

2ª Reunião da Iniciativa Intergovernamental de Vigilância e Prevenção da Doença de Chagas na Amazônia

2nd Meeting Intergovernmental Initiative of Chagas' Disease Surveillance and Prevention in the Amazonia

Caïena, Guiana Francesa. 2, 3 e 4 de novembro de 2005

De 2 a 4 de novembro de 2005, realizou-se na Cidade de Caïena, Guiana Francesa, a 2ª Reunião da Iniciativa Intergovernamental de Vigilância e Prevenção da Doença de Chagas na Amazônia (AMCHA), com uma organização internacional, intersetorial e interinstitucional, que convocou as Delegações Oficiais dos países amazônicos.

Esta Iniciativa está integrada pela Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Guiana Francesa, Suriname e Venezuela, com Secretaria Técnica da OPS, e foi fundada durante a sua Primeira Reunião realizada na Cidade de Manaus, Brasil, de 19 a 22 de setembro de 2004.

São objetivos da AMCHA:

- implantar/implementar um sistema de vigilância epidemiológica regular, integrado e com aproveitamento máximo de recursos, serviços e programas de saúde já existentes;
- desenvolver métodos e/ou técnicas de controle ajustados aos mecanismos de transmissão já conhecidos (transmissão vetorial extradomiciliar, transmissão domiciliar sem colonização pelo vetor, transmissão oral);
- gerar novos conhecimentos acerca da epidemiologia da doença na Sub-região.

Esta Segunda Reunião estruturou-se em relação a três eixos temáticos:

- palestras nacionais e de organismos internacionais;
- eco-epidemiologia da infecção de Chagas e gestão ambiental e comunitária de sua prevenção e vigilância;
- diagnóstico, manejo e tratamento da doença de Chagas na Amazônia.

Fixou-se como sede para a 3ª Reunião da Iniciativa Intergovernamental de Vigilância e Prevenção da Doença de Chagas na Amazônia (AMCHA), a cidade de Quito, Equador, em execução conjunta com a 8ª Reunião da Iniciativa Andina de Controle da Doença de Chagas, durante três dias do mês de setembro de 2006.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. A doença de Chagas na Amazônia constitui um problema de saúde pública identificado, que está fundamentado na entidade e quantidade, por pesquisas de diferentes instituições dos países integrantes da Sub-região amazônica.
2. A doença de Chagas na Amazônia estima-se que é uma doença endêmica que implica em ser abordada internacionalmente de forma coordenada por uma Iniciativa Subregional (AMCHA).
3. Reconhecendo que a transmissão autóctone de *Trypanosoma cruzi* aos humanos já existe na Sub-região amazônica e reavaliando o objetivo central assumido pela Iniciativa Amazônica (AMCHA) na anterior reunião (Manaus, 2004), propõe-se que o objetivo das ações compartilhadas entre os países da Sub-região seja **controlar a transmissão autóctone e importada.**

I – REDE/SISTEMA INTERNACIONAL DE VIGILÂNCIA ADAPTADA À SUB-REGIÃO AMAZÔNICA

4. Se implementará um sistema internacional subregional amazônico de vigilância epidemiológica e entomológica da doença de Chagas com a participação de todos os países da Sub-região que se integrará com os seus sistemas de vigilância de doenças transmissíveis por vetores (como o paludismo), tratando de não duplicar estruturas. Deve-se iniciar a busca e gestão de apoios financeiros para este sistema naqueles aspectos que o requeiram.
5. Deve-se implementar uma Unidade de Coordenação para a coleta, análise e uso de dados pela Iniciativa Amazônica de Chagas, cujo objetivo geral seja construir uma base de dados georeferenciados sobre vetores, casos, infra-estruturas de saúde e dados ambientais, que sirvam de apoio operacional para programas de vigilância e controle da infecção/doença de Chagas na Sub-região. Essa iniciativa deveria ser apresentada e gerida no marco de agências governamentais e internacionais, entre as quais a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), na sua próxima reunião da Comissão Especial de Saúde na Amazônia (CESAM).
6. É necessário implementar o enfoque eco-saúde, preventivo e intersetorial, para o desenvolvimento do componente de prevenção da infecção de Chagas na Amazônia, integrando: a) promoção de saúde e b) gestão do risco ambiental e social.

II – MEDIDAS PARA A VIGILÂNCIA E A PREVENÇÃO DA DOENÇA DE CHAGAS NA AMAZÔNIA

7. É necessário caracterizar zonas de risco e estabelecer a importância da doença de Chagas desde uma lógica local, assim como definir a correta formulação de estratégias de intervenção em prevenção e vigilância, já que existem diversos perfis epidemiológicos e distintas dinâmicas de transmissão do *T. cruzi* associados com as rápidas mudanças, a alteração do ecossistema e a heterogeneidade socioeconômica e ecológica da Amazônia.
8. Um elemento fundamental para a prevenção da infecção de Chagas é o estudo social com participação comunitária integrando as diferentes redes sociais existentes (local, regional, nacional e global).
9. Integrar políticas de participação comunitária ativa, como sujeito de ações, com um enfoque de gênero que aporte maior perspectiva ao planejado e obtido.
10. Como orientações iniciais e possíveis de prevenção/controlar da doença de Chagas na Amazônia podem-se recomendar:
 - diagnóstico do paciente infectado/doente e tratamento etiológico e não-etiológico;
 - triagem sorológica em crianças escolares e tratamento dos casos positivos;
 - estratificação de áreas de maior risco de transmissão baseada no conhecimento das dinâmicas do ecossistema associadas à transmissão vetorial;
 - implementação de estudos de investigação operacional em áreas piloto onde coexistam processos intensos de desflorestamento associados à sedentariedade da população em relação à transmissão vetorial e/ou oral.
 - controle em bancos de sangue;
 - uso de mosquiteiros;
 - implementação de métodos de controle vetorial, específicos para a Sub-região Amazônica;
 - informação, capacitação e educação comunitária sobre a infecção/doença de Chagas na Amazônia.
11. Para o Brasil, aproveitando as estruturas existentes e adaptando o modelo operacional do inquérito sorológica nacional em curso, considerando outros grupos de idade, recomenda-se realizar estudos de soroprevalência em áreas/populações em risco na Amazônia, particularmente em núcleos povoados no interior da Sub-região e periferia das cidades.
12. Desenvolver guias de trabalho para a prevenção, vigilância e controle de surtos de intoxicação alimentar pelo *T. cruzi*, encarando o tema com a suficiente integração entre as medidas pertinentes para a doença de Chagas, e o perfil de uma doença transmitida por alimentos (ETA). Se convocará para esta atividade a cooperação técnica do Grupo Técnico Especializado em Inocuidade de Alimentos da OPS (DPC/VP/FOS).

III – PROPOSTAS DE DIAGNÓSTICO E ESTUDOS CLÍNICOS DA DOENÇA DE CHAGAS NA AMAZÔNIA

13. Recomenda-se que, nas estratégias de ação da AMCHA, o componente de morbidade e atenção médica ao

doente/infectado pelo *T. cruzi* seja, desde o início, uma prioridade integrada às demais atividades.

14. Considerando a pouca visibilidade clínica e o limitado conhecimento existente na Amazônia, devem-se identificar os serviços já instalados e/ou programas que ali atuam, e que podem oferecer suporte às ações de vigilância epidemiológica e ambiental, como: a) incluir a detecção de *T. cruzi* como rotina na leitura de gotas grossas realizadas em pacientes febris com suspeita de malária para a identificação de casos agudos de doença de Chagas; b) utilizar as medições com sensores remotos de agências governamentais para obter informação sobre desflorestamento, ocupação humana, usos da terra, distribuição de ecótopos naturais de triatomíneos.
15. É necessário disponibilizar recursos (insumos diagnósticos e medicamentos) e equipamentos mínimos (RX, ECG) que permitam o correto manejo do paciente/infectado.
16. Propõe-se implementar a consulta a distância (comunicação telefônica, eletrônica) e os sistemas de tele-medicina vinculados a centros especializados de referência, especialmente para o pessoal sanitário dos centros de saúde remotos.
17. Devido ao caráter particular da doença de Chagas na Amazônia, é necessário formular e implementar protocolos específicos para o diagnóstico que serão compartilhados por todos os participantes da AMCHA.

Sabendo que: a) na parasitemia há diferenças regionais; b) no isolamento e cultura do parasita com os métodos clássicos não sempre isso se consegue; e que c) há necessidade de definir os melhores ensaios sorológicos e antígenos correspondentes; deve-se analisar o benefício da técnica de amplificação de ADN do *T. cruzi* pela PCR.

O isolamento do parasita, tanto do hospedeiro como do vetor, e sua caracterização são necessários para avaliar, em nível biológico e molecular, as populações de parasitas circulantes na Sub-região amazônica.

A detecção dos casos crônicos se fará através da sorologia que deve ser standardizada para toda a Sub-região. Todos os métodos deverão ser submetidos a um controle de qualidade. Por causa do pouco conhecimento do perfil clínico dos indivíduos infectados na Sub-região amazônica, que aparentemente não se enquadra nos perfis das áreas endêmicas clássicas da doença de Chagas, haverá a necessidade de ter um protocolo comum de coleta de dados clínicos e epidemiológicos. Por tanto, se propõe organizar, durante o ano 2006 e antes da terceira reunião prevista em Quito, Equador, um seminário sobre diagnóstico aplicado à doença de Chagas na Amazônia com dois componentes: diagnóstico e estudo clínico no contexto epidemiológico. O objetivo é ter um protocolo específico para a Sub-região amazônica e comum a todos os participantes da AMCHA.

18. Recomenda-se difundir as publicações de consenso referidas nas referências bibliográficas sobre a doença de Chagas para o manejo clínico e laboratorial do paciente. Ao mesmo tempo é necessário elaborar protocolos e recomendações clínicas e laboratoriais específicas para os serviços de saúde da Amazônia.

IV – INVESTIGAÇÕES EM RELAÇÃO AO MELHORAMENTO DA EPIDEMIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS NA AMAZÔNIA

19. Há necessidade de estudos interdisciplinares que promovam conhecimento sobre as relações entre dinâmicas ecológicas, sociais e os riscos de transmissão a escala macro (como a modificação antrópica do meio) e micro (como respostas locais de vetores, reservatórios e ecótopos).
20. É necessário estabelecer vínculos entre os pesquisadores e os que detém o poder de decisão para assegurar a aplicação do conhecimento científico gerado, promovendo a participação ativa da comunidade
21. Na Guiana Francesa recomenda-se implementar um sistema de vigilância baseado na ocorrência de casos de infecção pelo *T. cruzi* nos cães, utilizando-os como sentinelas.
22. Recomenda-se planificar, com o apoio da OPS, a realização de um estudo de custo/benefício e custo/impacto do desenvolvimento de atividades de prevenção e vigilância da doença de Chagas para a Sub-região Amazônica.
23. Recomenda-se que se pesquisem e avaliem as provas diagnósticas existentes, definindo as características do melhor protocolo diagnóstico possível adaptado às condições da Sub-região amazônica.
24. É necessário, também, continuar pesquisando para conseguir novos medicamentos bem tolerados, ativos em todas as fases da infecção, acessíveis para todos os pacientes e de baixo custo.
25. Solicita-se à OTCA, com a sua Comissão Especial de Saúde Amazônia – CESAM, e à OPS/OMS, o apoio de cooperação técnica para processos de condução e articulação interinstitucional em prevenção e vigilância da doença de Chagas na Amazônia.

CONCLUSÕES DO GRUPO DE TRABALHO 1

Vigilância epidemiológica e ambiental da doença de Chagas na Amazônia

(Anexo: Detecção de áreas de transmissão através da detecção de casos agudos)

1. A doença de Chagas, em base ao dano que causa, a sua incidência, prevalência e vulnerabilidade, na Amazônia se detectou como problema de saúde pública para lugares específicos onde grupos de pesquisa realizaram estudos, e atualmente concita a atenção dos Governos da Sub-região amazônica e da comunidade científica.
Nesta reunião propõe-se um modelo de vigilância, que possa ser implementado a curto prazo na Amazônia, e

que permita detectar onde atualmente existe a transmissão da infecção humana, em cada um dos nove países amazônicos.

A vigilância incluirá os seguintes componentes: a) **doença/infecção humana** (vigilância como o primeiro componente, precedendo aos restantes); b) **vetores**; c) **reservatórios**; d) **ambiente** (referido ao ambiente antrópico e relação homem/vetor/reservatórios).

2. Para identificar as áreas de transmissão da infecção humana na Sub-região, propõe-se um sistema de vigilância que terá como base o reconhecimento inicial dos **casos agudos**, que serão **casos sentinela** para desencadear as etapas seguintes de investigação.
3. Para o componente doença/infecção, como início do sistema de vigilância, as definições de casos serão:

3.1 - **caso agudo suspeito**: caso com dados epidemiológicos compatíveis e clínica compatível ou sugestiva de Chagas agudo, com exame parasitológico negativo ou não realizado. Este caso deve se beneficiar de uma pesquisa laboratorial com algum método parasitológico direto: exame hemoscópico de gota fresca, método de hemoconcentração pelo método de Strout, microhematócrito, *Quantitative Buffy Coat* ou outro. Se o resultado do exame parasitológico direto é negativo, deverá se repetir o exame, si é positivo o indivíduo deverá ser imediatamente tratado e deverá se beneficiar de um acompanhamento clínico e laboratorial;

3.2 - **caso agudo confirmado**: indivíduo no período inicial da infecção, sintomático ou assintomático, com parasitemia demonstrada por um exame direto e porta de entrada demonstrável ou não.

Só os casos agudos desencadearão necessariamente a investigação epidemiológica. Os casos crônicos, procedentes de estudos sorológicos, bancos de sangue ou atenção médica, no sistema não desencadearão necessariamente a investigação epidemiológica, mas sim a derivação a uma unidade de referência para o seu tratamento etiológico e/ou não etiológico.

4. A detecção dos casos agudos poderá utilizar operativamente a busca do *T. cruzi* em **lâminas de gota grossa do programa de paludismo**, como intervenção multidoença, já instalada e em funcionamento, ou de outra estrutura alternativa da qual disponham os países, como por exemplo, as lâminas de hemograma. A gota grossa, embora tem baixa sensibilidade, é uma técnica disponível e possível.
5. A pesar da nova proposta de detecção de casos agudos, através da leitura de gotas grossas em casos com suspeita de malária, nada impede que outras investigações sejam implementadas paralelamente, com o objetivo de detectar indivíduos na fase aguda ou crônica por outros métodos.

No uso de métodos de diagnóstico clássicos da infecção chagásica, quando aplicados na Amazônia, recomenda-se:

- utilizar duas técnicas sorológicas de diferentes princípios e empregar pelo menos em um dos métodos de diagnóstico sorológico antígenos de um grupo de *T. cruzi* existente na Sub-região;
- considerar a existência de IgM ou IgG, conforme a suspeita da fase de infecção, aguda ou crônica;
- não interpretar os resultados de diagnóstico apenas qualitativamente, mas também quantitativamente;
- caso se optar pela utilização da IFI, nas análises de resultados considerar, também, as leituras duvidosas (fluorescência que não segue perfis clássicos uniformes e intensos das áreas endêmicas clássicas) e promover treinamentos de profissionais de laboratório para a sua leitura;
- fazer o diagnóstico diferencial com *Trypanosoma rangeli*, outra espécie de tripanossoma circulante conjuntamente com o *T. cruzi* em alguns ciclos da Sub-região;
- utilizar métodos que possibilitem o isolamento de *T. cruzi* circulante (xenodiagnóstico indireto e/ou hemocultura) com o objetivo de avaliar biológica e molecularmente as populações do parasita existentes na Sub-região;
- se em estudos de pesquisa excepcionalmente for possível, empregar o método da reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real (*Real Timer*) para avaliar a parasitemia dos indivíduos crônicos;
- se for possível, utilizar como alvo de amplificação na PCR a sequência de minicírculos de kDNA, já que ela demonstrou-se ser mais sensível que os métodos parasitológicos (xenodiagnóstico, hemocultura) na fase crônica;
- analisar a relação entre os resultados clínicos, de laboratório e epidemiológicos, considerando possíveis diferenças sub-regionais e regionais;
- na coleta dos dados epidemiológicos, associar perguntas clássicas sobre os possíveis mecanismos de transmissão tradicionais com as referidas a hábitos sub-regionais amazônicos.

6. A investigação epidemiológica se desencadeia em função de um exame parasitológico positivo (sintomático ou assintomático). E cada caso agudo inicia: a) uma investigação epidemiológica do caso individual (história de exposição em lugares de risco, migração, etc.); b) uma investigação epidemiológica dos contatos (investigação ampliada à família, comunidade, cohabitantes, na procura de surtos).

Dentro do possível, toda a informação deverá estar georeferenciada (com coordenadas de um sistema de informação geográfica).

Os indivíduos com resultado parasitológico positivo deverão ser remetidos a centros de atenção médica para o seu manejo e tratamento. Em relação aos medicamentos para o seu tratamento etiológico e não etiológico, o correspondente abastecimento das unidades de saúde deverá acontecer antes da implantação do referido programa de vigilância.

7. A investigação epidemiológica deve conduzir a estabelecer si o caso é importado ou autóctone.

8. Nos casos importados a área de procedência deverá ser notificada.

9. Nos casos autóctones da Amazônia, a investigação epidemiológica deverá:

9.1 – investigar o domicílio e peridomicílio;

9.2 – revelar o mecanismo de transmissão implicado (vetorial, oral, vertical u outro);

9.3 – uma vez estudado o caso, indicar as ações de controle pertinentes;

9.4 – desencadear um inquérito soro-epidemiológico na comunidade de cada caso em data oportuna.

10. Segundo o mecanismo de transmissão determinado:

10.1 - por via oral, iniciar uma investigação própria de um surto de Doença Transmitida por Alimentos;

10.2 - por via vetorial, estudar a situação e indicar, se for pertinente, um possível controle antivetorial.

Reconhecem-se as limitações que para determinar o mecanismo de transmissão variam segundo o caso e país onde se efetue a investigação.

11. A vigilância sobre vetores implica:

11.1 - investigação entomológica a partir de casos;

11.2 - investigação de casos de domiciliação;

11.3 - investigação exploratória junto à população.

12. Um componente de vigilância sobre o ambiente é necessário e deverá integrar:

12.1 - monitoração da ocupação humana na Sub-região;

12.2 - identificação e mapeamento dos ecótopos preferenciais dos vetores;

12.3 - sistematização da informação disponível.

13. Reconhece-se que há extensas áreas geográficas da Amazônia nas que se carece de informação epidemiológica e da distribuição dos vetores, pelo que

se recomenda organizar expedições de reconhecimento, especialmente nas áreas identificadas pelo grupo técnico de Palmari, Brasil, em 2002.

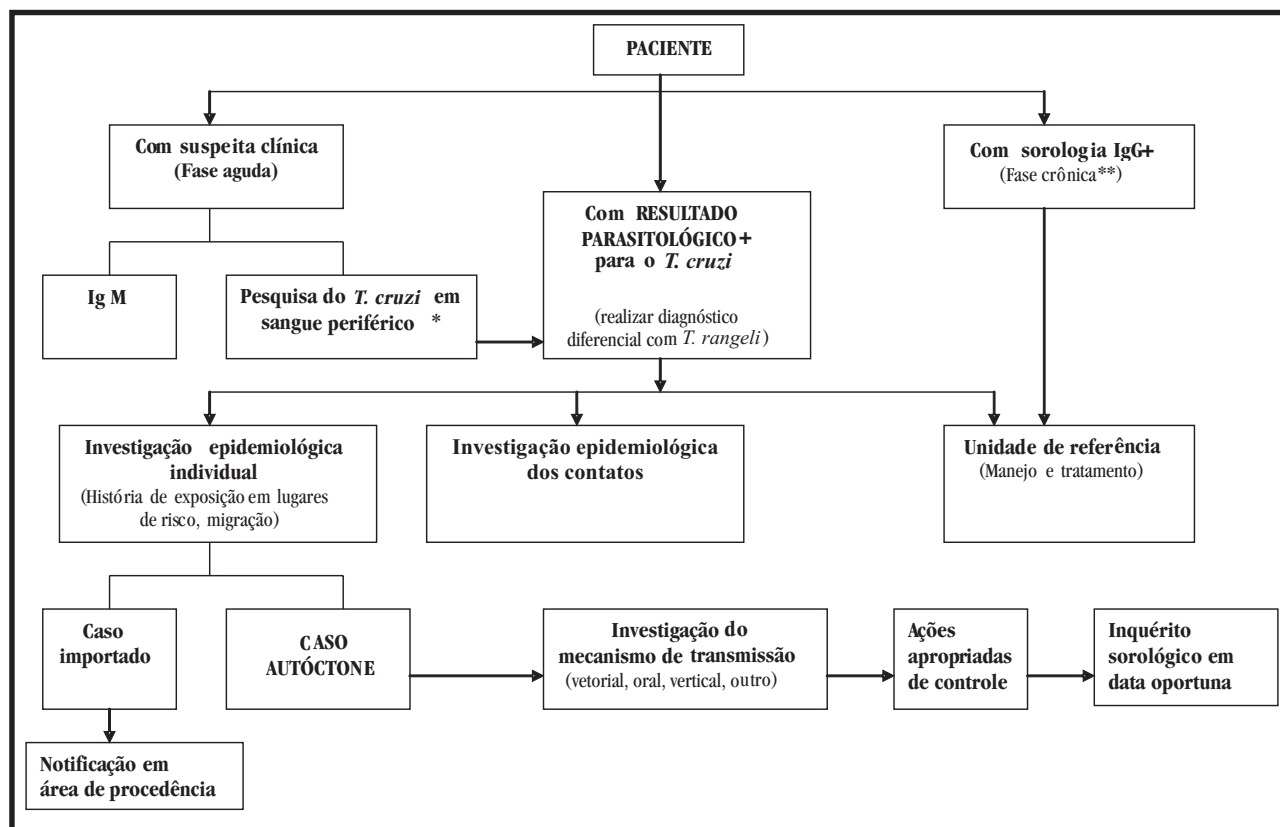
- 14. A vigilância deve ser um sistema integrado, que se acompanha da identificação de caso, estudo de vetores, do meio natural, envolvendo a comunidade.
- 15. Recomenda-se no marco de prioridade criado ultimamente para a doença de Chagas pelos Objetivos do Milênio, a União Européia e a hierarquização de Chagas como *doença negligenciada*, que se proponham projetos para o desenvolvimento de esses esquemas de vigilância.
- 16. Para pôr em funcionamento o sistema visualizam-se como necessidades imediatas e cruciais: a) capacitação de recursos humanos para diagnóstico clínico e de laboratório,

atenção ao infectado/doente e capacitação no uso de sistemas de informação geográfica; b) padronização dos métodos diagnósticos na Subregião e insumos e equipamentos necessários; c) provisão de medicamento.

- 17. É indispensável, desde agora, propor o desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico simples, eficaz e barato, assim como pesquisar novos medicamentos bem tolerados, ativos em todas as fases da infecção e acessíveis para todas as populações afetadas.
- 18. É necessário financiar projetos de investigação operativa na vigilância epidemiológica e ambiental.

Finalmente, e como valor agregado deste processo se contribuirá ao desenvolvimento de capacidades de resposta dos países para a implementação do regulamento sanitário internacional.

IDENTIFICAÇÃO DE ÁREAS DE TRANSMISSÃO ATRAVÉS DA DETECÇÃO DE CASOS AGUDOS



(*) Exame hemoscópico de gota fresca, método de hemoconcentração, gota grossa, hemograma ou outro.

(**) Procedentes de bancos de sangue, estudos epidemiológicos, atenção médica ou outro.

CONCLUSÕES DO GRUPO DE TRABALHO II

Na discussão prévia, os componentes do grupo II acordaram definir uma pergunta principal, evitando listas de possíveis temas de pesquisa de interesse local ou de grupos específicos.

Os participantes do grupo II aprovaram como pergunta prioritária de pesquisa:

Como distintas formas de ocupação territorial na Amazônia geram diferentes formas (e/ou níveis de risco) de transmissão do *T. cruzi* (desflorestamento, urbanização)?

Para levar a cabo a pesquisa da pergunta prioritária em estudos preferencialmente multicêntricos, o grupo II elaborou as seguintes recomendações:

1. caracterizar as formas de transmissão por espécies não-domiciliadas em áreas de expansão urbana, interfase urbano-selvática e em comunidades rurais;
2. definir áreas prioritárias para estabelecer estratégias de vigilância e controle;
3. considerar os diferentes tipos de ocupação espacial em relação ao risco potencial de domiciliação e vetores;
4. articular os conhecimentos gerados com estratégias que envolvam às instituições de saúde e às comunidades;
5. traduzir esses conhecimentos em propostas de gestão ambiental tanto em nível das comunidades como das instituições que estabelecem políticas ambientais;
6. fazer com que os conhecimentos gerados promovam a atenção às necessidades e prioridades das comunidades por parte dos serviços de saúde;
7. fazer com que o conhecimento gerado fortaleça as redes sociais em educação, diagnóstico situacional e intervenções;
8. fazer com que todos os estudos gerem dados georeferenciados;
9. estabelecer um grupo técnico com participação de todas as instituições interessadas da Subregião para desenvolver propostas de investigação e financiamento, homologar metodologias de medição e análises, e criar/fortalecer um rede de centros para gerar e gerir bases de dados georeferenciados.

LISTA DE PARTICIPANTES

Delegados Nacionais

Nilda Cuentas Yañez - Bolívia

Soraya Oliveira dos Santos - Brasil

Marcelo Aguilar - Equador

Jacques Cartiaux - Guiana Francesa

César Náquira Velarde - Peru

Hélène Hiwat- Suriname

Organizador

Christine Aznar - Guiana Francesa.

Expertos Convidados

Pedro Albajar Viñas - Brasil

Roberto Briceño León - Venezuela

Daniel Héctor Bulla Fernández - Uruguai

Abraham Gemio Alarico - Bolívia

David Gorla - Argentina

Mireille Hontebeyrie - França

Dominique Jeannel - França

Ângela Cristina Veríssimo Junqueira - Brasil

Frédéric Mertens - Brasil

François Noireau - França

Aluizio Prata - Brasil

Janine Ramsey - México

Mario Henry Rodríguez - México

Cristina Romaña - França

Antônio Carlos Silveira- Brasil

Participantes

Louise Arel Golitin - Guiana Francesa

Daniel Attia - Guiana Francesa

Benoit Baudhuin - Guiana Francesa

Denis Blanchet - Guiana Francesa

Bernard Carme - Guiana Francesa

Pascal Chaud - França

Elodie Chauvet - Guiana Francesa

Charles Arnaud de Broucker - Guiana Francesa

Magalie Demar - Guiana Francesa

Félix Djossou - Guiana Francesa

Philippe Esterre - Guiana Francesa

Angela Fior - Guiana Francesa

Evelyne Grandgeorge - Guiana Francesa

Mario Grijalva - EUA

Marie Gueye Auguste - Guiana Francesa

Daniel Hochard - Guiana Francesa

Christine Jasion - Guiana Francesa

Roger Loupec - Guiana Francesa

Arnaud Martrenchar - Guiana Francesa

Claude Meynard - Guiana Francesa

Gilbert Moine - Guiana Francesa

Jacques Morvan - Guiana Francesa

Mathieu Nacher - Guiana Francesa

Pierre Pauchard - Guiana Francesa

Bernard Politur - Guiana Francesa

Patrick Rabarison - Guiana Francesa

Françoise Ravachol - Guiana Francesa

Brice Rotureau - Guiana Francesa

Stéphane Simon - Guiana Francesa

Anjanie Somai - Suriname

Laurence Terzan - Suriname

Jacques Vallerand - Guiana Francesa

Cathy Venturin - Guiana Francesa

Marie Claude Verdán - Guiana Francesa

Vincent Véron - Guiana Francesa

IDRC/CIID

Roberto Bazzani - Uruguai

MSF

Francisco Javier Sancho - Espanha

CDIA/EC

Felipe Guhl - Colômbia.

ECLAT

Christopher John Schofield - Grã Bretanha.

OTCA

Jannette Aguirre

OMS

Jean Jannin - Suíça.

OPS

Henriette Chamouillet - Barbados

Roberto Montoya - Brasil.

Roberto Salvatella Agrelo - Uruguai.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Consenso brasileiro para Doença de Chagas. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 38 (Supl. 3): 7-29, 2005.

Dias JCP, Prata A e Schofield CJ. Doença de Chagas na Amazônia: esboço da situação atual e perspectivas de prevenção. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 35 (6): 669-678, 2002.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Tratamiento Etiológico de la Enfermedad de Chagas. Conclusiones de una Consulta Técnica. OPS/HCP/HCT/140/99, 1998.

Organización Panamericana de la Salud. Consulta OPS sobre Enfermedad de Chagas Congénita, su epidemiología y manejo. OPS/DPC/CD/301/04, 2004.

Reunião Internacional sobre Vigilância e Prevenção da Doença de Chagas na Amazônia. Implementação da Iniciativa Intergovernamental de Vigilância e Prevenção da doença de Chagas na Amazônia. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 38(1): 82-89, 2005.

World Health Organization. *Controle of Chagas Disease*. WHO Technical Report Series 905, World Health Organization, Geneva, 2002.