada do óbito registrado no SIM;
- Identificar, durante a investigação, potenciais contatos da pessoa falecida por Doença de Chagas, tais como familiares ou outras pessoas de seu convívio social;

- Realizar os ajustes necessários na causa básica ou associada do óbito registradas no SIM após investigação e discussão da equipe de investigação do óbito;
- Realizar os ajustes necessários no desfecho do caso de Doença de Chagas notificado no SINAN/e-SUS;
- Qualificar, após investigação, o tipo de entrada e a situação de encerramento do caso de Doença de Chagas no SINAN/e-SUS.

### **2.3. Critérios de inclusão**

Foram apresentadas as propostas para definição dos critérios de inclusão para investigação do óbito por Doença de Chagas, que incluem:

- Indivíduo com suspeita clínica de Doença de Chagas aguda ou crônica que evoluiu para o óbito sem confirmação diagnóstica;
- Indivíduo com confirmação diagnóstica de Doença de Chagas aguda ou crônica que evoluiu para óbito antes ou durante o tratamento;
- Indivíduo que concluiu tratamento para a Doença de Chagas aguda ou crônica e continuou em estado grave, evoluindo para o óbito;
- Indivíduo que evoluiu para óbito, sem hipótese diagnóstica, porém com quadro clínico compatível com Doença de Chagas aguda ou crônica.
- Menção de Doença de Chagas entre as causas de morte e CID-10 sentinelas para a fase crônica, considerando a potencial subnotificação devido ao caráter de doença negligenciada.

Em relação à menção de Doença de Chagas, consideram-se os CID-10 B57.0, B57.1, B57.2, B57.3, B57.4, B57.5. Contudo, ressaltou-se na oficina as limitações relacionadas à identificação da forma indeterminada e avaliação da codificação da CID-11. Quanto aos CID-10 sentinelas, inicialmente foram propostos:

- I42.0 (Cardiomiopatia dilatada);
- I42.2 (Outras cardiomiopatias hipertróficas);
- I46.1 (Morte súbita cardíaca descrita desta forma);
- I47.0 (Arritmia ventricular p/reentrada);

- I47.2 (Taquicardia ventricular);
- I49.0 (Flutter e fibrilação ventricular);
- I50 (Insuficiência cardíaca);
- I51.7 (Cardiomegalia) (CAPUANI, et al, 2017).

Foi consenso entre o grupo a necessidade da realização de uma nova prospecção dos códigos e definição dos mais específicos para a fase crônica, considerando as três principais síndromes da CCC: arritmica, insuficiência cardíaca e tromboembólica (DIAS et al, 2016), assim como da forma digestiva e a importância de registrar causas atípicas, que podem apontar novos parâmetros de morbidade, com algumas sugestões:

- Forma cardíaca: CID-10 I64 (Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico); I48 (Flutter e Fibrilação Atrial); I44 (Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo); I44.1 (Bloqueio atrioventricular de segundo grau); I44.2 (Bloqueio atrioventricular total); I44.3 (Outras formas de bloqueio atrioventricular e as não especificadas); I44.4 (Bloqueio do fascículo anterior esquerdo); I45.2 (Bloqueio bifascicular); I45.3 (Bloqueio trifascicular).
- Forma digestiva: K23.1 (Megacólon na Doença de Chagas) e K93.1 (K93.1 Megacólon na Doença de Chagas); K56 (íleo paralítico e obstrução intestinal s/hérnia); R13 (Disfagia); K59.0 (constipação).

Também foi debatida a possibilidade de incorporação de CID sentinelas para a fase aguda ou reativação da doença, considerando sinais e sintomas em relação ao sistema nervoso, miocardite viral / infecciosa (CID-10 140.0, I41); Encefalite (G05); Afecções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados (L98.9). Contudo, é necessária avaliação criteriosa quanto à necessidade para fase aguda, devido à baixa letalidade.

Por ser um processo incipiente, considerou-se que uma lista extensa de CID-10 sentinelas tornaria a operacionalização mais dificultosa, e acordou-se que seria criado um **grupo de CID auxiliares, que não necessariamente entrariam como sentinelas e nas metas, mas norteariam melhor o processo de investigação.**

Quanto à codificação, foram destacadas algumas iniciativas, como a instituição da Câmara Técnica Assessora para a Gestão da Família de Classificações

Internacionais (CTA-BR-FIC) pela Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica - CGIAE/SVS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021).

#### 2.4. Metas

As metas de investigação do óbito por Doença de Chagas foram estratificadas com base no número de óbitos nos municípios, com exceção da fase aguda, cuja meta é investigar e discutir 100% dos óbitos suspeitos.

Por ser um processo de estruturação de vigilância, que inclui a sensibilização e adesão dos municípios, acordou-se em permanecer com metas iniciais mais conservadoras, mas uma vez alcançadas, amplia-las anualmente (5% anual).

As categorias e metas para investigação do óbito com menção à Doença de Chagas, basearam-se na proposta do protocolo para vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte (BRASIL, 2017), pela semelhante magnitude quanto à mortalidade (Quadro 01). Os CID-10 sentinelas serão contemplados em metas específicas, que serão reajustadas a partir de redefinição da lista com os especialistas. Contudo, devido à importância da insuficiência cardíaca enquanto uma das principais manifestações da cardiopatia chagásica e causa original frequente nas DO com causa básica de Doença de Chagas (Tabela 01), o CID-10 I50 terá meta isolada para municípios prioritários para fase crônica (Quadro 02).

Quadro 01. Metas para investigação dos óbitos com menção de Doença de Chagas.

<b>Grupos*</b>	<b>Metas</b>
Municípios com menos de 20 óbitos com menção de Doença de Chagas ao ano.	Investigar e discutir 100% dos óbitos com menção de Doença de Chagas ocorridos em seus residentes.
Municípios com número $\geq$ a 20 e < que 50 óbitos com menção de Doença de Chagas ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 50% dos óbitos com menção de Doença de Chagas ocorridos em seus residentes.
Municípios com número $\geq$ a 50 e < que 100 óbitos com menção de Doença de Chagas ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 30% dos óbitos com menção de Doença de Chagas ocorridos em seus residentes.

Municípios com número $\geq$ a 100 e < que 150 óbitos com menção de Doença de Chagas ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 25% dos óbitos com menção de Doença de Chagas ocorridos em seus residentes.
Municípios com número $\geq$ a 150 óbitos com menção de Doença de Chagas ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 15% dos óbitos com menção de Doença de Chagas ocorridos em seus residentes.

\*Desconsiderar óbitos por causas externas (causa básica): CID-10 V01-Y98

Fonte: Autoria própria dos Autores.

Tabela 01. Nº de óbitos com causa básica B57, por causa original, Brasil 2017-2019

Causa Original*	2017	2018	2019
<b>B57</b> Doença de Chagas	4174	4040	3983
<b>R99</b> Outras causas mal definidas e as não especificadas de mortalidade	65	69	65
<b>I50</b> Insuficiência cardíaca	36	53	41
<b>J18</b> Pneumonia por micro-organismo não especificada	41	39	29
<b>R98</b> Morte sem assistência	42	18	18
<b>A41</b> Outras septicemias	16	22	12
<b>I42</b> Cardiomiopatias	9	19	10
<b>J15</b> Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte	6	10	8
<b>K92</b> Outras doenças do aparelho digestivo	5	8	6
<b>R09</b> Outros sintomas e sinais relativos aos aparelhos circulatório e respiratório	4	2	10
<b>I51</b> Complicações de cardiopatias e doenças cardíacas mal definidas	6	7	3
<b>K23</b> Transtorno do esôfago em doenças classificadas em outra parte	4	4	7
<b>K93</b> Transtorno de outros órgãos digestivos em doenças classificadas em outra parte	1	5	8
<b>I41</b> Miocardite em doenças classificadas em outra parte	2	4	7
<b>R96</b> Outras mortes súbitas de causa desconhecida	4	5	3
<b>N17</b> Insuficiência renal aguda	2	6	3
<b>I10</b> Hipertensão essencial (primária)	3	5	2
<b>I46</b> Parada cardíaca	3	1	5
<b>I21</b> Infarto agudo do miocárdio	2	3	3
<b>J98</b> Outros transtornos respiratórios	7	1	0
<b>Total de óbitos por Doença de Chagas</b>	<b>4481</b>	<b>4391</b>	<b>4287</b>

\*Listadas as 20 categorias mais frequentes.

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Quadro 02. Investigação dos óbitos com insuficiência cardíaca (CID-10 I50) como causa básica original, sem menção de Doença de Chagas, em municípios de média a muito alta prioridade para Doença de Chagas crônica

<b>Grupos</b>	<b>Metas</b>
Municípios com menos de 30 óbitos com CID-10 I50 como causa básica original ao ano.	Investigar e discutir 100% dos óbitos com CID-10 I50 como causa básica original em seus residentes.
Municípios com número $\geq$ a 30 e $<$ que 70 óbitos com CID-10 I50 como básica causa original ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 50% dos óbitos com CID-10 I50 como causa básica original em seus residentes.
Municípios com número $\geq$ a 70 e $<$ que 130 óbitos com CID-10 I50 como causa básica original ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 30% dos óbitos com CID-10 I50 como causa básica original em seus residentes.
Municípios com número $\geq$ a 130 e $<$ que 300 óbitos com CID-10 I50 como causa básica original ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 15% dos óbitos com CID-10 I50 como causa básica original em seus residentes.
Municípios com número $\geq$ a 300 óbitos com CID-10 I50 como causa básica original ao ano.	Investigar e discutir pelo menos 5% dos óbitos com CID-10 I50 como causa básica original em seus residentes.

Fonte: Autoria Própria dos Autores.

## 2.5. Ficha de investigação

Em relação ao instrumento para investigação do óbito, destacou-se a necessidade de adequação para maior aplicabilidade na ponta, sendo proposto simplificar os campos e a avaliação do uso de um ou mais instrumentos, a depender do ponto de investigação: hospital, urgência e emergência ou outros pontos de atenção como atenção primária, e familiares, sendo necessário considerar aspectos como a extensão de uma ficha única e operacionalização, podendo adaptá-lo a partir de processos já estabelecidos, a exemplo da vigilância do óbito materno, onde a investigação hospitalar geralmente é a primeira etapa. Se insuficiente para o adequado conhecimento das condições e causas do óbito, a próxima etapa da

investigação será no local onde foi realizado o acompanhamento de pré-natal. E se ainda insuficiente, a última etapa seria a entrevista com familiares.

A partir da expertise dos convidados e participantes, foram propostas diversas adequações aos blocos da ficha, cujas variáveis devem alinhar-se ao alcance dos objetivos propostos, com destaque às considerações seguintes:

- **Dados clínicos:** excluir sinais e sintomas de pouca relevância, como hiporexia/anorexia, e abordar melhor sinais e sintomas relacionados à fase crônica, como tonturas, síncope, desmaio, dispneia em repouso, etc. Em relação às comorbidades, sugeriu-se inserir o uso de medicamentos imunossupressores, incluindo uso de corticosteroides e imunobiológicos, e acrescentar Leishmanioses. Houve o debate quanto a inclusão ou não de COVID-19, com distintas visões do tema: no contexto da pandemia, qualquer condição mórbida adicional vai aumentar o risco de pacientes com complicações crônicas da Doença de Chagas; a COVID-19 pode trazer sequelas; não há uma associação relevante com a reativação como no caso HIV-aids e outras condições de imunossupressão; essa é uma ficha a ser implementada e mantida no que seja o médio-longo prazo e espera-se que não seja uma situação sustentada da pandemia.
- **Atendimento:** avaliar aspectos centrais para tipificar acesso que tenham influência na ocorrência do óbito, no âmbito do diagnóstico, tratamento etiológico e clínico e reabilitação, a partir das dimensões de acesso, como oportunidade e conformidade com debate sobre acesso como categoria analítica (TRAVASSO; MARTINS, 2004).
- **Diagnóstico laboratorial:** incluir os exames moleculares, considerando o potencial, como na transmissão vertical; rever as categorias de não se aplica e ignorado, que poderiam aumentar a incompletude. Foi discutida a necessidade ou não de detalhamento da questão sorológica: se por um lado ajudaria a determinar se tem 2 exames reagentes e orientar notificação do caso, pode ser complicado o resgate das informações, principalmente em relação à titulação, assim como determinar o método de ELISA. Nesse ponto, destacou-se a estratégia de acesso ao prontuário eletrônico pela Vigilância Epidemiológica para leitura e assim facilitar a investigação de casos e óbitos.
- **Exames complementares:** muito importante ressaltar a informação do eletrocardiograma como marcador de cardiopatia, especificando alterações

sugestivas de Doença de Chagas. Foram discutidos também outros exames de importância como o ecocardiograma, raio X de tórax e aqueles para identificação da forma digestiva (Radiografia contrastada de esôfago (REED) e Enema Opaco).

- Tratamento: incluir os eventos adversos para monitoramento e os fármacos centrais para o manejo básico dos casos com formas crônicas determinadas: IECA/BRA (captopril, enalapril, losartana), betabloqueadores (carvedilol, metoprolol, bisoprolol), diuréticos (espironolactona, furosemida, hidroclorotiazida), digoxina, amiodarona, anticoagulantes (varfarina).
- Antecedentes epidemiológicos: considerar familiares ou pessoas que convivem no mesmo espaço territorial e ressaltada a importância do instrucional para melhor entendimento dos termos e informações solicitadas.

### **3. RESULTADOS DA OFICINA E ENCAMINHAMENTOS PARA PLENÁRIA**

- Prospecção dos códigos/tabelas de mortalidade nos últimos 10/20 anos para melhor definição dos critérios de inclusão, através de parceria com equipe da Universidade Federal do Ceará e Dr. Augusto Hasiak;
- Ajuste dos critérios de inclusão e variáveis de interesse pela equipe do GT-Chagas/SVS, com nova rodada para consenso entre especialistas, através de aplicação de questionário e escala de relevância para os campos do instrumento;
- Realização de Projeto Piloto, em territórios de Minas Gerais, Goiás e Bahia, alinhado à revisão da ficha com os responsáveis pela operacionalização nos municípios;
- Continuidade de articulação entre a Coordenação-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial (CGZV) e CGIAE para construção dos cadernos e protocolo da Coordenação;
- Revisão de documentos norteadores, como o Guia de Vigilância e o Caderno de Atenção Básica;
- Integrar medidas identificadas que possam reduzir o número de mortes por Doença de Chagas às orientações para Linhas de cuidado;

- Alinhamento com a vigilância de casos, a partir do andamento da estratégia do e-SUS linha da vida, através de Oficina: Rumo à implementação de ações integradas de atenção e vigilância de casos de Doença de Chagas no Brasil, integrando diferentes atores da vigilância, atenção primária, atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As expectativas em torno da oficina 1 - “Vigilância do Óbito para Doença de Chagas no Brasil”, foram superadas. Com uma discussão rica, baseada na linha do cuidado do paciente, bem como nos trâmites das notificações que envolvem a vigilância do óbito no Brasil. As falas foram pertinentes e essenciais para cada tópico apresentado. A cada discussão, mais encaminhamentos, e em cada ação, uma reação, em busca do fortalecimento da vigilância da Doença de Chagas no Brasil.

O caminho é longo, mas concreto, os próximos passos foram desenhados em conjunto para o êxito da implantação da vigilância do óbito para Doença de Chagas, um trabalho que será realizado por uma equipe multiprofissional, e acima de tudo de atores que acreditam no trabalho que realizam.

Fica a certeza que todos os participantes desta oficina saíram renovados e entusiasmados com os próximos capítulos, com o coração repleto de gratidão por trabalharmos em prol de uma população negligenciada, onde, a cada passo que damos à frente, mostramos suas lutas para todo o Brasil.

*“A gente vai sonhando e vai caminhando e esse é um sonho que a gente vê o futuro, dos pacientes, o futuro do Brasil como um todo, o futuro até dos trabalhadores. Porque eu vi tanta gente com sorriso aqui durante o dia, são pessoas que querem trabalhar, pessoas que realmente vão produzir grandes resultados. Que Deus abençoe cada um e cada uma e que a gente continue sonhando e realizando.”*  
(Transcrição da fala do Dr. Cicílio Alves de Moraes, em encerramento da Oficina no dia 13/08/21).

**5. CONVIDADOS**

- Alberto Novaes Ramos Jr (UFC)
- Ana Yece das Neves Pinto (IEC)
- Andrea Silvestre de Sousa (INI-Fiocruz)
- Alejandro Luquetti Ostermayer (UFG)
- Augusto Hasiak Santo (USP)
- Cicílio Alves de Moraes (UFG)
- Dilma do Socorro Moraes de Souza (UFPA)
- Diogo Henrique Saliba de Souza (UFG)
- Eliana Amorim de Souza (UFBA)
- Fernanda de Souza N. Sardinha Mendes (INI-Fiocruz)
- Liliane da Rocha Siriano (SES-GO)
- Maria Aparecida Shikanai Yasuda (USP)
- Nayara Dornela Quintino (SRS Divinópolis/SES-MG)
- Ronir Raggio Luiz (UFRJ)
- Stefania dos Santos Gazzinelli (SES-MG)
- Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo (SVS/MS)
- Veruska Maia da Costa (SVS)
- Walderez Ornelas Dutra (UFMG)

**AGRADECIMENTOS**

Ao grupo técnico da Doença de Chagas do Ministério da Saúde, em especial à Veruska Maia e Ana Carolina Soares. Aos estados de Minas Gerais, Goiás e Bahia por terem embarcado no projeto piloto para implantação da vigilância do óbito por Doença de Chagas. A todos os especialistas que participaram ativamente na oficina, superando problemas de saúde, modernidade, agendas... Tudo em prol da nossa sociedade!

**REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Manual para investigação do óbito com causa mal definida**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 48 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CAPUANI, Ligia et al. Mortality among blood donors seropositive and seronegative for Chagas disease (1996–2000) in São Paulo, Brazil: A death certificate linkage study. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 11, n. 5, p. e0005542, 2017.

DIAS, João Carlos Pinto et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 7-86, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria GAB/SVS nº 6, de 15 de março de 2021** - Câmara Técnica Assessora para a Gestão da Família de Classificações Internacionais no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância do óbito com menção de tuberculose nas causas de morte**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.