



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDICCIPLINAR EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA



TAISE DE ALCANTARA AMANCIO

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS:
MODELIZAÇÃO, VALIDAÇÃO E ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO EM SISTEMAS
MUNICIPAIS**

**VITÓRIA DA CONQUISTA
2022**

TAISE DE ALCANTARA AMANCIO

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS:
MODELIZAÇÃO, VALIDAÇÃO E ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO EM SISTEMAS
MUNICIPAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – IMS/CAT como pré-requisito para obtenção do título de mestre em saúde coletiva.

Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Nília Maria de Brito Lima Prado.

Coorientadora: Profa. Dra. Eliana Amorim de Souza.

VITÓRIA DA CONQUISTA

2022

Taise de Alcântara Amâncio

"Programa nacional de controle da doença de chagas: modelização, validação e análise de implantação em municípios do sudoeste baiano"

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde. Linha Pesquisa: Linha de pesquisa I: Políticas, gestão e programas em saúde.

Aprovada em 11/02/2022

BANCA EXAMINADORA

Nilia Maria de Brito Prado

Prof.ª Dr.ª Nilia Maria de Brito Prado (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS

Eliana

Prof.ª Dr.ª Eliana Amorim de Souza (Coorientadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS

Daniela Arruda Soares

Prof.ª Dr.ª Daniela Arruda Soares (Examinadora)
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS

Ítalo Ricardo Santos Aleluia

Prof. Dr. Ítalo Ricardo Santos Aleluia (Examinador Externo)
Universidade Federal da Bahia – UFRB

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – UFBA

A484

Amâncio, Taise de Alcântara.

Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas: modelização, validação e análise de implantação em sistemas municipais. / Taise de Alcântara Amâncio. -- Vitória da Conquista, 2022.

241 f.: il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Níliá Maria de Brito Lima Prado.

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Eliana Amorim de Souza.

Dissertação (Mestrado – Pós-Graduação em Saúde Coletiva) --
Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2022.

1. Doença de Chagas. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde I. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Níliá Prado, Maria de Brito Lima. III. Souza, Eliana Amorim de. IV. Título.

CDU: 616.937 (813.8)

Elaborado por Marcos Aurélio Ribeiro da Silva CRB5/1858.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, que sempre renovou minhas forças nessa trajetória. Aos meus filhos, Miguel e Giovana, que são incentivadores permanentes do meu desejo de ser melhor em tudo que faço. A todos os meus familiares, amigos e colegas de trabalho que, de alguma forma, me ajudaram a realizar esse sonho. Às minhas queridas, orientadora Nília e coorientadora Eliana, que acreditaram no meu potencial e foram essenciais para essa construção. Dedico a todos os usuários acometidos por doença de Chagas, que merecem visibilidade e cuidado, e a todos gestores e profissionais de saúde que lutam constantemente por um SUS de qualidade.

AGRADECIMENTOS

A persistência é uma boa qualidade do ser humano, e se não fosse a transformação que ela é capaz de produzir em nossas vidas, eu não estaria finalizando este ciclo após três tentativas de ingressar no mestrado. É de fato a realização de um sonho, não individual, e, sim, coletivo, feito a várias mãos e que tem um pouquinho de cada um que se fez presente nessa caminhada.

Agradeço à minha querida orientadora, Nília, mulher forte, docente e pesquisadora genial, que, além da brilhante orientação acadêmica, me direcionou tanto afeto. Lembro-me de quando nos encontramos em uma reunião do grupo de pesquisa. Mesmo estando no final da gestação de Giovana, você me acolheu tão bem e acreditou tanto em mim que ali tive a certeza de que eu estava no caminho certo e que poderia ser quem eu quisesse ser. Obrigada por tanto! Você é inspiração em minha vida.

À querida Liu, minha coorientadora, que, com muita garra e competência, têm transformado o cuidado às doenças negligenciadas no sudoeste da Bahia, você foi essencial nesse processo e ampliou o meu olhar para diversas questões que envolvem o ciclo da doença de Chagas. Você é simplicidade, carisma e exemplo para mim.

Ao Adriano, que, com tanta leveza, conduziu meu estágio docente orientado e proporcionou lições para aplicação no processo de ensino-aprendizagem e, especialmente, na vida.

À Poli, que foi mediadora da primeira disciplina que cursei como aluna especial do mestrado em saúde coletiva e que, com tanta competência e humanidade, me deixou ainda mais encantada com esse espaço acadêmico.

A Dani, Paulo e Alberto, por fazerem parte da minha banca de qualificação e contribuírem brilhantemente para o desenvolvimento deste trabalho. À banca examinadora da defesa pela disponibilidade e pela contribuição tão rica.

Agradeço a todos os professores do programa, pela contribuição ímpar na construção humana de um conhecimento sólido numa base crítico-reflexiva.

Aos grupos de pesquisa, INTEGRADTN – Bahia (Integração de Ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para hanseníase e doença de Chagas no SUS no sudoeste do estado da Bahia) e OBRAS (Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde), que foram imprescindíveis para minha formação e colocaram-me à frente de experiências e debates riquíssimos mediados por diversas pessoas com as mais variadas vivências e conhecimentos.

Aos gestores e trabalhadores da secretaria municipal de saúde dos dois municípios estudados por permitirem e apoiarem a realização deste trabalho.

Ao Núcleo Regional de Saúde pelo apoio. Aos profissionais de saúde, gestores e usuários que prontamente aceitaram participar da pesquisa e, enquanto sujeitos ativos, proporcionaram dados para a concretização deste estudo.

À minha companheira fiel de coleta de dados, Camila, com quem aprendi muito e pude compartilhar muitas experiências do campo de pesquisa. Aos amigos do grupo de políticas do INTEGRADTN – Bahia, Josi, Hebert, Neto, Lourdes, Álvaro, Vigna e Verônica, pela parceria, pelo compartilhamento de conhecimentos e pelo auxílio no desenvolvimento deste trabalho. Vocês foram maravilhosos.

Ao grupo “os renegados”, que foram apoio incondicional no cumprimento das disciplinas do mestrado e, também, válvula de escape para as dificuldades enfrentadas no contexto acadêmico e da pandemia do novo coronavírus.

Aos colegas da minha turma (turma de 2020 e 2021) e das turmas anteriores pelo companheirismo na jornada acadêmica, pelas palavras de carinho e incentivo e pelos momentos virtuais e presenciais de interação e afeto. São tantos laços de amizade que construí nessa caminhada. Levarei todos para a minha vida!

Agradeço ao meu pai, à minha mãe, a meus irmãos, meus avós e meus tios pelo carinho e apoio direcionado a mim nessa jornada. Ao meu companheiro, aos meus filhos e minha sobrinha, pelo incentivo, amor e contribuição para que esse sonho se tornasse realidade.

Aos amigos e aos colegas de trabalho que de alguma maneira foram essenciais tanto no processo seletivo quanto na trajetória do mestrado.

Agradeço a Deus por cuidar tão bem de mim e da minha família sempre e por permitir a conclusão desse ciclo em minha vida. Tenho imensa gratidão por ter a oportunidade de compartilhar todas as experiências acadêmicas, profissionais e pessoais do mestrado. Tenho ainda mais certeza de que tudo acontece no tempo certo, no tempo de Deus. E a minha preparação anterior à classificação foi primordial para que o conhecimento fizesse ainda mais sentido para minha vida. Foi um processo intenso de transformação, e, ao olhar para trás, percebo o quanto aprendi, o quanto mudei, o quanto me tornei melhor, e entendo que a mudança deve ser algo constante em nossas vidas. Sempre podemos ser melhores para nós e para os outros.

“Quando a gente abre os olhos, abrem-se as janelas do corpo, e o mundo aparece refletido dentro da gente.”

Rubem Alves

RESUMO

Amancio, T. A. **Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas: modelização, validação e análise de implantação em sistemas municipais.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2022.

A presente dissertação teve como objetivo sistematizar e validar a imagem-objetivo do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) e analisar o grau de implantação do programa em dois municípios do estado da Bahia, Brasil. Trata-se de estudo de avaliação normativo realizado em duas etapas: delineamento do modelo teórico lógico e análise de implantação do tipo 1b, por intermédio de estudo de caso em dois municípios baianos. O estudo contemplou uma revisão de literatura para a identificação das normas técnicas e legais e descrição da imagem-objetivo do PNCDCh, validação da matriz de padrões e critérios e do modelo teórico lógico preliminar do PNCDCh, por meio da aplicação da técnica de consenso, e um estudo de caso em dois municípios do sudoeste da Bahia, para análise do grau de implantação. Para a análise da técnica de consenso, foram calculados a média aritmética e o desvio padrão para cada critério e cada padrão da matriz, assim como as sugestões fornecidas pelos especialistas. Para a análise da implantação, foram realizadas entrevistas por meio de visitas *in loco* aos municípios, observação e registro de documentos que comprovem a condução do PNCDCh. Os excertos foram analisados e sistematizados conforme as dimensões e subdimensões delineadas para o programa de Chagas. O cálculo foi obtido pelo valor de cada padrão e dimensão, e os pontos máximos de cada um, que, posteriormente, foram multiplicados por 100 e classificados em três níveis: incipiente > 25 e < 50 pontos; intermediário > 50 e < 75 pontos; e avançado > 75 pontos. Os dados dos resultados e da discussão foram apresentados por meio de um capítulo de livro e três artigos científicos. No primeiro artigo, analisou-se a produção científica brasileira sobre a doença de Chagas, a partir de publicações indexadas na base de dados *Web of Science*. A interpretação dos dados permitiu identificar um expressivo crescimento da produção científica brasileira sobre a doença de Chagas e a abrangência da temática em periódicos internacionais, evidenciando um enfoque nas áreas biomédicas do conhecimento, com destaque para a Parasitologia, e um diminuto número de investigações direcionadas às áreas da Saúde Pública, Ciências Sociais e Farmacêuticas. No capítulo de livro, buscou-se descrever e analisar o encadeamento temporal das normas e diretrizes do PNCDCh no Brasil, de 2006 a 2020, por meio de uma revisão integrativa da literatura. A análise possibilitou interpretar o processo histórico de construção como forma de resposta ao problema e suas distintas estratégias de enfrentamento na medida em que identifica ações potentes e lacunas existentes. O segundo artigo objetivou descrever as etapas de desenvolvimento e os resultados do processo de validação do modelo lógico teórico do PNCDCh, no qual foram envolvidos 28 especialistas por meio de técnica de consenso. Os resultados descrevem o conteúdo validado da matriz em três dimensões: Vigilância, Prevenção e Controle; Cuidado à Saúde; Rede de Atenção à Doença de Chagas. A estrutura e os processos necessários para a realização das ações, bem como os resultados esperados em curto, médio e longo prazos, foram descritos no modelo lógico teórico. Já o terceiro artigo teve como objetivo analisar a implantação do PNCDCh em dois municípios do estado da Bahia. Ambos os municípios apresentaram grau de implantação intermediário. Entre as facilidades, destacam-se o pioneirismo da vigilância entomológica no município um e a rede de atenção à saúde estruturada no município dois. Entretanto, ainda existem inúmeros desafios nos contextos avaliados, como, por exemplo, incipiência na formação e educação permanente em doença de Chagas, dificuldades no diagnóstico precoce e na instituição de tratamento específico oportuno.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde; Doença de Chagas; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Avaliação em Saúde; Pesquisas sobre Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Amancio, T. A. **Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas: modelização, validação e análise de implantação em sistemas municipais.** Master's Dissertation presented to the Graduate Program in Collective Health at the Federal University of Bahia. Vitória da Conquista, Bahia: UFBA, 2022.

This dissertation aimed to systematize and validate the image-objective of the National Program for the Control of Chagas Disease (PNCDCh) and analyze the degree of implementation of the program in two municipalities in the state of Bahia, Brazil. This is a normative evaluation study carried out in two stages: delineation of the theoretical-logical model and analysis of implementation of type 1b, by means of a case study in two municipalities in Bahia. The study included a literature review to identify the technical and legal norms and describe the PNCDCh's image-objective, validation of the standards and criteria matrix and the preliminary logical theoretical model of the PNCDCh through the application of the consensus technique, and a case study in two municipalities in the southwestern of Bahia to analyze the degree of implementation. For the analysis of the consensus technique, the arithmetic mean and standard deviation were calculated for each criterion and each standard of the matrix, as well as the suggestions provided by the experts. To analyze the implementation, interviews were conducted through in locus visits to the municipalities, observation and registration of documents that prove the conduction of the PNCDCh. The excerpts were analyzed and systematized according to the dimensions and sub-dimensions outlined for the Chagas program. The calculation was obtained by the value of each standard and dimension, and the maximum points of each, which were later multiplied by 100 and classified in three levels: incipient > 25 and < 50 points; intermediate > 50 and < 75 points and; advanced > 75 points. The data from the results and discussion were presented in the form of a book chapter and three scientific articles. The first article analyzed the Brazilian scientific production on Chagas disease, from publications indexed in the Web of Science database. The interpretation of the data allowed the identification of an expressive growth of Brazilian scientific production on Chagas disease and the comprehensiveness of the theme in international journals, showing a focus on the biomedical areas of knowledge with emphasis on Parasitology and a small number of investigations directed to the areas of Public Health, Social Sciences and Pharmaceuticals. The book chapter sought to describe and analyze the temporal chain of the norms and guidelines of the PNCDCh in Brazil, from 2006 to 2020, through an integrative literature review. The analysis made it possible to interpret the historical process of construction as a way to respond to the problem and its different strategies of confrontation as it identifies powerful actions and existing gaps. The second article aimed to describe the development stages and the results of the validation process of the NHCP's theoretical logic model, in which 28 experts were involved through a consensus technique. The results describe the validated contents of the matrices in three dimensions: Surveillance, Prevention and Control; Health Care; and Care Network for Chagas Disease. The structure and processes needed to carry out the actions, as well as the results expected in the short, medium, and long term, were described in the theoretical logic model. The third article aimed to analyze the implementation of the PNCDCh in two municipalities in the state of Bahia. Both municipalities showed an intermediate degree of implementation. Among the facilities, that stand out are the pioneering entomological surveillance in municipality one and the structured health care network in municipality two. However, there are still numerous challenges in the evaluated contexts, such as incipient training and continuing education in Chagas disease, difficulties in early diagnosis and in the institution of timely specific treatment.

Keywords: Public Health Policies; Chagas Disease; Health Programs and Projects Evaluation; Health Evaluation; Health Services Surveys.

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1: Análise bibliométrica da produção científica brasileira sobre doença de Chagas

Figura 1. Frequência absoluta das publicações sobre doença de Chagas por ano indexadas na base de dados WoS, 2006 a 2020.....	47
Figura 2. Frequência absoluta das publicações sobre doença de Chagas por periódicos na base de dados WoS, 2006 a 2020.....	49
Figura 3. Frequência absoluta das publicações científicas sobre doença de Chagas por área de pesquisa indexadas na base de dados WoS, 2006 a 2020.....	53
Figura 4. Frequência absoluta das publicações sobre doença de Chagas por instituições na base de dados WoS, de 2006 a 2020.....	55

Capítulo de livro: Decurso histórico da gestão e políticas de saúde para a doença de Chagas no Brasil, 2006-2020

Figura 1. Linha do tempo doença de Chagas, 2006-2020.....	69
--	----

Artigo 2: Validação do Modelo Teórico Lógico do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas

Figura 1. Síntese da técnica de Consenso para validação do modelo teórico lógico do PNCDCh.....	90
Figura 2. Modelo teórico-lógico validado do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas.....	100

Análise de Implantação do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas em dois municípios baianos

Figura 1. Localização geográfica dos municípios no estado da Bahia, Brasil, 2022.....	109
Figura 2. Fluxo informal de diagnóstico/tratamento da doença de Chagas nos municípios.....	120

LISTA DE QUADROS

Artigo 1: Análise bibliométrica da produção científica brasileira sobre doença de Chagas

Quadro 1. Frequência absoluta entre as publicações sobre doença por autores na base de dados WoS, 2006 a 2020, e suas respectivas áreas de estudo.....51

Análise de Implantação do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas em dois municípios baianos

Quadro 1. Caracterização dos municípios participantes do estudo, 2022.....109

Quadro 2. Caracterização dos informantes-chave do estudo, 2022.....111

Quadro 3. Matriz de mensuração do grau de implantação geral do PNCDCh nos dois municípios baianos, 2022.....113

Quadro 4. Principais excertos extraídos das falas dos informantes-chave, de acordo com as dimensões e subdimensões do PNCDCh, 2022.....116

Apêndice

Quadro 1. Matriz de padrões e critérios do Programa Nacional de Controle da doença de Chagas (Apêndice A)141

Quadro 2. Principais excertos de acordo com as dimensões e subdimensões do PNCDCh.....193

LISTA DE TABELAS

Artigo 2: Validação do Modelo Teórico Lógico do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas

Tabela 1. Matriz de padrões e critérios do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas consensuada, 2021.....92

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<i>Sigla/Abreviações</i>	<i>Descrição do Termo</i>
AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária a Saúde
BA	Bahia
BVS	Biblioteca virtual em Saúde
CAT	Campus Anísio Teixeira
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEMAE	Centro Municipal de Atenção Especializada
CDI	Cardiodesfibrilador Implantável
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSCI	Conference Science Citation index
DC	Doença de Chagas
DCA	Doença de Chagas Aguda
DCC	Doença de Chagas Crônica
DeCS	Descritores de Ciências da Saúde
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
ECG	Eletrocardiograma
ELISA	Ensaio Imunoenzimático
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
FCI	Forma Crônica Indeterminada
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FV	Fibrilação Ventricular
G	Gestor
GT	Grupo Técnico
HAI	Hemoaglutinação Indireta
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
IECA	Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina
IES	Instituição de Ensino Superior
IFI	Imunofluorescência Indireta
IMS	Instituto Multidisciplinar em Saúde
INT	Intermediário
INTEGRADTN	Integração de Ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para hanseníase e doença de Chagas no SUS no Sudoeste do estado da Bahia
LACEN	Laboratório Central
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
LRN	Laboratório de Referência Nacional
MP	Marcapasso
NR	Não Reagente
M1	Município

MS	Ministério da Saúde
NRS	Núcleo Regional de Saúde
ODM	Objetivos do Milênio
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
P	Profissional
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PCDCh	Programa de Controle da Doença de Chagas
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PETI	Programa de Erradicação do <i>Triatoma Infestans</i>
PIT	Posto de Informação de Triatomíneo
<i>P. diasi</i>	<i>Panstrongylus diasi</i>
<i>P. megistus</i>	<i>Panstrongylus megistus</i>
PNCDCCh	Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PVVPS	Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde
R	Reagente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RECHS	Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde.
SCI	Science Citation Index
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAB	Secretaria do Estado da Bahia
SINAN	Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação
SINASAN	Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados
SSCI	Social Science Citation
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUREM	Sistema de Regulação de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância em Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<i>T. cruzi</i>	<i>Trypanossoma cruzi</i>
<i>T. infestans</i>	<i>Triatoma infestans</i>
<i>T. vitticeps</i>	<i>Triatoma vitticeps</i>
TVNS	Taquicardia Ventricular Não Sustentada
TV	Taquicardia Ventricular
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFBA	Universidade Federal da Bahia
VIIEP	Vigilância epidemiológica
WoS	Web of Science

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM O TEMA DE ESTUDO.....	16
1 INTRODUÇÃO À PROBLEMÁTICA DO ESTUDO.....	18
2 OBJETIVOS.....	25
3 REVISÃO DO ESTADO DA ARTE DAS TEMÁTICAS NORTEADORAS DO ESTUDO.....	26
3.1. Breve síntese das políticas direcionadas à doença de Chagas na América Latina.....	26
3.2 Políticas direcionadas à doença de Chagas no Brasil.....	29
3.3 Avaliação de políticas e programas de saúde.....	33
3.3.1 Conceito de avaliação em saúde.....	34
3.3.2 Análise da implantação.....	36
4 RESULTADOS.....	40
4.1 Artigo 1: Análise bibliométrica da produção científica brasileira sobre doença de Chagas.....	41
4.2 Capítulo de livro: Decurso histórico da gestão e políticas de saúde para a doença de Chagas no Brasil, 2006-2020.....	64
4.3 Artigo 2: Validação do Modelo Teórico Lógico do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas.....	85
4.4 Artigo 3: Análise de Implantação do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas em dois municípios baianos.....	106
5 CONSIDERAÇÕES GERAIS DA DISSERTAÇÃO.....	131
REFERÊNCIAS.....	134
APÊNDICE	
APÊNDICE A: Matriz de padrões e critérios do PNCDCh	
APÊNDICE B: Roteiro de entrevistas com gestores e profissionais de saúde	
APÊNDICE C: Roteiro de entrevista com gestor estadual	
APÊNDICE D: Roteiro de entrevistas com usuários	
APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE F: Principais excertos de acordo com as dimensões e subdimensões do PNCDCh	

APRESENTAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM O TEMA DE ESTUDO

Apresento aqui breves considerações sobre minha aproximação com meu objeto de estudo e suas possíveis implicações na condução e análise dos dados.

Nasci e cresci em município pequeno da Chapada Diamantina, no interior da Bahia, de nome Ibicoara, que, além de suas paisagens e belezas naturais, traz consigo um ambiente acolhedor rodeado pelo aconchego familiar.

Minha trajetória na área da saúde iniciou-se com meu ingresso no curso de Bacharelado em Enfermagem, no ano de 2008, em uma universidade particular do estado de São Paulo. Posteriormente, com a finalização da graduação, retornei à minha cidade de nascimento em busca de inserção no contexto profissional. Nesse cenário, atuei em um serviço de emergência pública do município e, logo após, em uma Unidade de Saúde da Família da zona rural de Mucugê (Bahia). Registro aqui o meu encantamento pela atenção primária em saúde e por suas potencialidades diante dos determinantes sociais e em saúde da população adscrita. Dito isso, minha relação com a atenção básica galgou novos desafios quando assumi um concurso público na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Andaraí (Bahia), permanecendo ali por aproximadamente um ano.

As experiências profissionais em cidades pequenas colocaram-me à frente de situações diversas de vulnerabilidades sociais, ambientais e individuais que mantêm íntima relação com variados problemas de saúde e devem promover um olhar diferenciado para a atuação profissional direcionada às pessoas, suas famílias e aos territórios onde vivem e trabalham. Nessa seara, o acolhimento, a escuta qualificada e a formação de vínculo constituem tecnologias leves desses espaços e me fascinaram, na medida em que transportam a centralidade do cuidado ao usuário e geram maior viabilidade de assistência de qualidade e maior resolutividade.

Em 2014, adentrei o quadro efetivo de profissionais do município de Vitória da Conquista (Bahia), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e, especificamente, à Atenção Básica. De fato, minha paixão só fazia aumentar por esse lugar onde me reconheço como sujeito ativo. Dadas as oportunidades de uma cidade de grande porte, iniciei, no ano de 2016, uma especialização *lato sensu* em Saúde coletiva, que instigou ainda mais o desejo de seguir novos passos acadêmicos e abriram a perspectiva para o mestrado em saúde coletiva.

Em 2018, fui apresentada ao projeto de pesquisa INTEGRADTNs-Bahia, que atua sobre o foco da integração entre vigilância e atenção primária em saúde na doença de

Chagas e na hanseníase. Essa aproximação foi crucial para fomentar aprendizados relevantes sobre a doença de Chagas, além de instrumentalizar o início do presente estudo. Cabe mencionar que, até então, eu não havia me deparado com a infecção pelo *Trypanosoma cruzi* nem nos espaços de formação profissional. Enquanto servidora do SUS, que atua na zona rural, houve um estranhamento com a temática, deixando-me bastante impactada com a pouca visibilidade e disseminação das estratégias direcionadas à doença de Chagas, principalmente em um contexto rural, que é tão propício ao ciclo de transmissão e que carrega outros desafios importantes como a dificuldade em acessar oportunamente os serviços de saúde.

Em 2020, concretizou-se o sonho de adentrar um curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva de uma renomada Universidade Federal, que, no curso de seu primeiro semestre, foi intensamente marcado por uma crise sanitária global e histórica: a pandemia do novo coronavírus, e transformou o formato presencial das relações sociais e de ensino.

No ambiente do mestrado acadêmico, o estudo sobre análise da implantação do programa nacional de controle da doença de Chagas manteve sua continuidade, e pude perceber com o passar do tempo que desbravar o “desconhecido” da doença propiciou uma apropriação da temática e uma militância pela sua visibilidade na sociedade. Por outro lado, a possibilidade de avaliar um programa pioneiro, desvendando suas nuances e sua relação em contextos distintos, sob a perspectiva de impulsionar novos rumos a um enfrentamento ainda adormecido, é de fato desafiador e, ao mesmo tempo, prazeroso.

Assim, vejo-me mergulhada em um universo antes pouco conhecido e, agora, tão próximo, que incluiu sensibilidade ao processo para dar sequência aos caminhos da investigação, na tentativa de alcançar frutos positivos a uma população considerada de baixa expressividade e baixo interesse sociopolítico.

1 INTRODUÇÃO À PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

A doença de Chagas assume endemicidade em 21 nações das Américas, com cerca de 6 milhões de indivíduos acometidos, em média. Anualmente, são 30 mil casos novos nesse território, causando, aproximadamente, 14.000 óbitos anuais e 8.000 casos de infecção congênita. Ademais, as estimativas apontam para um número de cerca de 70 milhões de indivíduos em ambientes vulneráveis sob o risco da infecção (BRASIL, 2020a).

No início do século XX, no contexto da América Latina, evidenciaram-se diversas ações integrais e de sucesso no controle da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), principalmente em nações do Cone Sul e na Venezuela, em reflexo, sumariamente, proveniente de uma pressão da comunidade científica latino-americana (DIAS, 2007a). De maneira específica, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) concedeu ajuda estratégica, política e científica para construir as intervenções de controle, com enfoque em combate vetorial, melhoramento dos domicílios, educação sanitária nos territórios e triagem sorológica para a doação de sangue (MORAES-SOUZA e FERREIRA-SILVA, 2011). Ainda, com auxílio e coordenação da OPAS, oficializou-se, em 1991, em Brasília, a Iniciativa do Cone Sul, envolvendo Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai, para eliminar o *Triatoma infestans* (*T. infestans*) e controlar a transmissão da doença de Chagas nas transfusões de sangue (DIAS, 2007b; VILLELA *et al.*, 2009; MORAES-SOUZA e FERREIRA-SILVA, 2011; WESTPHALEN *et al.*, 2012).

Contudo, o cenário da transmissão na América Latina tem sofrido influência do processo de globalização, cabendo destacar a ocorrência de migração de indivíduos das regiões rurais para as urbanas. As iniquidades desse processo traduzem bolsões de pobreza em locais endêmicos, com a subsistência de vulnerabilidade para a transmissão e a desassistência de portadores da doença. Além disso, percebe-se a promoção de um desmatamento desenfreado e consequente mudança no ciclo natural da doença como consequência das inovações tecnológicas na agropecuária; melhoria no acesso aos serviços médico-previdenciário; e a contribuição internacional para auxílio no controle da doença. Em contrapartida, há minimização das políticas sociais e da ação estatal (DIAS, 2007a).

À luz do processo migratório urbano, os acometidos pela doença de Chagas rapidamente dispersaram-se, também, para regiões não endêmicas, inclusive, para América do Norte e Europa, elevando os riscos da infecção através dos procedimentos transfusionais (DIAS, 2007a), e alguns países da América Latina ainda se deparam com essa via alternativa de

transmissão da doença em seu território (WESTPHALEN *et al.*, 2012). Por mais que alguns países do mundo mantenham um sistema de hemovigilância eficaz na triagem de doenças infectocontagiosas, a referida prática ainda se faz incipiente e/ou ineficiente em outras nações, uma preocupação para a propagação da DC, especialmente em locais não endêmicos (DIAS *et al.*, 2015).

A doença chagásica representa um sério problema de saúde pública também no Brasil. A estimativa é de que cerca de 2,5 milhões de indivíduos ainda permanecem infectados no país, sendo que a maior parte se encontra no estágio crônico da doença. Desses, aproximadamente um terço manifestam ou irão manifestar algum sintoma grave, cardíaco ou digestivo, de evolução lenta e gradativa, e, na maioria das vezes, incapacitante (SILVESTRE *et al.*, 2017).

Os dados estimaram que, em 2020, no território brasileiro, existam no grupo de indivíduos maiores de 25 anos: 819.351 na fase crônica indeterminada, 409.676 na fase crônica cardíaca e 136.559 na fase crônica digestiva. No que diz respeito às mortes, registrou-se, entre 2007 a 2017, um total de 51.293 óbitos por doença de Chagas, o que corresponde a uma média anual de 4.663 (BRASIL, 2020a).

Cabe ressaltar que a DC impacta negativamente as regiões de endemicidade, no que se refere às mortes e, também, a ausências e incapacidades no trabalho e gastos com os serviços de saúde (DIAS, 2007a; VILLELA *et al.*, 2009), uma vez que em regiões de maior prevalência evidenciou-se um aumento das solicitações de benefícios da Previdência Social e do Instituto Nacional de Seguridade Social (BRASIL, 2020a).

No país, o controle vetorial da doença de Chagas (DC) teve tímido início a partir de 1940, com a finalidade de reduzir a transmissibilidade nas unidades domiciliares. Uma breve análise temporal permite identificar que, no ano de 1950, foi instituído o Programa de Controle da Doença de Chagas (PCDCh) pelo Serviço Nacional de Malária, mas apenas em 1975 as iniciativas foram estruturadas na modalidade de programa de âmbito nacional pela antiga Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), atual Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (VILLELA *et al.*, 2009).

Cabe ressaltar que uma das prerrogativas do programa, à época, era a melhoria da habitação, especialmente em regiões endêmicas, para controle da doença de Chagas, sendo essa pauta assumida pelo Ministério da Saúde desde 1967/1969 (FUNASA, 2004). Posteriormente, a criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados, em 1980, resultou na implantação gradativa de uma rede pública estadual hierarquizada de serviços de hemoterapia. Ainda que as

estratégias para conter o risco de transmissão transfusional da doença de Chagas (MORAES-SOUZA e FERREIRA-SILVA, 2011) estivessem disponibilizadas desde o início da década de 1950 (DIAS, 2007b), as ações só foram efetivadas de forma abrangente em 1980, com advento da AIDS, por constituir uma enfermidade que agregou maior visibilidade político-social (DIAS, 2007b; VILLELA *et al.*, 2009).

Em 1990, as leis 8.080 e 8.142 passam a vigorar no país e trouxeram a regulamentação do Sistema Único de Saúde, bem como de suas diretrizes, como, por exemplo, a descentralização político-administrativa das ações e dos serviços de saúde, sob o enfoque de municipalização (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Com a descentralização das ações do setor saúde e a transferência de atribuições administrativas para os estados e municípios, inclusive no que tange às atividades de vigilância em saúde e de controle de doenças, evidenciou-se uma dificuldade na operacionalização de programas, como o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh), uma vez que os municípios não possuíam experiência no combate às endemias (VILLELA *et al.*, 2009).

Outro destaque refere-se ao fato de que esse processo não aconteceu de maneira gradativa, sem que fosse possível haver uma organização necessária para que os estados e municípios viessem a assumir tais compromissos. Somado a isso, a ausência de priorização dos governos locais, da falta de coesão das intervenções trazia o risco de desenvolvimento fragmentado e pontual de estratégias da PNCDCh (VILLELA *et al.*, 2009).

Em contraponto, os esforços empreendidos para o controle vetorial e a extinção do *T. infestans*, o principal triatomíneo transmissor da doença de Chagas em território brasileiro, culminaram na certificação da eliminação do referido triatoma em 2006 de amplas regiões do país, além de reduziem a infestação e a consistência no intradomicílio de outras espécies causadoras da transmissão domiciliar do *T. cruzi* (VILLELA *et al.*, 2009).

Ademais, nota-se que no Brasil as ações de controle não consideram fortemente a mudança no padrão epidemiológico da doença (VILLELA *et al.*, 2009), transformação observada por presença de triatomíneos nativos como potentes colonizadores, pelo ciclo silvestre do *T. cruzi*, a permanência de focos residuais de *T. infestans*, além de novas modalidades de transmissão, principalmente, a transmissão oral (VILLELA *et al.*, 2009; WESTPHALEN *et al.*, 2012; DIAS *et al.*, 2016; BRASIL, 2019).

Levando em consideração as iniquidades sociais e em saúde em que a doença de Chagas é produzida, deparamo-nos com comunidades que moram em domicílios precários, com

incipiente acesso a saneamento básico, especialmente, moradores das zonas rurais, pouco estudados (DIAS, 2007a; WESTPHALEN *et al.*, 2012; MAGALHÃES *et al.*, 2020; SOUZA *et al.*, 2021), que assumem espaço marginalizado no processo de produção e possuem pouca visibilidade política e baixo grau de reivindicação (DIAS, 2007a; WESTPHALEN *et al.*, 2012).

O contexto rural é constituído por diversas vulnerabilidades socioeconômicas e socioambientais, que configuram fatores de risco para a doença de Chagas, além de protagonizar desafios no acesso oportuno aos serviços de saúde, como dificuldades de deslocamento devido às estradas em condições precárias (MAGALHÃES *et al.*, 2020). Desse ponto de vista, as estratégias de saúde no espaço rural tendem a ser operacionalizadas de maneira distinta da zona urbana diante de desafios próprios desse contexto.

As referidas constatações, aliadas à cronicidade de evolução lentificada, comum a essa enfermidade, geram um desinteresse em assumir agendas políticas direcionadas ao seu controle, sendo estas atropeladas por programas de maior visibilidade (DIAS, 2007a; DIAS, 2007b). Contudo, dadas as características das populações comumente atingidas, o controle da doença, assim como o cuidado à saúde dos usuários acometidos, demonstra uma forte dependência por políticas sociais integrais e longitudinais de cunho estatal (DIAS, 2007a).

Ademais, evidencia-se a pouca priorização da infecção chagásica humana no campo científico e tecnológico, no que se refere ao financiamento de pesquisas direcionadas à formulação de novos medicamentos e insumos para o combate de vetores (DIAS, 2007a). Atualmente, a terapia parasitológica específica abrange dois medicamentos: o benznidazol e o nifurtimox. Ambos são usados há mais de 40 anos sem um seguimento criterioso em decorrência das reações adversas possíveis. Nessa seara, ainda há desafios para se obter, acessar e distribuir tais fármacos (WESTPHALEN *et al.*, 2012).

Consequentemente, evidencia-se que, depois de mais de um século de descoberta da doença de Chagas, ainda permanecem indefinições operacionais de âmbito técnico, mas, também, de políticas que precisam ser enfrentadas a fim de se estabelecer uma atuação efetiva sobre essa doença e suas condições negligenciadas (WESTPHALEN *et al.*, 2012; BRASIL, 2019). De fato, não há acompanhamento sistemático dos dados da vigilância e do sistema de atenção básica para avaliar a ocorrência da referida enfermidade (BRASIL, 2020a). E, operacionalmente, a vigilância precisa ser fortemente estabelecida, em alinhamento com uma adequada prestação de serviços de saúde aos inúmeros acometidos que residem em ambientes endêmicos e não endêmicos (DIAS, PRATA E CORREIA, 2008). Desse modo, uma atenção

que atenda às necessidades em saúde, especialmente da doença de Chagas em seu estágio crônico, possibilitaria a atuação em prevenção secundária, com intuito de prevenir as complicações da doença e, conseqüentemente, minimizando os gastos públicos (BRASIL, 2020a).

Frente a esse cenário, são evidentes os desafios para a saúde pública. Sendo assim, em alinhamento com as perspectivas para o alcance da meta de controle de doenças tropicais da Agenda 2030 e dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015), recentemente, o Ministério da Saúde publicou, em 2018, o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas – doença de Chagas, que versa sobre o diagnóstico da doença de Chagas aguda e crônica, bem como de suas complicações, e amplia o tratamento etiológico específico, estabelece o rastreamento para estratos populacionais específicos, entre outros (BRASIL, 2018).

Mais recentemente, em 18 de maio de 2020, foi publicada portaria tornando obrigatória a notificação de casos crônicos da doença de Chagas (BRASIL, 2020b). Tais estratégias têm a finalidade de avançar na atenção integral aos usuários acometidos. Contudo, apesar de as diretrizes indicarem a orientação de condutas do modelo de atenção integral à saúde, precisa-se aprimorar a situação-objetivo da atenção à saúde à doença de chagas.

Contudo, ainda não há publicação que contemple de forma abrangente aspectos relacionados com a vigilância em saúde, cuidado em saúde e organização dos serviços de saúde, ou seja, com a avaliação de implantação de aspectos operacionais da Política Nacional da Doença de Chagas, uma vez que as investigações disponíveis enfatizam avaliações restritas à vigilância epidemiológica/entomológica com foco em espécies triatomíneas, suas características e distribuição geográfica, além do conhecimento dos agentes de endemias e comunidade sobre os vetores e da aplicação de inquéritos e investigações sorológicas (ASSIS, 2006; VILLELA, 2008; SILVA *et al*, 2009; SANTOS, 2011).

No estado da Bahia, grande parte dos municípios está classificada como de médio e alto risco para transmissão vetorial da doença de Chagas (BAHIA, 2017). Nesse cenário, a maioria dos indivíduos chagásicos apresenta a forma crônica indeterminada da doença, e é possível que não saibam que são portadores, chegando aos serviços de saúde na ocorrência das complicações da doença. Nesse contexto, é provável que muitos óbitos por doença de Chagas como causa básica ou causa associada estejam silenciosos na rede de atenção à saúde.

O estado baiano contou com uma média de 624 mortes pela infecção parasitária por ano, entre os anos de 2008 a 2017, contemplando expressivamente a quarta maior taxa de

mortalidade do Brasil (BAHIA, 2018). Nesse contexto, ressalta-se a importância de as equipes reconhecerem em seus territórios de abrangência os casos de DC para a atenção integral. Ao longo do estudo, discutiremos a respeito de ações de saúde fragmentadas que interferem na existência dos dados epidemiológicos acima.

Tomando-se como referência o contexto epidemiológico da doença de Chagas, bem como operacional das ações de controle, reconhece-se, por um lado, a grande carga que esse processo parasitário ainda possui, tanto para o indivíduo quanto para a coletividade, e, por outro, os desafios que se apresentam à rede de serviços do Sistema Único de Saúde para a implementação de atenção integral a todas as pessoas. Evidencia-se que, ao longo dos anos, o país avançou consideravelmente nas estratégias de vigilância, prevenção e controle de triatomíneos, no entanto, a operacionalização de ações de cuidado à saúde direcionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários acometidos e a organização dos serviços direcionados a este público nos diversos níveis de complexidade ainda permanecem como desafio a ser superado.

Desse modo, o projeto INTEGRADTN objetivava analisar padrões epidemiológicos e operacionais relativos a vigilância, prevenção e controle da hanseníase e da doença de Chagas em municípios do sudoeste da Bahia numa lógica de pesquisa operacional, tornando o presente estudo de total relevância para compreender a operacionalização das estratégias do PNCDCh no âmbito dos municípios ante a intervenção e, ainda, para identificar quais seriam as facilidades e fragilidades nos distintos contextos.

Diante da inexistência de estudos avaliativos mais robustos acerca das ações socio sanitárias e de um modelo teórico lógico do PNCDCH, optou-se como locus da pesquisa por estudar dois municípios com diferentes resultados endêmicos e por aplicar a matriz avaliativa produzida em etapa primordial da pesquisa. Trata-se de uma opção que surgiu durante a orientação para este estudo, onde se percebeu um fato instigante: a escolha implicava desvelar relações entre construtos teóricos, para suscitar a modelização do programa e uma matriz que pudesse viabilizar a análise de implantação do programa de forma abrangente, considerando várias dimensões e não apenas aspectos epidemiológicos ou entomológicos priorizados por vários estudos antecedentes.

Nesse cenário, esta dissertação justifica-se pela necessidade de avaliar, diante dos pressupostos nacionais do PNCDCh, a capacidade político-gerencial e assistencial de municípios baianos no desenvolvimento das diretrizes do referido programa, com a viabilidade

de emergem nos contextos avaliados desafios e potenciais que possam nortear os rumos da política localmente e em outros âmbitos, no intuito de avançar às ações para a prevenção da doença e o cuidado com os indivíduos e famílias acometidos. Os autores Denis e Champagne (1997) constataram que, ao analisar os determinantes que interferem nos resultados alcançados com a implementação de uma política, atinge-se uma capacidade externa, de maneira que tal avaliação possa servir de molde para outras realidades semelhantes ao estudo (DENIS E CHAMPAGNE, 1997).

Diante dos pressupostos, o presente estudo pretendeu responder aos seguintes questionamentos: Qual é a imagem-objetivo do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas? Em que medida as ações e diretrizes do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas têm sido implantadas em sistemas municipais? Quais os graus de implantação das diretrizes políticas do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) em dois municípios do sudoeste da Bahia?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Sistematizar a imagem-objetivo do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas e analisar o grau de implantação do programa em dois municípios do estado da Bahia classificados como de alto e médio risco para a doença.

2.2 Específicos

- Identificar os pressupostos teóricos do PNCDCh no Brasil.
- Delinear a imagem-objetivo do PNCDCh no Brasil.
- Cotejar as atividades propostas pelo Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas no Brasil com as práticas desenvolvidas nos municípios estudados.
- Mensurar e analisar o grau de implantação e os determinantes contextuais que contribuem ou restringem o desenvolvimento das ações previstas pelo Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas em municípios de pequeno e médio porte.

3 REVISÃO DO ESTADO DA ARTE DAS TEMÁTICAS NORTEADORAS DO ESTUDO

Este tópico visou a contemplar o estado da arte sobre as políticas direcionadas ao controle da doença de Chagas na América Latina e no Brasil, cabendo apresentar um breve recorte dos marcos temporais das principais intervenções nesses contextos. E, por fim, abordaram-se os referenciais teóricos para a avaliação em saúde e a análise da implantação das estratégias, especificamente, do PNCDCh, objeto deste estudo.

3.1 Breve síntese de políticas direcionadas à doença de Chagas na América Latina

Na América Latina, a doença chagásica humana assume endemicidade em todas as nações da América do Sul, em diversas nações da América Central e no México. No cenário estadunidense, o contágio natural é pontual e restringe-se a ambientes silvestres (WESTPHALEN et al., 2012).

Na década de 1950, as intervenções priorizadas de controle da doença de Chagas no espaço supracitado estavam relacionadas a borrifação com inseticidas e melhoria dos domicílios. Na década de 1960, o caráter campanhista foi adotado institucionalmente para controle da doença de Chagas por países como: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai (WESTPHALEN et al., 2012).

Vale ressaltar que em nações como a boliviana e a peruana, os casos atingiam significativamente as comunidades das zonas rurais que viviam à “margem” da sociedade sem acesso à educação e às intervenções de controle. No que diz respeito ao cenário venezuelano, evidencia-se que apenas no ano de 1966 passaram-se a organizar as estratégias de controle para a enfermidade, contudo, o país obteve resultados mais persistentes dados os recursos destinados à melhoria das casas e as condições de vida da zona rural anteriormente ao combate químico. Dessa maneira, à época, cresceram as afirmações sobre a dependência de controle da pobreza para alcançar melhores impactos no combate à infecção humana pelo *T. cruzi*. (WESTPHALEN et al., 2012).

O começo dos anos 1990 foi marcado pela união das nações do Cone Sul (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai) para combate à doença de Chagas por meio de um documento intitulado “Ação para eliminar o *T. infestans*”, no qual também estava incluída a triagem sorológica em 37 centros hemoterápicos (DIAS, 2007b; MORAES-SOUZA e

FERREIRA-SILVA, 2011; WESTPHALEN et al., 2012). Após essa iniciativa, consolidaram-se outros dois movimentos no continente americano, como, por exemplo, o dos países andinos e o da América Central (FERREIRA-SILVA, 2011; WESTPHALEN et al., 2012). Nesta região, evidenciou-se que as condições endêmicas mais preocupantes permaneciam na Bolívia e no Paraguai, caracterizados por percentuais muito altos de infestação e de prevalência articuladas à incipiência ou à ausência de intervenções de controle (DIAS, 2007b).

No entanto, mesmo diante das intervenções para o enfrentamento à transmissão da doença implantadas na América Latina ao longo do tempo, a ausência de priorização política e os desafios econômicos trazem consigo impactos negativos à condição epidemiológica relacionados à emergência e à re-emergência da doença de Chagas (WESTPHALEN et al., 2012).

Atualmente, os países latino-americanos endêmicos assumem diversas iniciativas para controle da doença de Chagas. Como exemplo disso, o México instituiu, recentemente, um programa de ações específicas (2013-2018) com a proposição de profissionais capacitados e alocação de recursos próprios, sob a atuação inicial de projetos-pilotos direcionados ao controle de triatomíneos espalhados pelo seu território, além de fixação de acordos intersetoriais e envolvimento institucional para eliminar a transmissão congênita e transfusional da doença. Contudo, as iniciativas foram tardias no país, na medida em que se evidencia que apenas em 2012 tornou-se obrigatória a triagem para DC em todas as unidades estaduais de transfusão, visto que 10% dos doadores de sangue ainda não eram triados para a doença. Ademais, as ações de melhorias habitacionais não contemplavam o setor saúde, e o tratamento específico de primeira escolha não era disponibilizado nacionalmente, tornando-se dependente exclusivamente de doações para suprir essa demanda (MÉXICO, 2014).

Nessa perspectiva, o Chile assumiu pioneiramente um caráter institucionalizado no controle da enfermidade chagásica, uma vez que, desde 1966, instituiu a triagem obrigatória para *T. Cruzi* nas doações sanguíneas, iniciativa que foi amplamente expandida por todo território chileno. Sobretudo em suas formas aguda e crônica, a doença é de notificação diária, compulsória, e o país vem propondo acesso ao tratamento e monitoramento aos usuários diagnosticados, além de um olhar sob os efeitos psicossociais nesses indivíduos e em suas famílias (CHILE, 2014).

Por sua vez, o programa nacional de Chagas da Bolívia executa ações de controle vetorial no intra e no peridomicílio. Tais medidas reduziram a taxa de infestação de triatomíneos, sendo demarcado um percentual de 2,1% em 2015. Sob o propósito de interromper a transmissão por vetores da infecção chagásica humana até o ano de 2020, são

realizadas avaliações nas habitações para identificar a presença triatomínica, culminando numa progressiva redução de residências positivas com ativa participação da população e intervenções de vigilância nesse processo. Ainda, são implementadas ações relacionadas ao diagnóstico e à terapêutica da enfermidade congênita desde o ano de 2004, alinhadas ao rastreamento de cerca de noventa a cem mil de gestantes e/ou puérperas, traduzidas nos índices de transmissão vertical que variaram entre 1,5% e 2,3% nos últimos cinco anos.

Com relação ao tratamento parasitológico específico, o Ministério da Saúde boliviano garante de maneira gratuita, o beznidazol e o nifurtimox para crianças e adultos e reforça as SEDES regionais com fármacos, kits para confirmação laboratorial, repasse de recursos, equipamentos de proteção individual para borrifação com inseticidas nos domicílios, entre outros (BOLÍVIA, 2016).

Diante das transformações relevantes no processo produtivo da sociedade, logrou-se a emigração de pessoas contaminadas com a DC da América Latina para espaços continentais não endêmicos, especialmente América do Norte e Europa, desembocando em infecções autóctones viáveis por intermédio de transmissão em transplantes, em transfusões sanguíneas ou transmissão vertical (DIAS, 2007^a; WESTPHALEN et al., 2012).

No ano de 2010, foi produzido o documento (CD50.R17) pela OPAS que abrange a estratégia de intervenção para prevenção, controle e ações de saúde direcionados à doença chagásica, que propõe revisão ou estabelecimento de novos protocolos federais para garantir precaução, manejo, melhorias na disponibilização de consulta médica para a DC por meio de um processo integrado que considera a determinação social (OPAS, 2010).

O referido documento também propôs: intervenções interprogramáticas e intersetoriais; reforçar iniciativas preventivas e de controle entre as sub-regiões, incrementando a atenção em saúde aos usuários acometidos; direcionar recursos financeiros para implementar o plano em questão; fortalecer ações para eliminar a transmissão do *T. cruzi* por triatomíneos até o ano de 2015; promover integração de intervenções com ampliada participação da população fortalecendo a atenção primária e a vigilância em saúde e ampliando o olhar sob aspectos relativos a gênero e etnia; e contribuir com estudos científicos, a fim de traduzir evidências eficazes no enfrentamento da DC, especialmente na obtenção de testes diagnósticos viáveis, compreendendo um teste para estabelecer cura da infecção, além de fármacos seguros para tratamento da enfermidade (OPAS, 2010).

Em âmbito global, as Organizações das Nações Unidas (ONU) pactuaram, em 2015, com seus países membros, a agenda 2030, que contempla dezessete Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para serem alcançados até o ano de 2030. Cabe aqui

ênfatisar o objetivo número 3, que determina metas a serem atingidas no campo da saúde e do bem-estar na busca de garantia de serviços de saúde de qualidade e bem-estar para toda população. Mais especificamente, no item 3.3, o compromisso direcionado à doença de Chagas é contemplado no enunciado, que propõe acabar com as doenças tropicais negligenciadas (ONU, 2015).

Em 2016, o documento CD55/15 da OPAS aprova o plano de ação para acabar com a maior quantidade de enfermidades infecciosas negligenciadas até o ano de 2022, ou antes, e traz a proposição de intervenções para o pós-eliminação (2016-2022) (OPAS, 2016).

O referido plano contempla as ações a serem efetuadas no cumprimento das prerrogativas, como, por exemplo, a promoção e a continuidade de atualização profissional, bem como garantia de estabilidade dos profissionais e execução continuada de ações programáticas; atividades de educação em saúde direcionadas às comunidades sob risco e/ou vulneráveis com participação social dos estratos diretamente atingidos pela doença; apoio à instituição da terapêutica, da reabilitação e ações de apoio relacionadas por intermédio do foco sobre o cuidado integral da doença e prevenção de incapacidades; reforço à geração e difusão de dados estratégicos convenientemente e de qualidade, de modo interseccional, sobre as DTN, idade, sexo, etnia, entre outros; fortalecimento da realização de intervenções intersetorias para garantir água adequada para o consumo humano, saneamento básico, melhoria dos domicílios, controle vetorial, considerando aspectos da determinação social em saúde e a extinção de dificuldades de acesso territoriais, de gênero, socioeconômicas, culturais e organizacionais (OPAS, 2016).

Em consonância direta com a agenda 2030 e os ODS, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) firmou compromisso sobre a agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030, nela incluído o objetivo 10, que diz respeito à redução de enfermidades transmissíveis e eliminação das DTN. A meta para a doença chagásica traduz a finalidade de eliminar a transmissão vetorial no peridomicílio, transmissão oral e transfusional sob a meta de alcançar uma infestação de vetores nas habitações < 1% e 100% de testagem nos serviços hemoterápicos. Para a doença de Chagas congênita, almeja-se acabar com esse problema de saúde pública e propõe-se diagnosticar, tratar e acompanhar 90% desses casos (OPAS, 2018).

3.2 Políticas direcionadas à doença de Chagas no Brasil

As intervenções de controle da doença de Chagas, assim como de outras endemias, tiveram início institucional em território brasileiro a partir de 1916, com a criação dos primeiros Postos de Saneamento e Profilaxia Rural, fortemente ligados à Fundação Rockefeller, que

favoreceu a ampliação desse modelo para outros espaços geográficos do país (SILVEIRA e PIMENTA JÚNIOR, 2011). À época, as ações de controle promovidas contemplavam melhorias em domicílios rurais de risco (DIAS e COURA, 1997).

No ano de 1943, foi concebido o Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas pela Fundação Oswaldo Cruz, no qual passaram a ser testadas diversas iniciativas para controlar a transmissão da doença intermediada por vetores (DIAS e COURA, 1997; SILVEIRA e PIMENTA JÚNIOR, 2011). Em 1950, aconteceu a primeira campanha de profilaxia da doença de Chagas no país, conduzida pelo Serviço Nacional de Malária, com o intuito de executar borrifação nos domicílios sob a perspectiva campanhista. O Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) é instituído em 1956 com a incumbência de planejar e realizar investigações e controle sobre as endemias que assolavam o Brasil. Nesse espaço, a doença de Chagas conquistou um lugar formal, no entanto, a destinação irregular e insuficiente de verbas financeiras não conduziu resultados a longo prazo e com amplo alcance das regiões brasileiras (SILVEIRA e PIMENTA JÚNIOR, 2011).

A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) foi instituída em 1970, na qual a enfermidade chagásica alcança o título de divisão institucional, no mesmo patamar de outras doenças endêmicas de transmissão vetorial (SILVEIRA e PIMENTA JÚNIOR, 2011). Nesse contexto, cabe destacar que a doença de Chagas, apenas em 1975, ganha a organização de um programa de âmbito nacional, promovido pela SUCAM (VILLELA et al., 2009).

A década de 1980 contou com a instituição federal do controle sistemático de infecções transmissíveis em possíveis doadores de sangue e hemoderivados, principalmente em decorrência da epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que repercutiu favoravelmente no combate à doença de Chagas (DIAS, 2007b; VILLELA et al., 2009).

Posteriormente, sob orientação da ação estatal mínima e enxugamento das instituições estatais, foi criada, em 1991, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que passou a abranger todas as organizações do Ministério da Saúde referentes à área epidemiológica e ao controle de enfermidades (SILVEIRA e PIMENTA JÚNIOR, 2011).

Nas décadas seguintes, o Ministério da Saúde publicou inúmeros documentos técnicos e normativos com a intenção de instrumentalizar estados e municípios frente à prerrogativa de descentralização em vigência.

Dessa maneira, no ano de 2000, a doença de Chagas aguda foi incluída no rol de doenças de notificação compulsória nacional, sob intuito de gerar informações úteis ao planejamento de ações assertivas (BRASIL, 2000).

Por sua vez, o âmbito federal passou a instruir financiamentos pontuais a projetos municipais e estaduais para a melhoria dos domicílios de risco para infestação triatomínica, compreendendo a reconstrução ou reforma do intra e do peridomicílio de acordo com especificações técnicas e dados sobre colonização vetorial, para que esses entes federados fossem contemplados (FUNASA, 2004).

Em 2005, o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) recomendou que os municípios brasileiros fossem classificados segundo o seu risco de transmissão vetorial da doença de Chagas, ou seja, em baixo, médio ou alto risco (BAHIA, 2017).

Ainda no ano de 2005, aconteceu no Sul do país, no estado de Santa Catarina, o registro do primeiro surto chagásico oficial por intermédio de transmissão oral, possivelmente ligada a ingestão de caldo de cana contaminado com o *T. cruzi* (PÉREZ-GUTIÉRREZ et al., 2006; BRASIL, 2015). Tal fato direcionou olhares nacionais e internacionais para vigilância, prevenção, manejo e controle dessas situações, com ênfase em intervenções para garantir alimentos inócuos (PÉREZ-GUTIÉRREZ et al., 2006).

No ano de 2006, o Brasil recebeu o certificado de eliminação do *T. infestans*, pela Organização Pan-Americana em Saúde, que à época constituía o principal vetor responsável pelos casos de transmissão vetorial no país (VILLELA et al., 2009).

Na sequência, para avanço no controle da doença, foram publicados documentos normativos para direcionar recursos financeiros e o desenvolvimento de estratégias eficazes às características do ciclo de transmissão complexo da doença de Chagas, a fim de instruir moradores de áreas endêmicas, aqueles que residem em casas de risco ou pessoas que porventura viajem para esses locais de transmissão facilitada, incluindo orientações sobre a utilização de inseticidas em habitações infestadas e cuidados higiênicos no preparo dos alimentos (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2007c).

Marcando o centenário da descrição da doença chagásica humana, o Ministério de Saúde publicou, em 2009, o caderno de atenção básica voltado à vigilância em saúde: zoonoses, abrangendo nesse contexto a doença de Chagas. O referido documento subsidiou informações quanto ao agente etiológico, os vetores e reservatórios, a transmissão, os aspectos clínicos da doença e o tratamento, bem como quanto à direcionalidade das estratégias de vigilância em saúde em integração com o processo de trabalho da atenção primária em saúde para a detecção precoce dos casos de doença de Chagas e conformação de ações de prevenção secundária,

investigação epidemiológica dos casos na fase aguda, acompanhamento da infecção nos seres humanos, ainda, com a proposta de eliminação da transmissão pelo *T. infestans* e controle de outros triatomíneos importantes no ciclo de transmissão ao homem (BRASIL, 2009a).

É possível citar alguns avanços alçados na publicação do referido caderno de atenção básica, como os fluxos sistematizados de notificação e investigação, ampliação do envolvimento das Secretarias Municipais de Educação para instituição das estratégias no âmbito do ensino fundamental com a temática doença de Chagas, visando à orientação para o encaminhamento de insetos suspeitos à unidade de saúde mais próxima do local de residência, além do enfoque sobre a necessidade de educação permanente direcionada aos profissionais da saúde e de educação e estímulo à orientação comunitária no contexto da atenção básica (BRASIL, 2009a).

Nesse mesmo ano, evidencia-se uma maior alocação de recursos financeiros federais para a adequação de moradias em regiões com alta prevalência vetorial, incluindo do *T. infestans*, e em regiões com maior vulnerabilidade para transmissão oral em decorrência das práticas inadequadas de higiene no processamento de alimentos (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2009c; BRASIL, 2009d).

Noutro contexto, esforços foram lançados à normatização do transplante de órgãos no país, com a devida execução de anamnese e triagem para infecção pelo *T. cruzi* nos possíveis doadores (BRASIL, 2009e, BRASIL, 2009f). Quanto aos riscos de transmissão pela transfusão sanguínea, estima-se que tenha diminuído em mais de 90%, graças às medidas pioneiras de controle exercidas sobre a hemoterapia (DIAS et al. 2015).

No que diz respeito ao diagnóstico laboratorial da doença de Chagas, foi lançado em 2013, pelo Ministério da Saúde, um documento com recomendações para o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas, com a padronização de técnicas padrão-ouro para identificar a infecção aguda ou crônica (BRASIL, 2013).

O ano seguinte trouxe consigo um completo Guia de Vigilância em Saúde com a atualização das ações e orientações de saúde pública para agir sobre as doenças transmissíveis, recomendando a notificação de casos suspeitos da doença de Chagas aguda, com encerramento de sua investigação em até 60 dias após a notificação. O guia descreveu, também, a vigilância entomológica sustentada em suas modalidades: ativa e passiva, com destaque para a vigilância ativa obrigatória nas cidades com focos residuais de *T. Infestans* e/ou naquelas com risco de

reintrodução da transmissão por vetores, bem como orientações acerca do uso de inseticidas piretroides em ambientes intra e peridomicílio em ocasiões específicas, além do uso de estratégias de manejo sustentável, higiene e melhoria nas condições habitacionais, e capacitação comunitária para a captura dos triatomíneos. Com relação à transmissão por alimentos, recomendava-se o fortalecimento da vigilância sanitária na inspeção do processo produtivo, a educação em saúde direcionada aos manipuladores de alimentos (BRASIL, 2014).

Este documento foi posteriormente atualizado com incremento de fluxogramas para subsidiar a identificação dos casos de busca ativa positiva para *T. infestans*, de outras espécies triatomínicas encontradas em ambientes silvestres ou artificiais que frequentemente formam colônias em domicílios, e de barbeiros encontrados em residências, mas com predominância em ambientes silvestres (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

Um ponto que merece destaque é a ampliação do cuidado com a saúde aos usuários acometidos pela doença de Chagas, traduzida no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Chagas. O protocolo disponibiliza a sistematização das ações diagnósticas, de terapia medicamentosa, de seguimento e de rastreamento da doença de Chagas, prevendo fluxos e encaminhamentos assistenciais para atenção à saúde na atenção primária e nos serviços especializados. Cabe ressaltar a ampliação da indicação do tratamento antiparasitário específico, que contemplava anteriormente apenas os casos agudos e a recomendação de se considerar fortemente a notificação de casos crônicos (BRASIL, 2018).

No que tange à geração de informações sobre a doença, o último boletim epidemiológico demonstrou a persistência de fragilidade da vigilância quanto à inclusão do modo de transmissão em branco ou ignorado no encerramento de casos (BRASIL, 2019).

Mais recentemente, foi publicada prerrogativa que estabelece notificação compulsória na semana da doença de Chagas crônica em todo e qualquer serviço de saúde do território brasileiro (BRASIL, 2020b). O exercício de tornar visível a incidência e a prevalência dos casos gerais possibilitam a constituição de prioridade nas agendas de governos locais para execução de práticas da Política Nacional de Controle da Doença de Chagas em sua amplitude e alinhadas às diversidades locorregionais, como o mais factível dentro da atual conjuntura da assistência à saúde.

3.3 Avaliação de políticas e programas de saúde

Entre as distintas correntes de avaliação em saúde existentes no mundo, a escolhida para a realização do presente estudo é uma corrente canadense, vinculada, principalmente, à

Universidade de Montreal, uma vez que o grupo de avaliação vinculado ao programa de mestrado possui expertise nessa vertente do campo de avaliação em saúde.

3.3.1 Conceito de avaliação em saúde

O conceito de avaliação de programas de saúde surgiu após o período da Segunda Guerra Mundial, na medida em que o Estado assumia o papel do Mercado em diversas áreas e que a prerrogativa de eficácia na alocação dos recursos passava a ser defendida. Pioneiramente, economistas construíram métodos para verificar os resultados vantajosos e os gastos aplicados sob essas políticas. Subitamente, essa abordagem demonstrou insuficiência em sua aplicabilidade, e a avaliação passou a ser moldada sob um olhar interdisciplinar e com enfoque metodológico, destacando-se contribuições importantes da American Evaluation Association e da Canadian Evaluation Society nesse processo (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Ao longo da década de 1970, percebeu-se a necessidade acentuada de avaliação das atividades sanitárias, à luz de um crescimento da economia aquém do esperado e do fortalecimento da responsabilidade do Estado em assumir os custos em saúde. Nessa perspectiva, os dados sobre a operacionalização e a eficácia das políticas de saúde eram necessários, e a avaliação dessas ações mostrava-se a melhor opção. A partir do contexto apresentado, a avaliação das ações sanitárias tem alcançado um grande valor, e inúmeros países têm garantido a avaliação de suas novas tecnologias (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Segundo Contandriopoulos et al. (1997), avaliação abrange o julgamento de uma ação executada ou de qualquer um dos seus elementos, com a finalidade de subsidiar o planejamento de novas ações. Cabe aqui conceituar intervenção como um conjunto disposto de meios (estrutura, recursos humanos, financeiros e simbólicos) em um dado ambiente, em um momento específico para produção de produtos ou serviços cuja finalidade pretende transformar um problema definido. Vale enfatizar a participação de diversos sujeitos nesse processo e como seus objetivos próprios caracterizam de maneira particular as intervenções nos seus contextos e períodos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação pode resultar em avaliação normativa e em pesquisa avaliativa. A avaliação normativa refere-se a um procedimento para apreciar uma intervenção, cotejando os recursos utilizados e sua disposição, a produção propriamente dita e os resultados alcançados, de acordo com critérios e regras estabelecidos. Nessa perspectiva, avaliam-se: estrutura, processo e resultados. Já a pesquisa avaliativa consiste em uma atividade para apreciação ex-post de uma ação executada utilizando abordagem científica. Especificamente, busca-se avaliar a

adequação, os princípios teóricos, a produtividade, os impactos, os lucros dessa ação, bem como as relações entre ela e o ambiente onde é desenvolvida com intuito de direcionar as decisões. Para tal, podem-se aplicar as seguintes análises: estratégica, de intervenção, de produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implantação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Os propósitos de um processo avaliativo são inúmeros, podendo ser oficiais ou extraoficiais, expressos formalmente ou não, concordantes ou discordantes entre os sujeitos envolvidos. Oficialmente, elencam-se quatro classes de objetivos:

- auxiliar programação e construção de uma ação (estratégico);
 - subsidiar dados para adequar o processo de implementação de uma ação (formativo);
 - conhecer os resultados de uma ação a fim de fomentar sua manutenção, transformação ou interrupção (somativo);
 - favorecer elevação do conhecimento, para a construção teórica (fundamental).
- (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Silva (2005) define que a avaliação pode ser vista como um elemento das práticas existentes em distintos ambientes e campos do âmbito social. Entre os conceitos atribuídos ao referido termo, aqueles que dizem respeito à avaliação de políticas sociais têm alçado maior aceitação (SILVA, 2005).

A autora cita em sua obra que a definição sob avaliação defendida por Contandriopoulos é limitada na medida em que restringe a finalidade da avaliação ao componente instrumental da intervenção (SILVA, 2005). A autora faz menção ao conceito de campo de Bordieu para auxiliar na construção de uma avaliação mais extensiva do que aquela reduzida à proposta racional da atividade ou que relaciona a avaliação à utilização instrumental dos efeitos. Nesse sentido, o conceito de avaliação de Contandriopoulos passa por ajustes a fim de englobar de maneira ampla o campo da avaliação, modificando o termo “intervenção” por “práticas sociais”. Nesse ponto, as ações de saúde podem ser vistas com particularidade, uma vez que o objeto da apreciação pode englobar desde ações cotidianas até ações desempenhadas no trabalho, em seus distintos campos, o que abrange práticas sociais planejadas, e ainda possibilita a percepção da variação do “juízo”, desde a construção de um juízo valorativo contrário, qualitativo ou quantitativo, até uma avaliação que rodeia a significação do fenômeno (SILVA, 2005). O alargamento sobre o conceito de Contandriopoulos fundamenta-se na solidificação da avaliação como campo (SILVA, 2005).

Para melhor entendimento, a avaliação pode ser visualizada por dois extremos: o esquerdo, composto da avaliação de práticas do cotidiano; e outro que se refere à análise

avaliativa. A apreciação das ações habituais compreende a avaliação que parte de pensamentos advindos do “senso comum”, os procedimentos não sistematizados da investigação e a avaliação e construção de julgamentos simples e dicotômicos. Por sua vez, a análise avaliativa diz respeito ao juízo de valor que é atribuído sobre as intervenções sociais por intermédio da construção de uma boa indagação, para a qual ainda não há resposta em bibliografia específica. Já a pesquisa avaliativa corresponderia ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, através de abordagens metodológicas (SILVA, 2005).

As intervenções que têm regularmente se constituído em alvo de julgamento dizem respeito a estratégias sociais planejadas, a exemplo de programas e políticas de saúde. Ademais, entre os dois distintos lados apresentados, há uma gama de possíveis julgamentos para a gestão ou apreciação administrativa na área da saúde, sendo possível citar que um inquérito na população para analisar a situação vacinal em um território específico pode ser definido como uma investigação administrativa adjacente a uma investigação avaliativa, por utilizar métodos científicos. No entanto, pode-se configurar uma investigação avaliativa se causar preenchimento de um vazio no conhecimento sobre a realidade de controle de uma doença específica (SILVA, 2005).

3.3.2 Análise da implantação

No contexto dos estudos e projetos de avaliação de políticas e programas em saúde, Denis e Champagne (1997) referem-se ao processo de implantação como sendo a execução de um plano, ou seja, sua articulação em um espaço delimitado e contextualizado. Nessa seara, os autores citam que análise de implantação compreende a identificação dos elementos e suas particularidades que interferem nas respostas advindas da operacionalização de uma estratégia. Ao retratar as características que produziram os efeitos, a análise eleva seu poder de generalidade ou validade externa do estudo avaliativo. Cabe mencionar que os efeitos de interação são vistos como a ação de distintas variáveis, excluindo-se a estratégia, para consolidação dos resultados alcançados, delimitando a participação dos componentes da política implementados na obtenção dos resultados. Possibilitam maiores chances de transferência dos dados de uma investigação avaliativa para a tomada de decisão sob a abrangência da intervenção em outros locais (DENIS E CHAMPAGNE, 1997).

A avaliação da implantação eleva a potencialidade de transferência externa dos estudos avaliativos, apoiando-se nos princípios de similitude, robustez e explicação. A similitude relaciona-se com o potencial para generalização de seus resultados a uma realidade semelhante,

a robustez refere-se à elevação da capacidade de transferência da pesquisa se ocorrer reprodução dos impactos em ambientes distintos, e a explicação traduz o entendimento dos fatores de desenvolvimento da ação e daqueles que inibem os impactos (CHAMPAGNE et al., 2011).

De maneira conceitual, a análise da implantação se ampara na avaliação da interferência sobre três elementos: o contexto e seus determinantes no nível de efetivação das estratégias, as variadas maneiras de operacionalização correlacionadas à sua eficiência e a articulação entre espaço contextual e estratégia nos resultados construídos ao longo do processo (DENIS E CHAMPAGNE, 1997).

Objetivamente, a análise da implantação refere-se ao estudo das relações entre uma ação e seu contexto no percurso de sua execução, com o intuito de identificar melhor os elementos facilitadores e aqueles que podem levar ao comprometimento da implantação (CHAMPAGNE et al., 2011).

Para a análise de implementação, é proposta uma divisão tipológica por Denis e Champagne (1997) que abrange três abordagens diferentes e retrata os distintos direcionamentos do processo de avaliação da implementação:

Componente 1: componente relativo à aferição do nível de implementação de uma estratégia. Requer tais medidas: definir os elementos de uma ação, especificar as ações necessárias ao desenvolvimento de uma estratégia, expor as atividades comuns em grau dos âmbitos que a estratégia abrange, avaliar as distinções na efetivação de uma intervenção consideradas as diversidades do contexto. De dimensão analítica: o uso desse tipo de avaliação de implantação busca uma melhor compreensão sobre as modificações evidenciadas no que se refere à integridade de uma estratégia. Essa integridade depende da validade teórica da ação, do grau de intensidade com que as ações são executadas e da sua conformidade com as diretrizes postas, pontos que almejam traduzir explicações sobre as distorções vistas entre o que é pensado e o que realmente é operacionalizado. Este tipo de análise é adequado quando a estratégia é complexa e abrange fatores em sequência (DENIS E CHAMPAGNE, 1997).

Componente 2: avaliação da interferência das diferenciações na execução sobre os resultados evidenciados. O processo de operacionalização de uma estratégia pode ser algo bem complicado, sobretudo se ocasionar mudanças relevantes no desempenho cotidiano de atividades dos responsáveis pela implementação. O conhecimento do que acontece depois de uma estratégia executada é necessário para que não se disponha de considerações inverídicas sobre a eficiência de uma ação. Neste componente, são relacionadas as distinções da execução da intervenção e dos efeitos obtidos (DENIS E CHAMPAGNE, 1997).

Desse modo, assume-se a dimensão empírica, em que é possível analisar com maior precisão os efeitos de uma análise de impacto, além de especificar os elementos passíveis de favorecer o alcance dos objetivos pretendidos. Pode, ainda, ser possível estabelecer graus mínimos de ações para alcançar metas estabelecidas. De maneira simplificada, este tipo de análise de implantação pretende avaliar as interferências do nível de uma intervenção implantada. Sua execução compreende as variáveis independente e dependente, respectivamente, o nível de operacionalização e os efeitos produzidos com a execução de uma estratégia (DENIS E CHAMPAGNE, 1997).

Componente 3: refere-se à avaliação da interferência da articulação entre o contexto da execução e a estratégia sobre os resultados evidenciados. Assim, os efeitos de uma intervenção podem sofrer influência dos aspectos contextuais dos espaços de implantação. Tem por finalidade elucidar as distorções entre os resultados produzidos após uma ação ser introduzida. De modo concreto, na introdução de uma estratégia, alguns aspectos do contexto podem neutralizar ou elevar os resultados de uma ação. O componente 3 é apropriado quando se deseja registrar e esclarecer a dinâmica dentro de um processo de implementação (DENIS E CHAMPAGNE, 1997).

Mais tarde, Champagne et al. (2011) estabelece alterações na tipologia supracitada e decompõe a avaliação da implantação em quatro tipologias:

Tipo 1a – avaliação da transformação da intervenção: analisa a transformação de uma ação para explicitar o modo segundo o qual, com o passar do tempo, a ação se molda à realidade contextual, como ela modifica seu formato, delineamento e até mesmo sua natureza.

Tipo 1b – avaliação dos fatores contextuais do grau de implantação da intervenção: auxilia na compreensão das variações evidenciadas no grau de implementação de uma ação de acordo os aspectos do contexto com o intuito de delimitar as distinções entre o que foi planejado e o que de fato foi implementado.

Tipo 2 – avaliação da influência da variação na execução sobre os efeitos evidenciados: busca conhecer a interferência do grau de implantação de uma estratégia sobre seus impactos.

Tipo 3 – avaliação da interferência da interação entre o contexto e a ação sobre os efeitos observados: pretende explicitar as distinções dos efeitos evidenciados após a implementação de uma intervenção.

No cerne da avaliação do PNCDCh, são evidenciadas lacunas por intermédio da incipiência nas publicações que contemplem a avaliação dos aspectos operacionais da Política Nacional da Doença de Chagas. Nessa lógica, a maioria dos estudos enfatiza avaliações restritas

à vigilância epidemiológica/entomológica com foco em espécies triatomíneas, suas características e distribuição geográfica, e na aplicação de inquéritos sorológicos (ASSIS, 2006; VILLELA, 2008; SILVA et al., 2009; SANTOS, 2011).

Dessa maneira reforça-se mais uma vez a aplicação dos aspectos metodológicos desta pesquisa, que pretendem avaliar todos os elementos que compõem o programa nacional de controle da doença de Chagas.

4 RESULTADOS

A fim de sistematizar os resultados encontrados, foi necessária a construção de três artigos e um capítulo de livro, a saber:

No Artigo 1, desenvolveu-se uma **Análise bibliométrica da produção científica brasileira sobre doença de Chagas**. O artigo publicado na Revista RECIIS discute a produção científica brasileira sobre doença de Chagas na Web of Science no período de 2006-2020.

O Capítulo de livro intitulado **Decurso histórico da gestão e políticas de saúde para a doença de Chagas no Brasil, 2006-2020**, publicado no livro Educação, Trabalho e Gestão na Saúde: reflexões, reflexos e ações, descreve e analisa o encadeamento temporal das normas e diretrizes do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) no Brasil, de 2006 a 2020.

O artigo 2 descreve a **Validação do modelo teórico do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas**, descreve as etapas de desenvolvimento e os resultados do processo de validação do modelo lógico teórico do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas.

E, por fim, o artigo 3 realizou uma **Análise do grau de implantação do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas em dois municípios baianos** e discute o grau de implantação em consonância com os contextos apresentados.

4.1 ARTIGO 1

Análise bibliométrica da produção científica brasileira sobre doença de Chagas¹

Bibliometric analysis of the brazilian scientific production on Chagas disease

Análisis bibliométrico de la producción científica brasileña sobre la enfermedad de Chagas

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos^{1,a}

ohebertluan@gmail.com | <http://orcid.org/0000-0003-2722-7945>

Taise de Alcantara Amancio^{2,b}

taiseamancio@gmail.com | <http://orcid.org/0000-0002-8917-9697>

Hildebrando Antunes de Carvalho Neto^{1,a}

netoantunes08@gmail.com | <https://orcid.org/0000-0002-0305-8473>

Maria de Lourdes Lacerda Lemos^{2,b}

lourdes.mlll@hotmail.com | <http://orcid.org/0000-0001-6093-687X>

Josilene Silva Oliveira^{2,b}

josinhaso@yahoo.com.br | <http://orcid.org/0000-0002-7857-7665>

Eliana Amorim de Souza^{1,c}

amorim_eliana@yahoo.com.br | <http://orcid.org/0000-0002-9653-3164>

Níliã Maria de Brito Lima Prado^{1,2,d}

nilia.ufba@gmail.com | <http://orcid.org/0000-0001-8243-5662>

¹ Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira. Vitória da Conquista, BA, Brasil.

² Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Vitória da Conquista, BA, Brasil.

^a Graduando em Medicina pela Universidade Federal da Bahia.

^b Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia.

^c Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará.

^d Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia.

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar a produção científica brasileira sobre a doença de Chagas a partir de publicações indexadas na base de dados Web of Science. Foram coletados e analisados os dados de 1.008 publicações no período entre 2006 e 2020. A

interpretação dos dados permitiu identificar um expressivo crescimento da produção científica brasileira sobre a doença de Chagas e a abrangência da temática em periódicos internacionais. Contudo, há um enfoque nas áreas biomédicas do conhecimento, com destaque para a Parasitologia, e um diminuto número de investigações direcionadas às áreas da Saúde Pública, Ciências Sociais e Farmacêuticas. A bibliometria desvelou as lacunas ainda existentes na produção nacional e a necessidade de fortalecimento de políticas direcionadas a editais de pesquisa no país.

Palavras-Chave: Doença de Chagas; Bibliometria; Produção científica; Brasil; Doenças negligenciadas.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the Brazilian scientific production on Chagas disease from publications indexed in the Web of Science database. Data from 1,008 articles published between 2006 and 2020 were collected and analyzed. The interpretation of the data allowed the identification of an expressive growth of Brazilian scientific production on Chagas disease and comprehensiveness of the theme in international journals. However, there is a focus on the biomedical areas of knowledge with emphasis on Parasitology and a small number of investigations directed to the areas of Public Health, Social Sciences and Pharmaceuticals. The bibliometry revealed the gaps that still exist in the national production and the need to strengthen policies directed to research edicts in the country.

Keywords: Chagas disease; Bibliometrics; Scientific production; Brazil; Neglected diseases.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la producción científica brasileña sobre la enfermedad de Chagas, a partir de las publicaciones indexadas en la base de datos Web of Science. Se recogieron y analizaron los datos de 1.008 artículos publicados entre 2006 y 2020. La interpretación de los datos permitió identificar un crecimiento expresivo de la producción científica brasileña sobre la enfermedad de Chagas y la amplitud del tema en las revistas internacionales. Sin embargo, hay un enfoque en las áreas biomédicas del conocimiento con énfasis en la Parasitología y un pequeño número de investigaciones dirigidas a las áreas de Salud Pública, Ciencias Sociales y Farmacéutica. La bibliometría

reveló las lagunas que aún existen en la producción nacional y la necesidad de fortalecer las políticas dirigidas a los edictos de investigación en el país.

Palabras clave: Enfermedad de Chagas; Bibliometría; Producción científica; Brasil; Enfermedades desatendidas.

Informações do artigo

Este artigo compõe o dossiê Estudos métricos da informação científica em saúde, parte 1.

Contribuição dos autores:

Concepção e desenho do estudo: Hebert Luan Pereira Campos dos Santos, Taise de Alcantara Almeida, Hildebrando Antunes de Carvalho Neto, Maria de Lourdes Lacerda Lemos, Josilene Silva Oliveira, Eliana Amorim de Souza, Níliá Maria de Brito Lima Prado.

Aquisição, análise ou interpretação dos dados: Hebert Luan Pereira Campos dos Santos, Taise de Alcantara Almeida, Hildebrando Antunes de Carvalho Neto, Maria de Lourdes Lacerda Lemos, Josilene Silva Oliveira, Eliana Amorim de Souza, Níliá Maria de Brito Lima Prado.

Redação do manuscrito: Hebert Luan Pereira Campos dos Santos, Taise de Alcantara Almeida, Hildebrando Antunes de Carvalho Neto, Maria de Lourdes Lacerda Lemos, Josilene Silva Oliveira, Eliana Amorim de Souza, Níliá Maria de Brito Lima Prado.

Revisão crítica do conteúdo intelectual: Hebert Luan Pereira Campos dos Santos, Taise de Alcantara Almeida, Hildebrando Antunes de Carvalho Neto, Maria de Lourdes Lacerda Lemos, Josilene Silva Oliveira, Eliana Amorim de Souza, Níliá Maria de Brito Lima Prado.

Declaração de conflito de interesses: não há.

Fontes de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

Considerações éticas: não há.

Agradecimentos/Contribuições adicionais: FAPESB.

Histórico do artigo: submetido: 13 mar. 2021 | aceito: 25 ago. 2021 | publicado: 10 nov. 2021.

Apresentação anterior: não há.

Licença CC BY-NC atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (*download*), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos de autoria e menção à Reciiis. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

1 INTRODUÇÃO

As doenças tropicais negligenciadas (DTN), apesar de impactarem fortemente as condições de saúde, receberam ao longo da história atenção insuficiente nas agendas governamentais de saúde e pesquisas internacionais e nacionais. Um importante marco

foi a sua inclusão nas agendas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que, alinhados à ‘Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável’, contemplaram as doenças negligenciadas (ONU, 2015). Contudo, o quadro epidemiológico e operacional de países da América Latina é desafiador pela complexidade do fenômeno que envolve dimensões econômicas, sociais, políticas, culturais, religiosas e jurídicas e devido à falta de definição de prioridades e estratégias de enfrentamento abrangentes (OLIVEIRA, 2018).

Entre as DTN, a doença de Chagas é considerada uma das patologias de mais larga distribuição no continente americano, com elevada prevalência e expressiva morbimortalidade (SANGENIS *et al.*, 2016). Os dados apontam cerca de 7 milhões de infectados na América Latina, com uma média anual de 30 mil casos novos e de 14 mil óbitos pela doença. Estima-se, ainda, que 70 milhões de pessoas permanecem expostas ao risco de contrair a doença em 21 países endêmicos no território das Américas (BRASIL, 2020a). Essa patologia persiste como um problema concreto e impactante na América Latina sob múltiplos aspectos vinculados, entre outros, às iniquidades sociais. Além disso, com o advento da globalização, outros países não endêmicos tornam-se passíveis à doença (DIAS, 2007).

No Brasil, entre os anos de 2015 e 2019, foram registrados 22.154 óbitos, cuja causa básica foi a doença de Chagas (DATASUS, c2020). Tais resultados demonstram a magnitude da doença no país. Diante desse cenário, o Brasil propôs o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT), cujo intuito é ampliar o rastreamento e o tratamento de pessoas acometidas pela doença nas fases aguda e crônica (BRASIL, 2018a), e a inclusão da doença de Chagas crônica no rol de doenças de notificação compulsória no país (BRASIL, 2020b).

Ante esse cenário, evidencia-se que ainda é incipiente a sinergia entre pesquisa, desenvolvimento e inovação e as ações estratégicas de saúde em torno das DTN. Dessa forma, reconhece-se a necessidade de avanços no que concerne ao planejamento operacional direcionado à ampliação de articulações com universidades e centros de pesquisas, com o intuito de viabilizar, por meio de pesquisas aplicadas, a inclusão das estratégias pelos serviços, o controle sistemático e a diminuição da morbimortalidade causada pela doença, especialmente nos países mais atingidos (SOBRAL; SILVA; MIRANDA, 2017).

Ademais, há uma lacuna na literatura quanto à análise bibliométrica sobre a doença de Chagas (HAYASHI *et al.*, 2007), apesar de constituir uma metodologia

fundamental para a avaliação da produtividade e a qualidade de referentes da produção científica dessa temática no Brasil (VIEIRA; SANNA, 2013; FILIPPO; FERNÁNDEZ, 2002). Considerando o exposto, este artigo objetiva identificar e caracterizar a produção científica brasileira sobre a doença de Chagas, utilizando dados bibliográficos indexados na base de dados da Web of Science (WoS).

2 METODOLOGIA

Realizou-se uma análise bibliométrica da produção científica no Brasil sobre a doença de Chagas, buscando verificar e analisar especificidades acerca das tendências de crescimento, dispersão e obsolescência do conhecimento sobre as publicações acerca da temática.

O percurso metodológico para o planejamento, a coleta e a análise dos dados envolveu as seguintes etapas: a) definição da fonte de informação; b) levantamento bibliométrico; c) descrição dos dados obtidos; e d) análise dos resultados.

A fonte de informação selecionada para o estudo foi a base de dados científicos Web of Science (WoS), devido à natureza multidisciplinar e por englobar um conjunto de dados de periódicos científicos de alto impacto, permitindo uma análise avançada referente a número de publicações, ano, autores, idiomas, entre outros.

Como estratégia de busca, utilizou-se a associação dos termos: ‘Chagas Disease’, considerando ser terminologia de busca padrão, e ‘Brazil’. A delimitação temporal compreendeu o período de 1 de janeiro de 2006 a 28 de dezembro de 2020. Partiu-se de 2006 por ser esse o ano em que o Brasil alcançou certificação de eliminação do mais importante vetor na cadeia de transmissão em seu território, o *Triatoma infestans*, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (VILLELA *et al.*, 2009), chegando, então, até o ano 2020 (os últimos quinze anos de produção científica), sob a tentativa de identificar possíveis lacunas que possam subsidiar a adoção de medidas para o controle e o cuidado à saúde referentes à infecção pelo *Trypanosoma cruzi*.

Os critérios de inclusão foram publicações disponíveis na íntegra, em que pelo menos um dos autores estivesse filiado às instituições de ensino ou pesquisa brasileiras. Não houve exclusão *a priori* de nenhuma abordagem metodológica, tendo sido incluídos tanto textos qualitativos quanto quantitativos. Foram excluídas publicações que não estavam disponíveis on-line na base de dados priorizada ou que foram publicadas em

período anterior ao pré-definido e cujos autores estivessem vinculados somente a instituições de ensino e pesquisa de outros países.

Identificaram-se 1.008 publicações, das quais foram sistematizados os principais dados quantitativos identificados nas ferramentas da WoS, a Science Citation Index - Expanded (SCI); Social Science Citation (SSCI) e Conference Science Citation index (CSCI), por tipologias de indexação, quais sejam: tipo de documento, distribuição por ano, principais periódicos, idioma de publicação, cooperação internacional, autores, áreas do conhecimento, instituições e agências de financiamento. A análise desses dados considerou até a décima colocação de cada categoria com ressalvas à variável correspondente aos autores, para a qual foram utilizados os 25 principais classificados no ranking. Ademais, para a investigação da área de estudo desses pesquisadores, utilizou-se a Plataforma Lattes (CNPQ, c2020), já os currículos de indivíduos estrangeiros não disponíveis nessa plataforma foram acessados em um site institucional, o Albert Einstein College of Medicine (EINSTEIN, c2020).

Extraídas as informações bibliométricas para análise dos dados, procedeu-se à compilação quantitativa com organização dos dados em planilhas do Microsoft Excel, analisados por intermédio de medidas de frequência absoluta e/ou médias simples e/ou percentuais representados por gráficos e quadro contendo as sínteses.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 1.008 publicações analisadas, 90,38% eram artigos originais, e os demais corresponderam a estudos de revisão, documentos técnicos e capítulo de livros, conforme distribuição da frequência de publicações por ano (Figura 1).

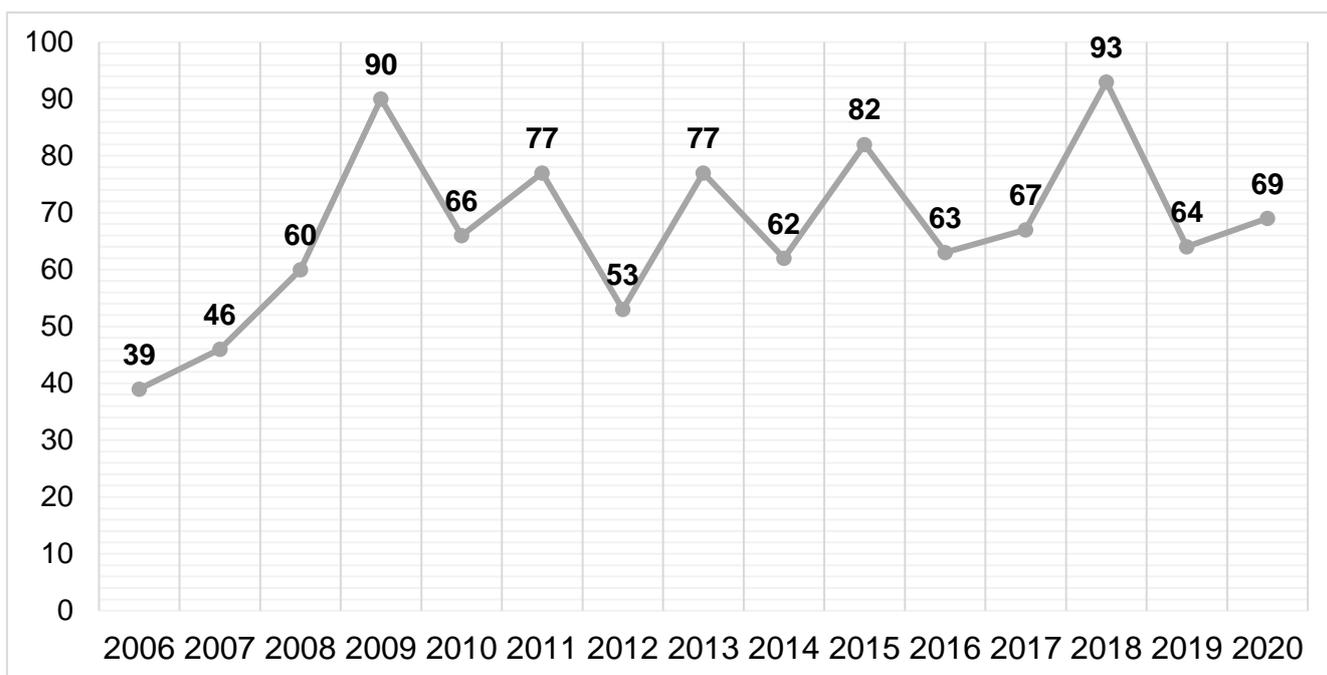


Figura 1 – Frequência absoluta das publicações sobre doença de Chagas por ano indexadas na base de dados WoS, 2006 a 2020

Fonte: elaboração dos autores.

Sobre o total das publicações, os dados temporais revelaram uma média simples da produção anual correspondente a 67,2 manuscritos/ano, com as menores frequências nos dois primeiros anos da análise, 2006 e 2007, respectivamente, 39 e 46 publicações, que galgaram aumentos relevantes *a posteriori*. Cabe ressaltar que, em 2006, o Brasil foi certificado pela Organização Pan-Americana de Saúde pela interrupção da cadeia de transmissão pelo vetor da espécie *Triatoma infestans* (VILLELA *et al.*, 2009). As estratégias de controle empreendidas no contexto brasileiro em articulação com as mudanças socioeconômicas foram responsáveis pela transformação do perfil epidemiológico da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* (DIAS *et al.*, 2016a). Tal fato pode ter possibilitado uma ampliação da atenção à saúde e das pesquisas científicas sobre a temática.

De maneira geral, um fator que colaborou para o aumento do número de publicações científicas a partir de 2007 no Brasil foi a criação do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, cuja finalidade era ampliar o acesso e evitar a evasão do ensino superior, interferindo positivamente na capacidade de publicação das Instituições Públicas de Ensino Superior (BRASIL, 2007).

Os dados apontaram, ainda, que o segundo maior período de elevação do número de produções ocorreu em 2009, correlacionado à comemoração do centenário da descoberta da doença por Carlos Chagas, em 1909. Esse contexto contribuiu para o retorno da temática aos debates midiáticos e pode ter fomentado o interesse e a intensificação de investigações e publicações científicas concernentes à doença de Chagas, reforçando a necessidade de ampliar investigações direcionadas às populações acometidas nos territórios de maior endemicidade (ANDREOLLO; MALAFAIA, 2009; CALDAS, 2008).

No ano de 2015, a Organização das Nações Unidas pactuou com os países membros os objetivos que compõem a agenda 2030, entre os quais, destaca-se o objetivo de reduzir as enfermidades transmissíveis e eliminar as DTN (ONU, 2015). Em consonância direta com a agenda 2030, a OPAS, do mesmo modo, estabeleceu compromisso semelhante na agenda de saúde sustentável para as Américas no período compreendido entre 2018 e 2030 (OPAS, 2017). Infere-se que os esforços globais e regionais dirigidos para o enfrentamento das DTN tenham despertado a manutenção/aumento de investigações acerca dessas doenças, a exemplo da doença de Chagas. Nesse contexto, nota-se que o ano de 2018 foi responsável pela maior quantidade de publicações sobre esse assunto.

Assim, a análise dos dados permitiu constatar, por meio do número de publicações por ano, a evolução da pesquisa sobre doença de Chagas. Oliveira e Leite (2016) destacaram que, embora as publicações sobre o tema tenham se iniciado em 1948, a maior parte foi produzida a partir dos anos 2000, o que indica uma produção relativamente recente sobre a temática.

Com relação à representatividade da temática, um estudo que buscou avaliar a produção científica latino-americana sobre Medicina Tropical na WoS identificou que a doença de Chagas assumiu o segundo lugar entre as publicações em DTN, superada apenas por produções relacionadas à leishmaniose (SOBRAL; SILVA; MIRANDA, 2017). Em outra investigação, que contemplou a análise das produções sobre DTN em revistas científicas, demonstrou-se que, dos 669 periódicos abarcados, a leishmaniose está presente em 282, e a doença de Chagas em 237, reforçando o lugar de destaque dessas doenças na produção de conhecimento (SOBRAL *et. al*, 2020).

Quanto à distribuição de publicações sobre o tema por país, Sobral, Silva e Miranda (2017) constataram que o Brasil foi responsável pela maioria (59%) dos manuscritos entre as nações da América Latina. Ressalta-se, ainda, que o Brasil é o

terceiro país com maior produção científica na área, número que surpreende, considerando que a coleção da WoS indexa em maior amplitude publicações internacionais de países desenvolvidos (SOBRAL *et al.*, 2016). Com isso, ressalta-se a importância da liderança brasileira, haja vista a produção científica em DTN não ser prioritária para os países desenvolvidos, como EUA e países da Europa, devido à endemicidade da doença ocorrer em países em desenvolvimento, a maioria localizada na região latino-americana (SOBRAL; SILVA; MIRANDA, 2017).

No que se refere às revistas científicas que mais publicaram sobre a doença de Chagas na WoS (Figura 2), dois periódicos brasileiros destacaram-se em número de publicações, a Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical e a revista Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, dado também identificado por Sobral e colaboradores (2020).

Dos 10 periódicos com maior número de publicações, seis são internacionais. Assim, percebe-se que, apesar de o Brasil ser um dos maiores produtores de conhecimento sobre a doença de Chagas, a presença de periódicos nacionais é inferior à dos internacionais (OLIVEIRA; LEITE, 2016).

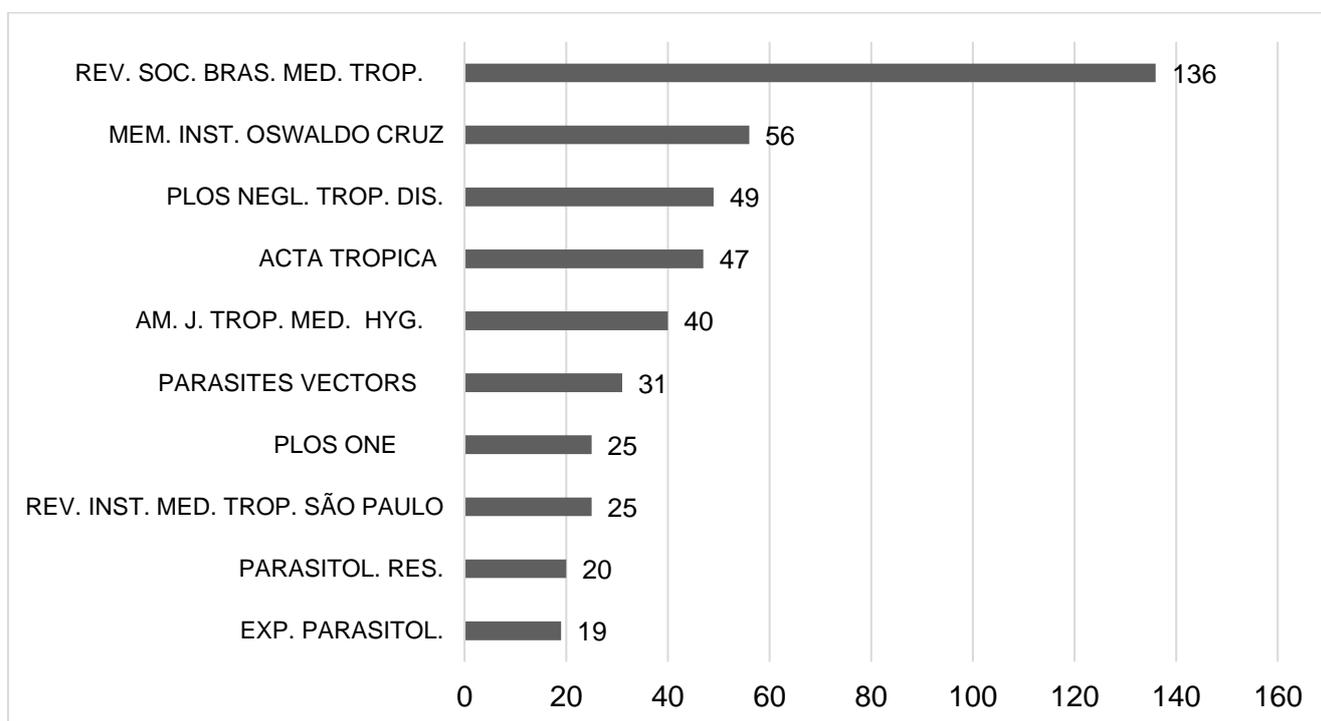


Figura 2 – Frequência absoluta das publicações sobre doença de Chagas por periódicos na base de dados WoS, 2006 a 2020

Fonte: elaboração dos autores.

O sistema de avaliação brasileiro sobre a produção científica derivada dos Programas de Pós-graduação não favorece as publicações em revistas nacionais, o que contribui para a incipiência de periódicos brasileiros com estratos Qualis mais elevados, direcionando a preferência dos autores para publicações em periódicos internacionais de maior impacto científico. Com isso, os pesquisadores condicionam a sua produção a periódicos com maior privilégio no contexto internacional, o que gera menor reconhecimento interno acerca dos problemas de regiões endêmicas (SOBRAL *et al.*, 2020). Percebe-se, também, que há uma tentativa das revistas nacionais de seguir os padrões internacionais, buscando visibilidade, reconhecimento e autoafirmação no cenário da comunicação científica dos países desenvolvidos.

Dias (2007) sinaliza a preocupação com o desestímulo com relação às investigações sobre o controle da transmissão e o manejo de infectados pelo *Trypanosoma cruzi* face à dificuldade de publicação em revistas com alta qualidade acadêmica nacionais. No entanto, reforça-se que as produções que tratam sobre as doenças negligenciadas lidam com um recorte geopolítico bem definido e, na maior parte, são circunscritas ao conjunto de países em desenvolvimento.

Quando analisado o idioma original das publicações, notou-se que 90,08% dos artigos foram publicados em inglês (908); 8,43% em português, correspondendo a 85 publicações; 1,19% em espanhol (12); e apenas 0,3% em francês (3). Observa-se uma tendência mundial em estimular os autores a publicarem sobre temáticas de abrangência mundial e em periódicos indexados em bases de dados internacionais em língua inglesa ante a possibilidade de visibilidade em escala global (LEE; LEE, 2013). Meneghini e Packer (2007) constataram que os pesquisadores do Brasil publicam em torno de 50.000 artigos/ano, dos quais, cerca de 60% são em português. Desse percentual, aproximadamente 18.000 artigos são publicados em revistas indexadas na WoS. No entanto, somente 2,7% desses manuscritos estão na língua portuguesa (MENEGHINI; PACKER, 2007).

Um estudo argentino comparou o efeito da linguagem no número de citações de artigos publicados em seis periódicos de ciências naturais de cinco países que publicaram artigos em inglês ou em outros idiomas. Evidenciou-se que os artigos veiculados na língua inglesa têm maior número de citações do que os publicados em outros idiomas, sugerindo maior probabilidade de ser citado globalmente pela comunidade científica (BITETTI; FERRERAS, 2017).

Ao verificar os países que cooperam com as pesquisas desenvolvidas por autores e instituições brasileiras, observa-se que os Estados Unidos possuem 15,18% de coautoria (153), a Argentina aparece com 5,45% (55), a França com 3,97% (39), Colômbia apresenta 3,77% (38), Inglaterra e Espanha, respectivamente, 2,78% (28) e 2,48% (25), e os demais países apresentaram percentuais menores que 2%.

Em estudo que analisou a produção científica sobre doença de Chagas a partir da base de dados da PubMed (1940-2009), González-Alcaide *et al.* (2012) constataram que o Brasil é a principal referência da América do Sul no assunto, sendo o país com o maior número de pesquisadores envolvidos nas principais redes de colaboração científica sobre a temática no mundo. Sobral *et al.* (2016) e Sobral, Silva e Miranda (2017), ao traçarem o perfil da produção científica na América Latina sobre Medicina Tropical, área da medicina que lida com problemas de saúde de mais difícil controle nas regiões tropicais ou subtropicais, perceberam que as relações de cooperação científica são mais intensas entre o Brasil e os Estados Unidos.

As pesquisas realizadas pelo Relatório Research in Brazil demonstram que os documentos resultantes de coautorias internacionais têm tido um maior impacto do que a pesquisa realizada exclusivamente no Brasil, o que reafirma a importância da cooperação entre as nações na construção e divulgação do conhecimento (CROSS; THOMSON; SIBCLAIR, 2017).

O quadro 1 apresenta a frequência absoluta de publicação pelos 25 autores que emergiram na busca da WoS e suas respectivas áreas de estudo.

Quadro 1 – Frequência absoluta entre as publicações sobre doença por autores na base de dados WoS, 2006 a 2020, e suas respectivas áreas de estudo.

Autores	Número de publicações	Área de estudo
Ana Maria Jansen	49	Parasitologia/Protozoologia
Liléia Diotaiuti	43	Parasitologia/Entomologia
João Aristeu da Rosa	39	Parasitologia/Entomologia
Jane Costa	31	Zoologia/Entomologia
Marli Maria Lima	30	Parasitologia
Carlos Eduardo Almeida	28	Entomologia
João Carlos Pinto Dias	27	Medicina Tropical/Infectologia
Alberto Novaes Ramos Júnior	26	Saúde coletiva/ Medicina Tropical/Infectologia
Antônio Luiz Pinho Ribeiro	26	Cardiologia/Infectologia/ Medicina Tropical
Hebert Bernard Tanowitz*	26	Parasitologia/Entomologia

Rodrigo Gurgel-Gonçalves	25	Protozoologia/Entomologia
Ester Cerdeira Sabino	21	Imunologia
Teresa Cristina M. Gonçalves	20	Parasitologia/Entomologia
Egler Chiari	19	Parasitologia/Protozoologia
Louis M. Weiss	19	Patologia/Infectologia
Otília Sarquis	18	Parasitologia/Entomologia
Vagner José Mendonça	17	Parasitologia/Entomologia
Kaio Cesar Chaboli Alevi	16	Entomologia/Genética
José Rodrigues Coura	16	Medicina Tropical
Jorg Heukelbach	16	Farmacologia/Medicina Tropical
Linda A. Jelicks	16	Fisiologia
Francisco Rogerlândio Martins-Melo	16	Saúde Coletiva/Epidemiologia/Doenças Negligenciadas
Mônica Lúcia Gomes	15	Parasitologia/Biologia Molecular
Aluizio Prata	15	Medicina tropical/Infectologia
André Luiz Rodrigues Roque	15	Parasitologia
*In memoriam		

Fonte: elaborado pelos autores.

No *ranking* dos 25 principais pesquisadores com publicação sobre doença de Chagas no Brasil (2006 a 2020), apenas nove (36%) são mulheres. De acordo com Carvalho, Coeli e Lima (2018), não há uniformidade no número de mulheres no mundo da ciência, visto que o grupo constitui apenas 15% dos pesquisadores. Por sua vez, o estudo ‘*Gender in the Global Research Landscape*’, publicado em 2017 pela Elsevier, realizou uma análise do desempenho da pesquisa e identificou que, entre os países pesquisados, Brasil e Portugal são os que mais contam com pesquisadoras do sexo feminino em trabalhos científicos (49% do total), quase a mesma quantidade que os pesquisadores homens (ELSEVIER, 2017). Corroborando essa constatação, o Gráfico 3 apresenta a distribuição do número de publicações pelas principais áreas de pesquisa indexadas na base de dados WoS.

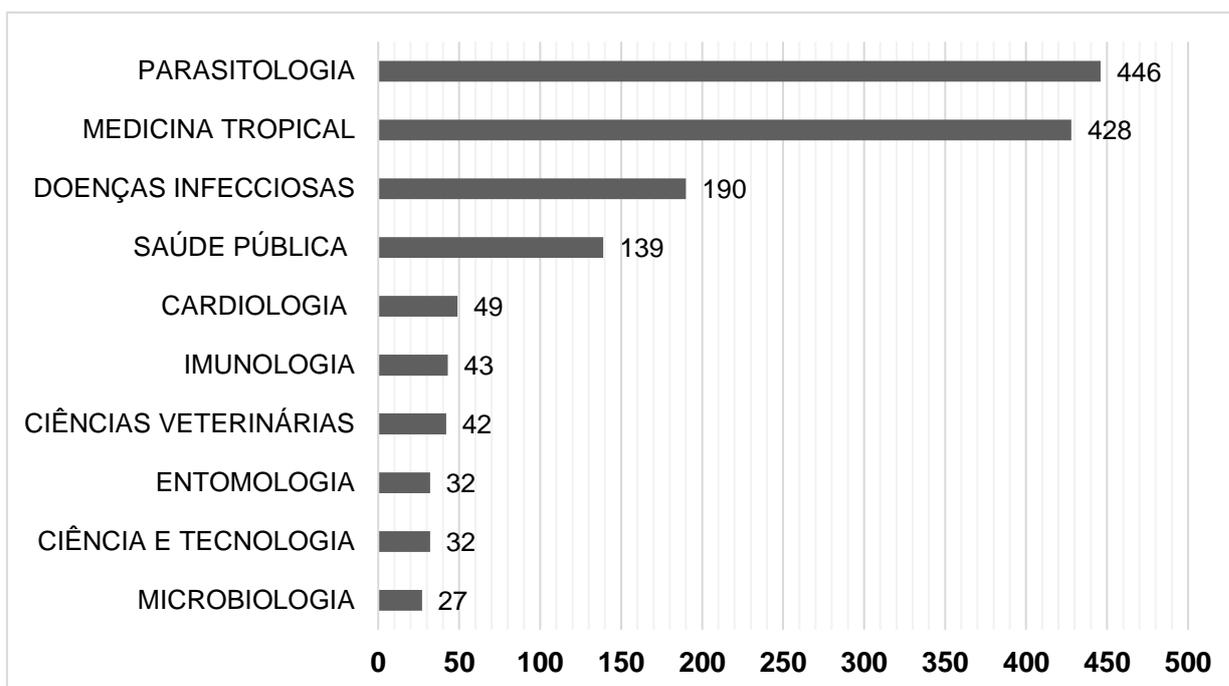


Figura 3 – Frequência absoluta das publicações científicas sobre doença de Chagas por área de pesquisa indexadas na base de dados WoS, 2006 a 2020.

Fonte: elaboração dos autores.

Evidencia-se que a área referente à Parasitologia apresentou maior quantidade de publicações, um total de 446. Tal superioridade relaciona-se ao fato de a área em questão abranger o estudo de parasitas como o *Trypanosoma cruzi*, causador da doença de Chagas; em seguida, aparece a Medicina Tropical, com 428 publicações, o que pode ser justificado por se tratar de uma doença característica dos países tropicais e subtropicais. Esses dados aproximam-se dos resultados encontrados por Silva e Luz Junior (2016), que verificaram correlação da área de Parasitologia com a alta produtividade nessa temática. Outro estudo apontou a consolidação da área da Protozoologia como área que mais retém as pesquisas sobre o assunto (KROPF; AZEVEDO; FERREIRA, 2000).

Sob outra perspectiva, observa-se que a área da Saúde Pública necessária para fomentar as políticas e ações direcionadas ao controle da doença de Chagas foi contemplada em apenas 139 publicações, um número muito reduzido quando comparado às duas áreas supracitadas.

Um estudo bibliométrico realizado por Pellegrini, Goldbaum e Silvi (1997) verificou que a produção epidemiológica brasileira se concentra em torno dos temas relacionados às doenças infecciosas e à saúde materno-infantil, enquanto, na produção mundial, as doenças crônicas apresentam um maior destaque (PELLEGRINI;

GOLDBAUM; SILVI, 1997). Tais dados reforçam o comprometimento dos pesquisadores brasileiros com a busca da ampliação dos conhecimentos sobre os problemas de saúde pública que persistem no país.

Desde os primeiros estudos, em 1909, grande parte das pesquisas realizadas sobre a infecção por *Trypanosoma cruzi*, tanto em cenário brasileiro quanto internacional, envidou esforços referentes ao estágio agudo da doença. Entretanto, os desafios para confirmação do estágio crônico da infecção demonstraram que o desenvolvimento de estudos socioepidemiológicos é relevante para a identificação de novas alternativas diagnósticas, uma vez que essa fase da doença pode ocasionar consequências sociais relacionadas a óbitos súbitos e incapacidade total ou parcial para as atividades laborais, principalmente as relacionadas a implicações cardíacas (KROPF; AZEVEDO; FERREIRA, 2000). Destarte, mais de 80% das pessoas atingidas pela doença no mundo não têm acesso ao diagnóstico e ao tratamento (DIAS *et al.*, 2016b), dado que reforça a necessidade de reflexões críticas sobre a temática, em especial, pela área de pesquisa em saúde pública.

Ainda cabe mencionar que a grande área das Ciências Humanas e Sociais (Sociologia, Antropologia, entre outras) representou uma diminuta parcela das publicações científicas da WoS sobre a doença de Chagas. Nesse sentido, o desenvolvimento de estudos nessas áreas apresenta relevância ante a necessidade de estabelecer uma compreensão aprofundada da importância social da doença (MIOTTO; BARCELLOS, 2009).

Similarmente, a Farmacologia não aparece entre as principais áreas de conhecimento nas produções analisadas. Mesmo com grandes avanços no controle; no conhecimento adquirido ao longo do tempo sobre o ciclo de vida, metabolismo e genética do *Trypanosoma cruzi*; e nos adventos da tecnologia farmacêutica, não se vislumbra a erradicação da doença por meio de investimentos robustos em terapias medicamentosas (DIAS *et al.*, 2016a; MALAFAIA, 2009). Apesar do predomínio de áreas biomédicas nas publicações sobre a infecção, o tratamento medicamentoso disponível para a população infectada ainda apresenta reduzida eficácia e alta toxicidade na fase crônica, fato que pode justificar a necessidade de ampliação do desenvolvimento de estudos na área das Ciências Farmacêuticas e Biotecnológicas (WESTPHALEN *et al.*, 2012). Aspectos relacionados ao acesso limitado à confirmação diagnóstica e à terapia precoce voltado às DTN demonstram a necessidade de soluções que venham a suprir essas lacunas, não somente

no espaço científico, mas no mercado e, especialmente, na saúde pública (BRASIL, 2018b).

A Figura 4 apresenta as relações entre os manuscritos publicados na WoS no período delimitado e as principais instituições de vinculação dos autores.

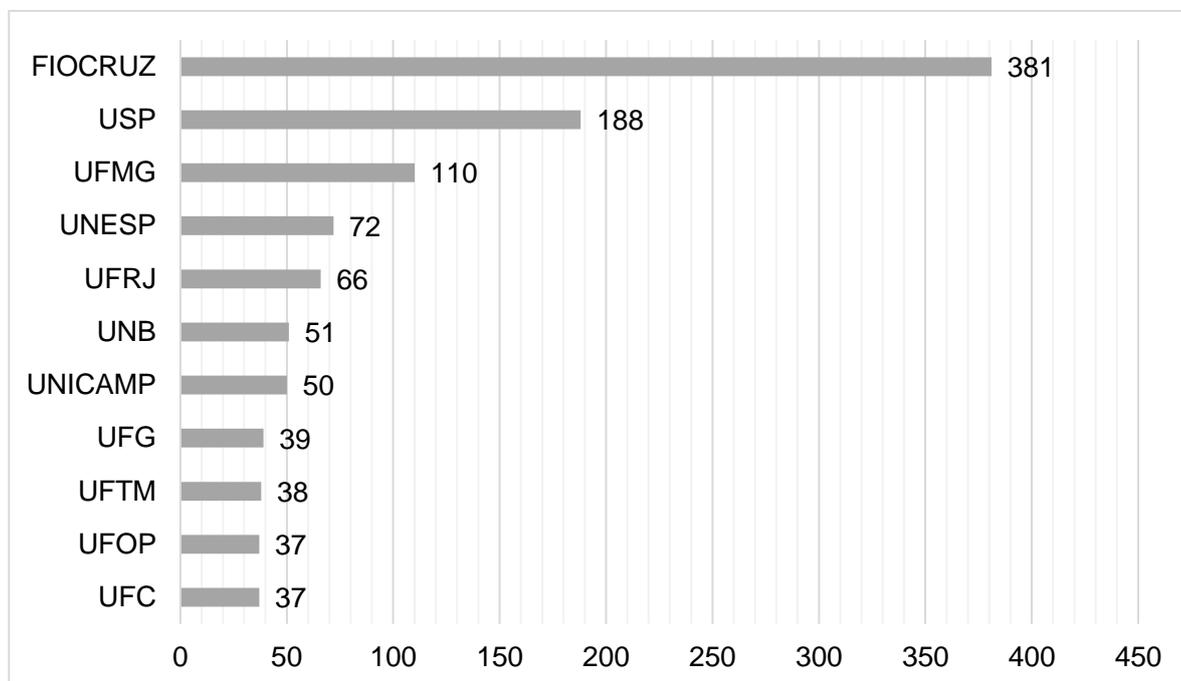


Figura 4 – Frequência absoluta das publicações sobre doença de Chagas por instituições na base de dados WoS, de 2006 a 2020

Fonte: elaboração dos autores.

Ao observar as afiliações dos autores das publicações, é possível verificar que, entre as 10 instituições, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) assume o primeiro lugar do ranking, em consonância com pesquisa de Sobral, Silva e Miranda (2017), que avaliou as publicações sobre Medicina Tropical na WoS e identificou intensa relação entre a temática envolvendo a doença de Chagas e as produções derivadas da Fiocruz (RJ).

No que se refere ao aspecto regional, nenhuma instituição pertence diretamente às regiões Norte e Sul do Brasil, e apenas uma é vinculada ao Nordeste – Universidade Federal do Ceará, na 10ª posição, com 37 publicações, apresentando performance semelhante à da Universidade Federal de Ouro Preto. A região Sudeste abarcou o maior número (7 das 11 instituições elencadas), seguida pela região Centro-Oeste, com 2 instituições. Três estados localizados na região Sudeste (RJ, SP e MG) apresentaram o maior número de publicações, dado que corrobora o Relatório de Pesquisa no Brasil, que evidenciou concentração da produção nesses estados, todavia, majoritariamente, em São

Paulo, seguido de Rio de Janeiro e Minas Gerais (CROSS; THOMSON; SIBCLAIR, 2017).

Vale ressaltar que a Fiocruz é uma instituição presente em todas as regiões do país, e suas publicações podem contemplar diversos estados, havendo a necessidade de estudos futuros desmembrarem as produções para uma análise de desempenho locorregional.

Paradoxalmente, a distribuição regional dos casos confirmados da doença, entre os anos de 2012 e 2016, evidenciou um total de 1190 casos confirmados no Brasil, exibindo maior número no Norte do país, com 1156 confirmações, seguidos de 24 no Nordeste, 4 no Sudeste, 3 no Sul e 3 no Centro-Oeste (BRASIL, 2019). Os dados descritos demonstraram uma lógica inversa entre as regiões com maior produção científica sobre o tema e de maior número de casos da infecção pelo *Trypanosoma cruzi*, o que denota que o território latino-americano tem sido atingido pelas doenças tropicais, mas não é evidenciada uma proporcionalidade do cenário epidemiológico favorável à produção de conhecimento nos países, o que pode ser direcionado às regiões do Estado brasileiro (SOBRAL; SILVA; MIRANDA, 2017).

No que se refere aos indicadores coletados pelo Geocapes, aplicativo gráfico que exhibe informações quantitativas dos dados relativos à pós-graduação *stricto sensu* com precisão geográfica, nota-se que os estados de São Paulo (929), Rio de Janeiro (503) e Minas Gerais (469) possuem o maior número de programas de pós-graduação do país, e lideram outros indicadores, como investimentos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) em editais de fomento e bolsas científicas, inclusive, de pós-graduação (CAPES, c2020). Tais dados podem explicar a relação assimétrica das publicações ao considerarem a origem, as instituições de ensino superior ou os centros de pesquisa, dados os distintos montantes de recursos financeiros para o fomento de pesquisas.

Ao analisar a frequência absoluta das publicações associadas às agências de financiamento, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Capes perfazem 470 (31,1%). Podem-se destacar, também, as Fundações de Amparo à Pesquisa dos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais entre as dez principais agências financiadoras vinculadas a estados brasileiros com instituições de ensino superior e de pesquisa que mais publicam sobre a temática. Evidencia-se no *ranking* apresentado, no recorte temporal delimitado no estudo, uma forte participação de

agências internacionais no financiamento de atividades de pesquisa direcionadas à doença de Chagas.

De um modo geral, por investigação induzida e por demanda espontânea, as últimas quatro décadas desvelam um crescimento exponencial na pesquisa em doença de Chagas, o que resultou em notório desenvolvimento científico dos países afetados. Observa-se que no período analisado por este artigo, apesar de alguns órgãos de fomento à pesquisa governamental destinarem editais de apoio às DTN (DIAS *et al.*, 2016a), foi notória a baixa priorização de financiamentos direcionados a pesquisas relacionadas à doença de Chagas humana, principalmente àquelas de natureza aplicada, focadas nos aspectos organizacionais, de controle e manejo da doença. Ademais, os incentivos existentes derivam, basicamente, de um grande esforço da comunidade científica latino-americana (DIAS, 2007; SILVEIRA *et al.*, 2002).

O cenário político atual do Brasil de austeridade fiscal desencadeou a redução dos recursos financeiros destinados ao apoio e ao desenvolvimento de pesquisas científicas no Brasil em diversas áreas, inclusive as referentes às doenças tropicais negligenciadas. Esse contexto sinaliza a recrudescência de iniquidades em saúde, principalmente pela anomia da população exposta ou afetada pelo mal, que vive em bolsões de pobreza onde subsistem riscos de transmissão e se concentram indivíduos infectados, sem adequada atenção à saúde (DIAS, 2007).

4 CONCLUSÃO

A análise da produção científica sobre Doença de Chagas na WoS permitiu constatar um crescimento da produção sobre o tema com expansão considerável a partir do ano de 2009, dada a complexidade das modificações na caracterização epidemiológica e da morbimortalidade relacionada à doença.

Ao observar os dados coletados, cabe destacar que, apesar do desenvolvimento científico sobre a doença de Chagas no país, muitas lacunas ainda necessitam ser preenchidas, principalmente no que se refere à ampliação do fomento financeiro para realização de pesquisas sobre as DTN; à necessidade de orientação das pesquisas em DTN aos aspectos locais, privilegiando os países endêmicos; ao incentivo à realização de pesquisas relacionadas a novas tecnologias e terapias medicamentosas; e à elaboração de medidas políticas sistemáticas que direcionem práticas de saúde pública para o controle da doença.

Reconhecer a verdadeira dimensão da negligência deve pressupor questionar criticamente racionalidades que informam modos de operar políticas que, a despeito dos indiscutíveis avanços em termos de saúde pública, mantêm regras e contornos nos marcos da subalternidade e da dependência de agendas globais. É importante destacar que o investimento em pesquisa é fundamental para o país e constitui a alavanca para geração de conhecimentos qualificados para subsidiar a implementação de ações consistentes e sustentáveis de gestão, vigilância, controle e atenção à saúde e ao social, que atendam aos princípios de coerência, eficácia e efetividade (DIAS *et al.*, 2016a).

Ademais, percebe-se a necessidade de ampliar a realização de pesquisas sobre doença de Chagas no âmbito das áreas de Saúde Pública, Ciências Sociais e Farmacêuticas, dada a complexidade biopsicossocial da doença, inclusive o estigma em torno dos usuários, em razão de maior correlação com iniquidades sociais, assim como a necessidade de avançar no que concerne ao tratamento etiológico. Cabe destacar a importância e a necessidade de colaboração entre essas e outras áreas do conhecimento que, de forma interdisciplinar com o campo da saúde, possam reforçar reflexões acerca da prevenção e do combate à doença.

Uma lacuna desse estudo encontra-se nos aspectos metodológicos referentes à restrição da seleção de publicações apenas a uma base de dados científica, e na priorização das estratégias de busca utilizadas, que compreenderam apenas dois descritores em saúde, bem como a inclusão apenas de publicações disponíveis na íntegra. Em consequência desse conjunto de opções metodológicas, alguns artigos relevantes, que porventura pudessem ter sido abarcados com o uso de outros descritores correspondentes (por exemplo, *Trypanosoma Cruzi*) e outros tipos de publicações, como teses e dissertações, anais de congressos, podem não ter sido contemplados pela amostra analisada. Apesar das limitações, os dados selecionados apontaram resultados importantes acerca do crescimento da produção científica sobre a temática, indicando uma maior preocupação e atenção dos pesquisadores com a geração de conhecimento científico sobre o tema, com o objetivo de otimizar as estratégias de enfrentamento da doença.

Por fim, os resultados são pertinentes ao sinalizarem a necessidade de desenvolvimento de ações coletivas lideradas por países com maior incidência da doença, ampliando a entrada na agenda governamental específica que contemple particularidades e questões derivadas de estudos locorregionais, possibilitando fomentar a formulação de políticas de saúde e a implementação das ações e dos serviços de saúde pública direcionados a um controle efetivo das DTN, especialmente da doença de Chagas.

REFERÊNCIAS

ALBERT EINSTEIN COLLEGE OF MEDICINE (EINSTEIN). **Departments & Centers - Faculty Directory**. New York: Einstein, c2020. Disponível em: <https://einsteinmed.org/education/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

ANDREOLLO, Nelson Adami; MALAFAIA, Osvaldo. Os 100 anos da doença de Chagas no Brasil. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 185-191, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202009000400001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abcd/a/pM7GyKjbnvRLGNCzFCcMwVz/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2021.

BITETTI, Mario S. Di.; FERRERAS, Julián A. Publish (in English) or perish: the effect on citation rate of using languages other than English in scientific publications. **Ambio**, Estocolmo, v. 46, n.1, p. 121-127, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13280-016-0820-7>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13280-016-0820-7>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Decreto nº 6096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 7, 25 abr. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6096.htm. Acesso em: 5 jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, out. 2018a. Disponível: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio_PCDT_Doenca_de_Chagas.pdf. Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília, DF: O Ministério, 2018b. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Acesso em: 5 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas Aguda e distribuição espacial dos triatomíneos de importância epidemiológica, Brasil 2012 a 2016. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 50, n. 2, p. 1-10, jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas: 14 de abril – Dia Mundial. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 51, n. esp., p. 1-43, abr. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o

território nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 35, p. 97, 19 fev. 2020b.

CALDAS, Cristina. Há cem anos a doença de Chagas foi descoberta. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 60, n. 2, p. 10-11, 2008. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252008000200005. Acesso em: 22 set. 2021.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Geocapes**. Brasília, DF: Capes, c2020. Disponível em: <https://geocapes.capes.gov.br/geocapes/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

CARVALHO, Marília Sá; COELI, Cláudia Medina; LIMA, Luciana Dias de. Mulheres no mundo da ciência e publicação científica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 1-3, 2018. Editorial. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00025018>. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00025018.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPQ). **Plataforma Lattes**. Brasília, DF: CNPq, c2020. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/>. Acesso em: 5 dez. 2020.

CROSS, Di; THOMSON, Simon; SIBCLAIR Alexandra. *Research in Brazil: a report for CAPES by Clarivate Analytics*. **Clarivate Analytics**, [s. l.], 2017. Disponível em: <http://www.sibi.usp.br/wp-content/uploads/2018/01/Relat%C3%B3rio-Clarivate-Capes-InCites-Brasil-2018.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Mortalidade desde 1996 pela CID-10: doença de Chagas, 2015 a 2019**. Brasília, DF: DATASUS, c2020. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 10 dez. 2020.

DIAS, João Carlos Pinto. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 13s-22s, 2007. Supl. 1. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001300003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ftv38v6jcYkbjKvPLJdHXKM/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2019.

DIAS, João Carlos Pinto *et al.* Mudanças no paradigma da conduta clínica e terapêutica da doença de Chagas: avanços e perspectivas na busca da integralidade da saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. Especial, p. 87-90, 2016a. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000500003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/jBwFdrNhQjcpKJSc5StyScB/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2019.

DIAS, João Carlos Pinto *et al.* II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. Especial, p. 7-86, 2016b. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000500002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/JrVJ3sYXSCYbvZdh8cH4Dqy/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2019.

ELSEVIER. **Gender in the global research landscape: analysis of research performance through a gender lens across 20 years, 12 geographies, and 27 subject areas.** [s. l.]: Elsevier, 2017. (Elsevier's Research Intelligence).

FILIPPO, Daniela De; FERNÁNDEZ, María Teresa. Bibliometría: importancia de los indicadores bibliométricos. *In*: ALBORNOZ M. (ed.). **El estado de la ciencia: principales indicadores de ciencia y tecnología Iberoamericanos/interamericanos.** Buenos Aires: Editora Artes Gráfica Integradas, 2002. p. 69-76.

GONZÁLEZ-ALCAIDE, Gregorio *et al.* Scientific authorships and collaboration network analysis on Chagas disease: papers indexed in PubMed (1940-2009). **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 219-228, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0036-46652012000400007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/3wXRcK8j4Pfh4DMjct69Jpc/?lang=en>. Acesso em: 22 set. 2021.

HAYASHI, Maria Cristina Piumbato *et al.* Um estudo bibliométrico da produção científica sobre a educação jesuítica no Brasil colonial. **Biblios**, Tacna, v. 8, n. 27, p. 1-18, mar. 2007. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2281795>. Acesso em: 22 set. 2021.

KROPF, Simone Petraglia; AZEVEDO, Nara; FERREIRA, Luiz Otávio. Doença de Chagas: a construção de um fato científico e de um problema de saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 347-365, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/79tmmqmRSjn9zVQYkzM6ycQ/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2021.

LEE, Hikyoung; LEE, Kathy. Publish (in international indexed journals) or perish: neoliberal ideology in a Korean university. **Language Policy**, Berlin, v. 12, n. 3, p. 215-230, apr. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10993-012-9267-2>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10993-012-9267-2>. Acesso em: 10 jan. 2019.

MALAFAIA, Guilherme. Análise de informações sobre a doença de Chagas disponíveis em websites brasileiros na rede mundial de computadores (internet). **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 34, n. 3, p. 188-195, 2009. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcs.v34i3.123>. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/123>. Acesso em: 22 set. 2021.

MENEGHINI, Rogerio; PACKER, Abel L. Is there science beyond English? Initiatives to increase the quality and visibility of non-English publications might help to break down language barriers in scientific communication. **EMBO Reports**, Londres, v. 8, n. 2, p. 112-116, 2007. DOI: <https://dx.doi.org/10.1038%2Fsj.embor.7400906>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1796769/pdf/7400906.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.

MIOTTO, Mariana Monteiro Barros; BARCELLOS, Ludmilla Awad. Contribuição das Ciências Sociais nas práticas de Saúde Pública. **Revista Brasileira de Pesquisa em**

Saúde, Vitória, v. 11, n. 2, p. 43-48, 2009. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/rbps/article/download/426/301/355>. Acesso em: 22 set. 2021.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Sentidos das doenças negligenciadas na agenda da saúde global: o lugar de populações e territórios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2291-2302, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09042018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Zs9vNx7xqcc3XrjsmdSCRFm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2021.

OLIVEIRA, Talita Rodrigues; LEITE, Fernando César Lima. Produção do conhecimento sobre doenças negligenciadas: características da produção científica sobre doença de chagas na Web of Science. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA, 68., 2016, São Paulo. **Resumos [...]**, Porto Seguro: Universidade Federal do Sul da Bahia, 2016. Disponível em: http://www.sbpnet.org.br/livro/68ra/resumos/resumos/3225_120b340096e89b8554fc9d2e9aa328468.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: A Organização, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030**. Washington, DC: A Organização, set. 2017. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PELLEGRINI, Alberto; GOLDBAUM, Moisés; SILVI, John. Producción de artículos científicos sobre salud en seis países de América Latina, 1973 a 1992. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v.1, n.1, 1997. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1997.v1n1/23-34/es>. Acesso em: 17 mar. 2019.

SANGENIS, Luis Henrique Conde *et al.* Transmissão da doença de Chagas por consumo de carne de caça: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-811, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/C5Z4GNTtYxxtWfRkwRrvqRM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2021.

SILVA, Ayres Fran Silva; LUZ JUNIOR, Geraldo Eduardo. Prospecção tecnológica: potencialidades de diagnósticos para doenças de chagas. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, Natal, v. 6, n. 2, p. 15-31, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18816/r-bits.v6i2.7400>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/7400>. Acesso em: 22 set. 2021.

SILVEIRA, Antonio Carlos *et al.* O controle da doença de Chagas nos países do Cone Sul da América: história de uma iniciativa internacional, 1991-2001. [Uberaba]: Opas, 2002.

SOBRAL, Natanael Vitor *et al.* O Qualis e os periódicos científicos na produção de conhecimento em doenças tropicais negligenciadas. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 30, n. 3, p. 1-24, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1809-4783.2020v30n3.52054>. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ies/article/view/52054>. Acesso em: 22 set. 2021.

SOBRAL, Natanael Vitor *et al.* Produção científica sobre medicina tropical na América Latina: um olhar sobre a web of science. *In*: ENCONTRO BRASILEIRO DE BIBLIOMETRIA E CIENTOMETRIA, 5., 2016, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016.

SOBRAL, Natanael Vitor.; SILVA, Fábio Mascarenhas; MIRANDA, Zeny Duarte de. Perfil da produção científica em Medicina Tropical na América Latina: análise do termo “Tropical Medicine” na Web of Science. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 23, n. Especial, p. 31-49, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.19132/1808-5245230.31-49>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/EmQuestao/article/view/68093>. Acesso em: 30 de jan. 2020.

VIEIRA, Ricardo Quintão; SANNA, Maria Cristina. O uso do estudo bibliométrico pelos pesquisadores da saúde em periódicos científicos digitais brasileiros. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE BIBLIOTECONOMIA, DOCUMENTAÇÃO E CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 15., 2013, Santa Catarina. **Anais [...]** São Paulo: Federação Brasileira de Associações de Bibliotecários, Cientistas da Informação e Instituições, 2013.

VILLELA, Marcos Marreiro *et al.* Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas em relação à presença de *Panstrongylus megistus* na região centro-oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, abr. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400022>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/22.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

WESTPHALEN, Elizabeth Visone Nunes et al. Aspectos epidemiológicos e históricos do controle da doença de Chagas no Continente Americano. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 9, n. 105, p. 18-35, 2012.

3.2 CAPÍTULO DE LIVRO

Decurso histórico da gestão e políticas de saúde para a doença de Chagas no Brasil, 2006-2020²

Taise de Alcantara Amancio, Universidade Federal da Bahia – UFBA

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos, Universidade Federal da Bahia – UFBA

Hildebrando Antunes de Carvalho Neto, Universidade Federal da Bahia – UFBA

Álvaro Luiz dos Santos Araújo, Universidade Federal da Bahia – UFBA

Eliana Amorim de Souza, Universidade Federal da Bahia – UFBA

Nília Maria de Brito Lima Prado, Universidade Federal da Bahia – UFBA

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa da literatura que buscou descrever e analisar o encadeamento temporal das normas e diretrizes do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCCh) no Brasil, de 2006 a 2020. As fontes de pesquisa para a construção do artigo foram as bases de dados científicos, LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), CAPES e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Os documentos técnicos foram acessados nos sites Regiões e Redes; Observatório de Análise Política em Saúde e portal do Ministério da Saúde. E os documentos normativos no site Saúde Legis. A análise empreendida aos 47 documentos selecionados permitiu o delineamento de um período intitulado: da certificação brasileira de eliminação do *T. infestans* à obrigatoriedade da notificação da doença crônica (2006-2020). A presente investigação possibilitou interpretar o processo histórico de construção como forma de resposta ao problema constituído e suas distintas estratégias de enfrentamento, na medida em que identifica ações potentes e lacunas existentes passíveis de melhoramento. Nesse ponto, enfoca a sustentabilidade de uma vigilância regular nos territórios, com disposição periódica de recursos financeiros, articulada ao monitoramento da realização dessas ações nos níveis municipais e estaduais. Recomenda-se ampliar o olhar sobre as propostas de prevenção e as estratégias permanentes de rastreamento, diagnóstico e tratamento precoces, e seguimento da doença de Chagas, enfim, sobre a constituição de uma rede de atenção biopsicossocial para os acometidos e seus familiares.

Palavras-chave: Doenças de Chagas; Políticas de Saúde; Sistema Único de Saúde.

² Publicado no Livro Educação, Trabalho e Gestão na Saúde: reflexões, reflexos e ações, 2020. DOI: 10.37885/210504528

INTRODUÇÃO

Historicamente, a Doença de Chagas (DC) foi descrita em 1909, em Lassance – no interior de Minas Gerais –, por Carlos Justiniano Ribeiro Chagas. Após esse marco, cientistas da época buscaram obter um conhecimento apurado sobre esse processo saúde-doença e as possíveis intervenções para o controle da enfermidade (KROPF, 2006).

Assim, em contexto brasileiro, pode-se tomar como exemplos a criação, em 1916, dos primeiros Postos de Saneamento e Profilaxia Rural com foco em melhorias em domicílios rurais de risco; a implantação do Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas, em 1943, para testagem e controle vetorial; e a realização de campanhas direcionadas ao combate à infecção pelo *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), na década de 1950, dirigidas pelo Serviço Nacional de Malária. A posteriori, houve a implantação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), por meio do qual a doença de Chagas conquistou espaço institucional formal (DIAS E COURA, 1997; SILVEIRA e PIMENTA, 2011; SILVEIRA E DIAS, 2011). No ano de 1961, instituiu-se a notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados da doença de Chagas no Brasil por meio do decreto 49974-A. Esse período contribuiu para a caracterização da DC como problema sanitário de importância nacional, quando ela alcançou legitimidade científica e social, tornando-se objeto de políticas públicas de saúde (BRASIL, 1961).

Em 1970, houve a instituição da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Mais adiante, em 1975, a criação do programa de âmbito nacional de controle à doença de Chagas e do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, que permitiu a sistematização de ações de vigilância e controle entomológico em todo o território brasileiro. O combate às endemias rurais ganhava nova visibilidade no projeto político desenvolvimentista, em um período conjuntural em que as metas do desenvolvimento foram sintetizadas na grande operação de interiorização da capital do país (BRASIL, 1975; VILLELA et al., 2009; SILVEIRA E DIAS, 2011).

Somando-se as medidas preventivas a outros fatos (como o êxodo rural), a partir da década de 1980, as infecções transmitidas por transfusões sanguíneas passam a receber maior atenção em consequência, principalmente, da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Tem-se, então, significativa melhora no controle do uso terapêutico de sangue e hemoderivados (DIAS, 2007a).

Cabe destacar o importante avanço para a saúde concebido em 1988 com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, que passa a fomentar, entre outros

princípios organizativos, a descentralização das ações e dos serviços de saúde, sob o enfoque da municipalização das referidas intervenções, em consonância com a criação e a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988, BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b). Nesse sentido, dada a falta de experiência dos municípios na condução de ações direcionadas a endemias, houve dificuldades na continuidade e na operacionalização de programas, como o Programa Nacional de Controle à Doença de Chagas (PNCDCCh) (VILLELA et al. 2009).

Entre 1991 e 2002, houve movimentos em consonância com o processo de descentralização, a despeito da criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que abrangeu todas as instituições do Ministério da Saúde relacionadas a epidemiologia e controle de doenças, a união das nações do Cone Sul (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai) para combate à doença de Chagas (DIAS, 2007; SILVEIRA e PIMENTA, 2011; SILVEIRA e DIAS, 2011) e a organização de redes complementares de diagnóstico e vigilância laboratorial no país, integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2002). Em 2004, a ampliação do olhar para enfermidade propiciou a definição da reativação da doença de Chagas como uma condição clínica de interesse da epidemiologia, como evento sugestivo da AIDS (ALMEIDA et al., 2009). No ano seguinte, a doença ganhou destaque em contexto internacional, após um surto chagásico de transmissão oral com alta morbidade e mortalidade no Sul do Brasil (BRASIL, 2015a).

Dado esse preâmbulo histórico das ações direcionadas à DC, vale mencionar a expressiva magnitude da doença no país, onde estima-se que cerca de 2,5 milhões de indivíduos ainda permanecem infectados, a maioria, na fase crônica da doença. Aproximadamente um terço deles manifesta ou irá manifestar algum sintoma grave, cardíaco ou digestivo, de evolução lenta e gradativa, na maioria das vezes, incapacitante, que acomete, predominantemente, populações marcadas pela pobreza, com pouco letramento e provenientes de ambientes rurais, o que as torna invisibilizadas no contexto político-social e dependentes de políticas públicas estatais para oportunizar prevenção e cuidado com a saúde. Notadamente, a pequena expressividade dos infectados pela doença, aliada à lentidão de sua evolução crônica, traduz baixa priorização política (DIAS, 2007b; DIAS, 2011; SILVEIRA et al., 2017).

E, apesar de algumas produções evidenciarem aspectos relacionados a dados entomológicos e de incidência em áreas endêmicas, ainda é incipiente a análise histórica, com base em normativas e recomendações mais recentes, que conduziram e/ou conduzem

a implementação de iniciativas, atualmente, em todo o país, para o enfrentamento da doença em voga (DIAS, 2007a; VILLELA et al., 2007; VILLELA et al., 2009; SILVEIRA e DIAS, 2011).

O presente estudo surgiu da necessidade de se refletir acerca das estratégias incluídas no Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) no Brasil, ao longo dos últimos 15 anos. Para tanto, buscou-se constatar quais foram o delineamento e o enfoque das ações brasileiras para a enfermidade, no período de 2006 a 2020. O reconhecimento do decurso histórico referente às publicações de documentos técnicos e normativos relacionados à doença de Chagas nos últimos 15 anos no Brasil pode contribuir para a ampliação da compreensão de vazios assistenciais e lapsos normativos ao longo da história.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de síntese integrativa da literatura que buscou descrever e analisar o encadeamento temporal das normas e diretrizes do PNCDCh no Brasil, nos últimos 15 anos. Tal método viabiliza a análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo e favorece a caracterização e a divulgação do conhecimento produzido, como também possibilita a síntese do estado do conhecimento de um dado tema, viabilizando a identificação de lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novas pesquisas (POLITIK e BECK, 2011).

No presente estudo, optou-se por delimitar o recorte temporal, a partir do ano de 2006, ano em que o Brasil foi certificado pela Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS) em decorrência da eliminação do *Triatoma infestans* (*T. infestans*), que à época constituía o principal vetor responsável pelos casos de transmissão vetorial no país, até o começo do ano de 2020, quando foram publicadas normativas com intuito de ampliar o controle da doença e a atenção à saúde dos acometidos (VILLELA et al., 2009).

Para elaborar as estratégias de buscas nas bases de dados científicas: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), CAPES e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), os descritores e palavras-chave utilizados foram aplicados de acordo com particularidades de cada base de dados e obtidos por consulta nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS), quais sejam: Doença de Chagas, Políticas de Saúde, Diretrizes, Guia de Prática, Plano e Normas, utilizados em português, inglês e espanhol, assim como conectores para a construção das estratégias de busca. Utilizou-se o filtro de datas (2006 a 2020) em todas as buscas. Optou-se por utilizar

essas bases de dados porque elas contêm os principais periódicos da área da saúde coletiva que tratam do assunto de interesse para o presente estudo.

Os documentos técnicos foram acessados nos sites Regiões e Redes; Observatório de Análise Política em Saúde; e portal do Ministério da Saúde. E, finalmente, para identificar as modificações, normatizações e revogações nos documentos normativos, utilizou-se o site Saúde Legis. As coletas de dados foram realizadas em maio de 2020.

Após a etapa de busca, foram selecionados artigos originais, a partir da revisão dos títulos e resumos, de acordo com os seguintes critérios para inclusão: 1) artigos primários disponíveis na íntegra; 2) em acesso on-line aberto; 3) em português, inglês ou espanhol; 4) que abrangessem as políticas de saúde pública para a doença de chagas; e 5) publicados no período de 2006 a 2020.

Em seguida, realizou-se a leitura dos textos completos, buscando os estudos que respondessem à questão de pesquisa. Foram excluídas as publicações que: 1) abordavam outro tema que não o de interesse deste trabalho; 2) estavam duplicadas; 3) estudos secundários, cartas, editoriais, relatos de experiência, estudos de caso, teses, dissertações e capítulos de livro.

Foram selecionados 05 artigos científicos, 13 documentos técnicos e 29 portarias que abordavam as políticas e práticas técnico-gerenciais e assistenciais desenvolvidas no período selecionado. Para a organização dos dados, utilizaram-se os seguintes itens: referência bibliográfica (título, autoria e ano de publicação), idioma, país de origem, base de dados, objetivos da pesquisa, desenho do estudo, principais resultados, conclusão.

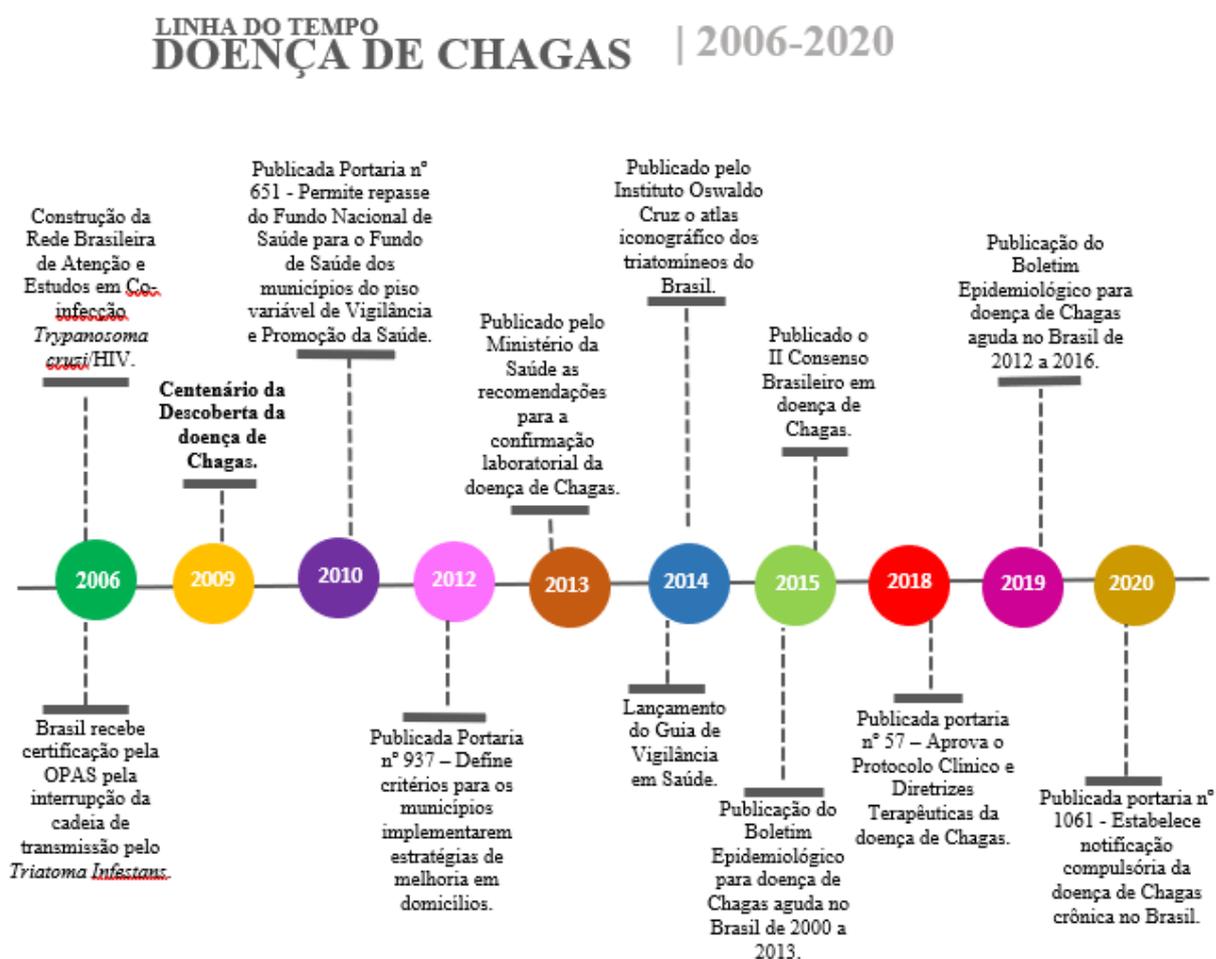
A análise crítica dos documentos selecionados foi realizada de forma independente por dois pesquisadores mediante leitura exploratória e analítica para avaliação de conteúdo. Para o tratamento dos dados, utilizou-se a classificação temporal, possibilitando uma visão panorâmica das principais informações e fatos relevantes ao longo do período avaliado.

Dessa forma, a delimitação histórica sobre a infecção pelo *Trypanosoma cruzi* permite compreender como as estratégias governamentais de controle da doença de Chagas traduzem, a cada período, as prioridades, sendo influenciadas de algum modo pelo contexto sociopolítico da nação (SILVEIRA e PIMENTA, 2011).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, através do parecer nº 2.644.039.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção dos atos legislativos relativos à doença de Chagas variou ao longo dos anos. Após leitura e análise dos 47 documentos, emergiram distintas recomendações, tendo sido destacadas as principais para o período intitulado: da certificação brasileira de eliminação do *T. infestans* à obrigatoriedade da notificação da doença crônica (2006-2020). O período sócio-histórico mais recente, compreendido entre os anos de 2006 a 2020 para controle e cuidado da doença de Chagas humana no Brasil, merece destaque por contemplar a ampliação do olhar sobre as múltiplas formas de transmissão, formas clínicas e complicações da enfermidade (figura 1).



Fonte: Elaborada pelos autores.

Da certificação brasileira de eliminação do *T. infestans* à obrigatoriedade da notificação da doença crônica (2006-2020).

Em 2006, o Brasil foi certificado por eliminar o *Triatoma infestans* de amplas regiões do país, além de reduzir a infestação e a consistência no intradomicílio de outras espécies causadoras da transmissão domiciliar do *Trypanosoma cruzi* (VILLELA et al., 2009). Tal fato consolida a prioridade de esforços para o reconhecimento e controle de

triatomíneos de importância para a infecção desde o início das estratégias de controle da doença de Chagas. Em seu início, o Programa de Controle da Doença de Chagas foi dividido em três fases: (a) construção do plano e visualização geográfica; (b) etapa de combate ao triatomíneo domiciliado; (c) vigilância epidemiológica sustentada para impedir o retorno do triatomíneo (VILLELA et al., 2007; SILVEIRA e DIAS, 2011). Por sua vez, a categorização das cidades brasileiras, em 2006, de acordo como o risco de transmissão vetorial do *T. cruzi*, traz outro exemplo do enfoque das recomendações estabelecidas (RAMOS JR et al., 2010).

Por outro lado, verifica-se uma ampliação das orientações sobre a dinamicidade que a doença apresenta, visto que, devido à possibilidade de reativação da doença de Chagas em pacientes coinfetados pelo HIV/AIDS, foi construída a Rede Brasileira de Atenção e Estudos em Co-infecção *Trypanosoma cruzi*/HIV (e outras condições de imunossupressão). A referida organização abrange centros de referências direcionados à coinfecção por doença de Chagas e HIV com apoio de importantes órgãos vinculados ao Ministério de Saúde brasileiro, como, por exemplo, Secretaria de Vigilância à Saúde, Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas, Departamento Nacional de Controle de DST/AIDS e Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (ALMEIDA et al., 2009).

Ao observar a transformação epidemiológica temporal da doença é importante mencionar as medidas descritas no “Regulamento Técnico de Vigilância Epidemiológica e Controle de Enfermidades Priorizadas e Surtos entre os Estados do Mercosul”. Esse documento estabeleceu diagnóstico, tratamento, vigilância e controle de transmissão com uso de inseticidas em caso de existência de triatomíneos no domicílio; implantação e inspeção de práticas higiênicas no processo produtivo e no manuseio dos alimentos; normatização da pasteurização; uso de equipamentos de proteção individual em condição de risco de contaminação pelo *T. cruzi*; e realização de exames sorológicos em bancos de sangue e em gestantes (BRASIL, 2007a). Evidencia-se que as recomendações se estendiam às possíveis vias de transmissão existentes: vetorial, oral, acidental, transfusional, por transplantes e a via congênita, permitindo verificar um direcionamento das recomendações sobre o padrão multifacetado dos mecanismos de infecção e controle da doença.

No entanto, cabe mencionar que a transmissão por intermédio de triatomíneos extradomicílio ou por visitação de espécies silvestres no ambiente doméstico, além do mecanismo oral de transmissão, tornou-se extremamente importante para ocorrência de

casos da doença de Chagas (SILVEIRA, 2011). Mas, após a certificação, houve continuidade dos esforços entre entes federados para ampliar os recursos financeiros e as medidas para o controle da transmissão vetorial, especialmente em ambientes mais endêmicos (BRASIL, 2007b) ou em domicílios com paredes de taipa ou palha e viajantes que estivessem temporariamente em regiões de risco (BRASIL, 2007c; BRASIL, 2007d; BRASIL, 2007e), garantindo estratégias ambientais que viabilizem uma ocupação dos espaços minimamente danosa ao ecossistema (RAMOS JR et al., 2010).

Mas somente em 2009, próximo ao período de comemoração do centenário da descoberta da doença, buscou-se aprofundar reflexões sobre os avanços em seu enfrentamento e sistematizar os desafios técnicos e operacionais para a efetivação de uma política integral. Entre os desafios enumerados por diversos pesquisadores, destacam-se questões ainda obscuras da DC, com destaque para a definição de estratégias para detecção precoce dos casos e tratamento imediato (DIAS e MACEDO, 2005). Nesse ínterim, destaca-se que o tratamento permanece restrito a dois medicamentos com alta toxicidade, beznidazol e nifurtimox (RAMOS JR et al., 2010).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica n. 22, direcionado à vigilância em saúde e zoonoses, contemplando as articulações intersetoriais necessárias, os aspectos clínicos e assistenciais e a inclusão da vigilância integrada no processo de trabalho das equipes da atenção básica²⁹ por meio de ações para: detecção precoce dos casos de DC e direcionamento de ações de prevenção secundária, investigação epidemiológica dos casos na fase aguda, acompanhamento da infecção nos seres humanos, eliminação da transmissão pelo *T. infestans* e controle de outros triatomíneos importantes no ciclo de transmissão ao homem (BRASIL, 2009a).

Em consonância, tornam-se imprescindíveis atividades direcionadas à promoção e à prevenção primária sob o foco de comunicação e educação em saúde com o intuito de não apenas elevar a sensibilidade dos atores envolvidos, mas, especialmente, influenciar mudanças nas recomendações do PNCDCh (DIAS, 2001; RAMOS JR et al., 2010). Ademais, no que se refere à articulação entre vigilância em saúde e Atenção Primária em Saúde (APS), é necessária a participação de ambas na construção das redes de atenção em saúde coordenadas pela APS sob a finalidade de garantir atenção integral nos diversos pontos assistenciais demandados pelo usuário (RAMOS JR et al., 2010).

Outro aspecto que merece destaque é a regulamentação dos serviços de saúde contemplados no PAC/Funasa de 2007 a 2010, para Melhorias Sanitárias Domiciliares e Melhorias Habitacionais para Controle da Doença de Chagas e capacitação do

atendimento por meio da estruturação técnico-administrativa e do suporte ao planejamento estratégico proporcionado pelas Coordenações Regionais às instâncias municipais com maior vulnerabilidade e endemicidade (BRASIL, 2009b).

Para o estabelecimento de programas eficazes e efetivos descentralizados pelos entes municipais, a garantia de financiamento de suas ações é uma premissa. Sendo assim, evidencia-se, no ano de 2009, um maior aporte de recursos financeiros do ente federal para a adequação de moradias em regiões com maior prevalência de infestação por vetores, inclusive, o *T. infestans*, e algumas regiões com maior vulnerabilidade quanto à transmissão oral, em decorrência das práticas inadequadas de higiene no processamento de alimentos (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2009d; BRASIL, 2009e). Entretanto, não se constituiu um mecanismo regular de transferência de recursos para tal finalidade e para a manutenção de menores índices de infestação e de transmissão, em especial, em regiões com cenários epidemiológicos muito desfavoráveis.

As atividades de vigilância e combate da doença de Chagas tiveram continuidade, assim como os repasses financeiros do Fundo Federal de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), para potencializar as atividades desenvolvidas de combate à transmissão vetorial da DC e para a operacionalização das políticas em nível local (DIAS, 2007b; BRASIL, 2010a). Contudo, é importante destacar os desafios administrativos de alguns entes municipais ante a descentralização das ações de gestão para o âmbito local (VILLELA et al., 2007).

Sob outra perspectiva, no mesmo ano, fortalecem-se as ações direcionadas à qualificação e às medidas de segurança no processo transfusional, com ênfase para as orientações referentes à anamnese, com a finalidade de identificar antecedentes pessoais e fazer triagem para infecção pelo *T. cruzi* nos possíveis doadores, além de apoio ao desenvolvimento de pesquisa na perspectiva da hemoterapia (BRASIL, 2009f; BRASIL, 2009g). Tais estratégias produziram uma drástica redução de mais de 90% dos casos nos serviços hemoterápicos (DIAS et al., 2015).

A vigilância dos casos agudos, a partir de 2011, estava regulamentada pela portaria nº 104, republicada pela portaria nº 204/2016, que determina a permanência da doença de Chagas aguda na relação de doenças de notificação compulsória imediata, e obrigatoriedade de notificação dos casos em até 24 horas para outras esferas governamentais brasileiras (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2016a). Entretanto, mesmo com as regulamentações supracitadas, a doença de Chagas crônica permanece silenciosa nos

sistemas de informação em saúde brasileiros, presumindo a pouca identificação e o acompanhamento irregular dos casos (BRASIL, 2020^a).

Como parte das estratégias do Programa de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, a portaria nº 937, publicada em 20 de novembro de 2012, teve como intuito principal dispor de ações para implementação de melhorias dos domicílios como prioridade ao combate da doença de Chagas (BRASIL, 2012). Com a intenção de requalificar as recomendações aos entes municipais para obter acesso ao recurso federal destinado a essas benfeitorias habitacionais, em 2013, foi disparada uma nova edição do Manual de Orientações Técnicas da Elaboração de Projeto de Melhoria Habitacional para o Controle da Doença de Chagas da FUNASA (BRASIL, 2013a).

Vale mencionar que os repasses de verbas para reconstrução ou reforma dos domicílios dependia de alguns parâmetros específicos de prioridade, inclusive, da situação entomológica dos municípios. As proposições, entre 2010 a 2012, demonstraram que o aporte financeiro e a definição de fluxos de vigilância impulsionaram, em maior ou menor grau, a execução de intervenções nos territórios.

Em 2013, envidaram-se esforços para fortalecer as políticas e ações para controle da doença, e o Ministério da Saúde lançou um documento com recomendações para o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas. Dessa forma, padronizaram-se metodologias diretas como padrão ouro para diagnóstico laboratorial da fase aguda, e a combinação de dois testes sorológicos, de alta sensibilidade e elevada especificidade, para avaliar infecção no estágio crônico, sob a tutela dos laboratórios públicos. Tal padronização pode inferir qualidade no processo e menores chances de diagnósticos errôneos (BRASIL, 2013 b).

Somente no ano de 2014 foi lançado o Guia de Vigilância em Saúde pelo Ministério da Saúde, com fortalecimento e atualização das ações e orientações de saúde pública para agir sobre as doenças transmissíveis, com envolvimento da vigilância, prevenção e notificação de casos suspeitos da doença de Chagas aguda, com encerramento desses casos em tempo oportuno (60 dias). Tais orientações contemplaram, também, a vigilância entomológica, sustentada em suas modalidades ativa e passiva, a partir de estratégias alinhadas ao cenário local, com destaque para a vigilância ativa obrigatória naqueles municípios em que persistiam focos residuais de *T. infestans* e/ou que possuíam risco de reintrodução da transmissão por vetores de infecção por *T. cruzi* (BRASIL, 2014a).

Com relação à transmissão por alimentos, o documento citado acima recomendava a intensificação da vigilância sanitária na inspeção do processo produtivo, a educação em saúde direcionada aos manipuladores de alimentos e a orientação para as gestantes. Por fim, descreve recomendações direcionadas a educação em saúde articulada aos serviços de saúde no SUS, firmada em três pilares: atividades de comunicação em saúde, mobilização da comunidade e educação permanente para a prevenção da transmissão do *T. cruzi*. Na tríade supracitada, observa-se a relevância da informação sobre a doença de Chagas disseminada na formação dos profissionais e para a comunidade (BRASIL, 2014a).

Tal constatação corrobora Dias (2007b) ao dar enfoque à necessidade de reforçar as redes de informação e comunicação, articuladas com atividades de educação para as comunidades e nos espaços de participação social. O autor ainda menciona o impacto de uma educação elitista que pouco debate os problemas de exclusão social, não contribuindo para a ampliação do interesse, que é mínimo, pela enfermidade (DIAS, 2007b), mesmo ante a diversidade e distribuição pelos territórios dos vetores da doença de Chagas (BRASIL, 2014b).

Por sua vez, em 2015, o Boletim Epidemiológico dos casos de doença de Chagas aguda e de disposição de triatomíneos, referente ao período compreendido entre 2000 a 2013, evidenciou a predominância da cronificação da doença causada por uma transmissão vetorial anterior. Com relação aos casos agudos, a maioria diz respeito a casos e/ou surtos de transmissão oral que atingiram majoritariamente o Norte do país, com maior ocorrência no Pará, coincidentemente, em maior proporção nos meses em que ocorre a colheita do açaí. As referidas informações ampliaram a necessidade de organização da vigilância epidemiológica em articulação com a vigilância sanitária para controle do agravo (BRASIL, 2015a).

O quadro epidemiológico demonstra-se com permanência de focos residuais de *T. infestans*, elevado número de triatomíneos sabidamente autóctones ou com potencial vetor em ambientes endêmicos e responsáveis por surtos orais da doença (DIAS, et al., 2016).

Ainda em 2015, publicou-se o II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas com intuito de dispor e atualizar as ações diagnósticas, terapêuticas, preventivas e de controle no território brasileiro, de acordo com evidências científicas disponíveis. O texto traz importantes pontuações no que se refere ao rastreamento da doença de Chagas, especialmente, para as gestantes e os recém-nascidos advindos de locais endêmicos,

público para o qual ainda não há sistemática vigilância no Brasil. Por sua vez, são propostas: a ampliação da vigilância dos casos crônicos, uma vez que apenas os casos agudos eram notificados; a organização de uma rede assistencial com disposição de tratamento específico a todos os casos cientificamente recomendados; e a busca contínua de novas possibilidades farmacológicas, seguras e eficazes (DIAS et al., 2015).

Vale mencionar que, nesse contexto, as doenças negligenciadas lograram visibilidade global ao comporem a agenda 2030, constituindo um dos objetivos do desenvolvimento sustentável, que visa a eliminar as doenças tropicais negligenciadas pactuadas pelos países-membros das organizações das nações unidas (ONU, 2015).

Do ponto de vista normativo e no que concerne à modificação ambiental para prevenção de processos patológicos, a portaria nº 557/2015 estabeleceu período para que os responsáveis pelos serviços de saneamento básico público comprovassem a existência de Levantamento de Necessidades de Melhorias Sanitárias Domiciliares e Levantamento das Condições de Saneamento, a fim de que sejam firmados repasses financeiros para melhorar o saneamento das habitações com o objetivo de controlar a transmissão vetorial (BRASIL, 2015b). Nota-se aqui um dos esforços dirimidos na tentativa de reduzir as iniquidades sociais marcadamente conhecidas no ciclo comum da infecção humana por *T. cruzi*.

Ademais, para fortalecer o controle do uso terapêutico de sangue e hemoderivados, a portaria nº 158/2016 republicou e atualizou as condições específicas do regulamento técnico de ações hemoterápicas do Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados (SINASAN) e de convergência com suas normas sanitárias (BRASIL, 2016b). Tomando o banco de sangue como uma via importante para identificação da doença, evidencia-se a necessidade de operacionalização de fluxos assistenciais com a rede de atenção à saúde para confirmação e assistência aos pacientes, porventura, diagnosticados com a doença de Chagas.

No mesmo ano, com o intuito de atualizar as recomendações relacionadas às ações de vigilância em saúde, a primeira versão do Guia de Vigilância em Saúde pelo Ministério da Saúde, atualizada no ano de 2017, destacou fluxos para a vigilância entomológica, busca ativa positiva para *T. infestans*, de outras espécies triatomíneas encontradas em ambientes silvestres ou artificiais que frequentemente invadem e/ou constituem colônias em domicílios. Ressalta-se, ainda, que para o êxito da vigilância passiva é essencial que o serviço de saúde envolvido tenha resposta rápida para 100% das notificações recebidas (BRASIL, 2016c; BRASIL, 2017a). Os referidos documentos técnicos ampliaram o

escopo vetorial com importância para espécies colonizadoras e/ou silvestres na cadeia de transmissão.

Seguindo o foco do programa de melhoria sanitária habitacional, em 2016, por intermédio da portaria nº 375, foram aprovadas as condições e os processos básicos para uso dos recursos do programa de Chagas visando a melhorar os domicílios para controlar a infestação por triatomíneos (BRASIL, 2016d). Já em 2017, foram publicadas as portarias nº 1.366 e nº 1.378, expondo os resultados do processo seletivo dos projetos que gozavam de elegibilidade, de acordo com a portaria nº 919/2017. As cidades classificadas foram convidadas a cadastrar seus projetos no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse. Esses projetos a que se refere o *caput* são as ações do Programa de Melhorias Sanitárias Domiciliares e o Programa de Melhorias Habitacionais para o Controle da Doença de Chagas, sendo percebido que tais normativas foram relevantes para minimizar os riscos domiciliares da população vulnerável (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2017c; BRASIL, 2017d).

Aqui, cabe mencionar que, em consonância com a agenda 2030, a OPAS firmou compromisso sobre a agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030 e contemplou a doença de Chagas, com a finalidade de eliminar a transmissão vetorial no peridomicílio, a transmissão oral, a transfusional e a congênita, para a qual são previstos tratamento e acompanhamento de pelo menos 90% dos casos de transmissão vertical (OPAS, 2017). Essa última meta exemplifica o fato de ainda existirem casos de transmissão vertical da DC, constituindo detecção e tratamento precoces, as ações mais promissoras para o seu controle (BRASIL, 2007b).

Recentemente, em 2018, observa-se a busca de ampliação da atenção à saúde aos usuários acometidos pela doença. Sob tal enfoque, publica-se o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Chagas (PCDT), documento que traz uma sistematização das ações diagnósticas, de terapia medicamentosa, de seguimento e de rastreamento da doença de Chagas, prevendo fluxos e encaminhamentos assistenciais para atenção à saúde de pessoas infectadas. Por sua vez, pensando em alterar uma realidade em que a doença crônica estava esquecida e reduzida apenas à sua complicação, o protocolo recomenda a notificação da doença em seu estágio crônico, a fim de ampliar o acesso e o desenvolvimento da integralidade do cuidado (BRASIL, 2018).

O cuidado ao paciente acometido por doença de chagas no SUS requer a constituição de uma rede de atenção à saúde integral e articulada, com disposição equânime nos territórios, com a existência de pelo menos um serviço de referência em

cada unidade federativa integrada aos distintos níveis de gerência e em articulação com órgãos de pesquisas e universidades, de modo a propiciar cuidado ambulatorial nas distintas formas da enfermidade, aliado a uma atenção multidisciplinar que não solucione apenas a questão do tratamento etiológico. Por sua vez, as iniquidades em saúde causam prejuízos, especialmente, nos ambientes de difícil acessibilidade e entre populações pobres, com cuidado insuficiente, moroso e não longitudinal (DIAS e MACEDO, 2005; DIAS, 2007b; DIAS et al., 2016).

O PCDT viabilizou avanços relacionados ao cuidado à saúde das pessoas acometidas pela doença de Chagas, uma vez que as normativas brasileiras, até o ano de 2018, enfatizavam o controle da transmissão. E, de fato, eram incipientes as recomendações ampliadas para o tratamento, seguimento e rastreamento da doença. Nesse ponto, a insuficiência de pesquisas científicas promovidas para melhoria da assistência evidencia a ausência de introdução de novos medicamentos em substituição às únicas drogas existentes, expressivamente, pouco toleráveis (DIAS, 2007b).

Outro ponto que merece atenção, por reforçar a negligência em diferentes graus e perspectivas, diz respeito à visível perda de prioridade e de financiamento por parte das agências e instituições de fomento de pesquisas e indústrias para os temas da doença de Chagas, especialmente os de natureza aplicada, para o desenvolvimento de novos medicamentos e/ou produtos para combate ao vetor, e aqueles relacionados a questões sociais e implementação de políticas e intervenções em municípios endêmicos ou hiperendêmicos (MALAFAIA e RODRIGUES, 2010).

Convém destacar que a segunda edição do boletim epidemiológico para a doença de Chagas aguda demonstra a persistência de fragilidade da vigilância quanto ao encerramento de casos com modo de transmissão em branco ou ignorado (BRASIL, 2019a). Tal fato interfere na visualização ampliada da epidemiologia da doença e, sem dúvidas, implica o direcionamento de ações pouco fundamentadas (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b).

Ainda no ano de 2019, a portaria nº 9.637 teve como objetivo estabelecer processo de seleção, com recurso orçamentário de 2020, para promover melhores condições sanitárias nos domicílios na zona urbana e melhorar casas de risco para a doença de Chagas. Essa portaria sofreu alteração em alguns critérios através da portaria nº 9.919. Seguindo a perspectiva do financiamento federal das ações, a portaria nº 3.775 possibilitou destinação de verbas do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios do bloco de custeio, direcionadas à vigilância em saúde com a finalidade de impulsionar

atividades de vigilância da doença de Chagas (BRASIL, 2019c; BRASIL, 2019d; BRASIL, 2019e). Contudo, a portaria não garante destinação específica para DC, que pode ser atropelada por doenças endêmicas de maior visibilidade político-social (VILELLA et al., 2007).

Um marco a ser reforçado na presente análise refere-se à oficialização do dia 14 de abril, em 2019, na 72ª Assembleia Mundial da Saúde em Genebra/Suíça, como dia Mundial de combate à doença de Chagas, na tentativa de romper a invisibilidade da doença e de seus acometidos (ONU, 2019).

Mais recentemente, foi publicada a portaria nº 264/2020, revogada pela portaria nº 1.061/2020, que estabeleceu notificação compulsória da doença de Chagas crônica em todo e qualquer serviço de saúde do território brasileiro (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c). Essa ação é a aposta atual para conduzir um novo capítulo nessa longa história de enfrentamento da doença de Chagas. Ao assumir uma postura de fortalecimento do cuidado à saúde dos indivíduos acometidos pela doença e a vigilância dos casos crônicos, em articulação com o controle da transmissão, será possível avançar na superação da morbimortalidade por doença de Chagas no Brasil.

Em comemoração ao dia mundial de combate à doença de Chagas, o Ministério da Saúde lançou, em 2020, uma edição especial do boletim epidemiológico com a finalidade de avaliar o perfil por meio dos critérios de magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade e compromissos internacionais. Salienta-se a relevância de atividades sustentáveis para vigilância e prevenção de ambos os estágios da enfermidade articuladas às atividades de prevenção secundária, terciária e quaternária aos acometidos pela doença de Chagas (BRASIL, 2020a).

Assim, nota-se que o período foi marcado por importantes avanços normativos no âmbito da vigilância, controle, acesso oportuno e continuidade do cuidado aos usuários acometidos por doença de Chagas no Brasil. Uma série de questões dominantes, no entanto, ainda se fazem presentes e dificultam o seu alcance de forma plena, sendo necessárias mudanças no processo de organização dos serviços e práticas de saúde. Além da importância do financiamento regular de atividades de prevenção e cuidado direcionadas à DC, monitoramento das estratégias desenvolvidas, foco na educação em saúde e estímulo a investigações científicas sobre a temática, com vistas a alcançar melhorias nas recomendações para o enfrentamento da doença.

Diante do que foi apresentado, identificam-se como estratégias importantes para ampliar o enfrentamento da doença de Chagas humana: a sustentabilidade da redução das

taxas de transmissão por triatomíneos alcançadas, o reconhecimento e o controle de novas espécies importantes no ciclo de transmissão, a atuação efetiva da vigilância sanitária para prevenção dos casos orais da infecção por *T. cruzi* e a garantia de atenção integral aos acometidos e suas famílias (SILVEIRA, 2011; DIAS, et al., 2015, DIAS et al., 2016).

CONCLUSÃO

A partir das análises empreendidas, constata-se que, muito recentemente, os últimos documentos publicados, com destaque para o PCDT e a notificação dos casos crônicos, buscam ampliar o cuidado às pessoas acometidas pela DC.

No entanto, há a necessidade de dar ênfase às estratégias de cuidado aos usuários, o que demanda a organização dos serviços de saúde, para ampliar a cobertura e o acesso a diagnóstico e tratamento oportunos. Uma vez que as experiências relatadas nos artigos demonstram a persistência das condições de vulnerabilidade e a desassistência dos usuários acometidos pela doença de Chagas, e apesar da abrangência normativa das medidas de vigilância em saúde, a integração no âmbito da APS e dos sistemas de saúde locais ainda é um desafio a ser superado.

A sistematização de intervenções mais recentes, direcionadas à DC, pode contribuir para elucidar possíveis lacunas, fragilidades assistenciais e constituir subsídio teórico para o direcionamento técnico-gerencial de intervenções posteriores, além de indicar a necessidade de novas pesquisas concatenadas com as necessidades dos usuários acometidos pela doença de Chagas, na *práxis* dos sistemas locais de saúde no Brasil.

FINANCIAMENTO

Os autores agradecem o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) por meio do edital nº 003/2017 – Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS).

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem o apoio fundamental dos pesquisadores vinculados ao grupo de pesquisa Integração de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças tropicais negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para Hanseníase e Doença de Chagas no SUS no sudoeste do estado da Bahia (INTEGRADTNs – BA).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.A. et al. Rede Brasileira de Atenção e Estudos na Co-infecção Trypanosoma cruzi/HIV e em outras condições de imunossupressão. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** Uberaba, v. 42, n. 5, p. 605-608, set./out. 2009.

BRASIL. **Decreto nº 49.974-A**. Diário Oficial da União. 1961, 21 jan.

BRASIL. **Lei nº 6.259**. Diário Oficial da União. 1975, 31 out.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União. 20 set. 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União. 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 409, de 12 de setembro de 2002**. Diário Oficial da União. 12 set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.997, de 20 de agosto de 2007**. Diário Oficial da União. 20 ago. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.444, de 2 de outubro de 2007**. Diário Oficial da União. 2 out. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 723, de 24 de julho de 2007**. Diário Oficial da União. 20 ago. 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.381, de 12 de novembro de 2007**. Diário Oficial da União. 12 nov. 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.949, de 14 de novembro de 2007**. Diário Oficial da União. 14 nov. 2007e.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Vigilância em Saúde: Zoonoses**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília. n. 22, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 202, de 17 de fevereiro de 2009**. Diário Oficial da União. 17 fev. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.487, de 3 de julho de 2009**. Diário Oficial da União. 3 jul. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 590, de 24 de março de 2009**. Diário Oficial da União. 24 mar. 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.727, de 11 de novembro de 2009**. Diário Oficial da União. 11 nov. 2009e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009**. Diário Oficial da União. 21 out. 2009f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.576, de 9 de dezembro de 2009**. Diário Oficial da União. 9 dez. 2009g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 651, de 25 de março de 2010**. Diário Oficial da União. 25 mar. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2010**. 25 jan. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 937, de 20 de novembro de 2012**. Diário Oficial da União. 20 nov. 2012.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Elaboração de projeto de melhoria habitacional para o controle da doença de Chagas**. Brasília: FUNASA; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica. **Rev. Patol. Trop.** v.42, n.4, p. 475-478, out. - dez. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a.

BRASIL. Instituto Oswaldo Cruz. **Atlas Iconográfico dos Triatomíneos do Brasil (Vetores da Doença de Chagas)**. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz, 2014b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas Aguda no Brasil: série histórica de 2000 a 2013. **Bol. Epidemiol.** Brasília. v, 46, n. 21, p. 1-9, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 557, de 10 de agosto de 2015**. Diário Oficial da União. 10 ago. 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Diário Oficial da União. 17 fev. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016**. Diário Oficial da União. 4 fev. 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 375, de 10 de maio de 2016**. Diário Oficial da União, 10 mai. 2016d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 2ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.366, de 9 de novembro de 2017**. Diário Oficial da União. 9 nov. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 14 de novembro de 2017**. Diário Oficial da União. 14 nov. 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 919, de 27 de junho de 2017**. Diário Oficial da União, 27 jun. 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença de Chagas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas Aguda e distribuição espacial dos triatomíneos de importância epidemiológica no Brasil de 2012 a 2016. **Bol. Epidemiol.** Brasília, v.50. n.2, p. 1-10, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 3ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 9.637, de 6 de novembro de 2019**. Diário Oficial da União. 8 nov. 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 9.919, de 16 de dezembro de 2019**. Diário Oficial da União. 16 dez. 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.775, de 24 de dezembro de 2019**. Diário Oficial da União. 24 dez. 2019e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas: 14 de abril – Dia Mundial. **Bol. Epidemiol.** Brasília, v. 51, n.esp., p. 1-43, abr. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020**. Diário Oficial da União. 17 fev. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020**. Diário Oficial da União. 18 Mai 2020c.

DIAS JCP. Doença de Chagas, ambiente, participação e Estado. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17 (Supl): S165-S169.

DIAS JCP, MACEDO VO. Doença de Chagas. *In*: Coura JR, editor. *Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Editora; 2005.

DIASa JCP. Southern Cone Initiative for the elimination of domestic populations of *Triatoma infestans* and the interruption of transfusional Chagas disease. Historical aspects, present situation, and perspectives. *Scielo*. 2007 nov 08; 102:11 - 18.

DIASb JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (Supl 1): S13-S22.

DIAS JCP. et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016 Jun; 25(set): 7-86.

DIAS, JCP. et al. Mudanças no paradigma da conduta clínica e terapêutica da doença de Chagas: avanços e perspectivas na busca da integralidade da saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 25, n. spe., p. 87-90, 2016.

KROPF SP. Doença de Chagas, Doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909 - 1962 [dissertation]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Doutorado em História Social; 2006. 601 p.

MALAFAIA G, RODRIGUES ASL. Centenário do descobrimento da doença de Chagas: desafios e perspectivas. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2010 Oct; 43(5): 483-485

OMS. Organização Mundial da Saúde. World Chagas Disease Day: raising awareness of neglected tropical diseases. 24 May 2019. Available from: https://www.who.int/neglected_diseases/news/world-Chagasday-approved/en/.

ONU. Organização das Nações Unidas. Transformando nosso mundo: Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. 70a Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas; 25 de setembro de 2015; Nova York. Nova York: Nações Unidas; 2015 (resolução A/Res/70/1). [cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>

OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos. Rio de Janeiro: PANAFTOSA-VP/OPAS/OMS, 2009, 92 p. Disponível em: [guia_vigilancia_prevencao_doenca_chagas.pdf](#) (saude.gov.br). Acesso em 21 de mar. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030. 29a Conferência Sanitária Pan-Americana, 69a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; de 25 a 29 de setembro de 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2017 (documento CSP29/6, Rev. 3). [cited 2020 jul 20]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

POLIT DF, BECK CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática em enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 670 p.

RAMOS JR. AN et al. O Papel da Pesquisa Operacional e os Desafios para Integração da Assistência e do Controle da Doença de Chagas no Sistema Único de Saúde. *Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 43: Suplemento II, 2010.

SILVEIRA AC, PIMENTA JF. A inserção institucional do controle da doença de Chagas. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2011; 44(2): 19-24.

SILVEIRA AC, DIAS JCP. O controle da transmissão vetorial. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2011; 44 (Supl 2): 52-63.

SILVEIRA AC. Os novos desafios e perspectivas futuras do controle. vol: 44: Suplemento II, 2011.

SILVESTRE A. et al. Desafios da doença de Chagas no Brasil: Notificação dos portadores crônicos continua sendo um dos principais desafios no país. *Médicos Sem Fronteiras (MSF)* [Internet]. 2017 Oct 18 [cited 2019 Jan 11]:1 - 2. Available from: <https://www.msf.org.br/opiniao/desafios-da-doenca-de-chagas-no-brasil>.

VILLELA MM. et al. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas em programa descentralizado: avaliação de conhecimentos e práticas de agentes municipais em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007 out; 23 (10): 2428-2438.

VILLELA MM. et al. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas em relação à presença de *Panstrongylus megistus* na região centro-oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 abr; 25(4):907-917.

3.3 ARTIGO 2

VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO LÓGICO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS

Taise de Alcantara Amancio. Amancio TAA. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8917-9697> E-mail: taiseamancio@gmail.com

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos. Santos HLPC. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2722-7945> E-mail: ohbertluan@gmail.com |

Hildebrando Antunes de Carvalho Neto. Carvalho Neto HA. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0305-8473> E-mail: netoantunes08@gmail.com

Álvaro Luiz dos Santos Araújo. Araújo ALS. Universidade Federal da Bahia
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4067-0637> E-mail: alvarosantosvzt2018@gmail.com

Eliana Amorim de Souza. Souza EA. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9653-3164> E-mail: amorim_eliana@yahoo.com.br|

Nília Maria de Brito Lima Prado. Prado NMBL. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8243-5662> E-mail: nilia.prado@ufba.br

RESUMO

O artigo descreve as etapas de desenvolvimento e os resultados do processo de validação do modelo lógico teórico do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, no qual foram envolvidos 28 especialistas com expertise na área temática, por meio de técnica de consenso. Os especialistas classificaram os componentes estruturais e respectivos resultados esperados segundo a pertinência e a relevância. Os itens foram consensuados quando alcançaram mais de 80% de concordância entre os participantes, confirmados por análise estatística. Os resultados descrevem o conteúdo validado das matrizes em três dimensões: Vigilância, Prevenção e controle; Cuidado à Saúde; Rede de Atenção à Saúde em Doença de Chagas. A estrutura e os processos necessários para a realização das ações, bem como os resultados esperados em curto, médio e longo prazos foram descritos no modelo lógico teórico, que de contribuir para a compreensão do processo avaliativo em saúde e constituir uma ferramenta útil para a gestão do Programa Nacional de Controle da doença de Chagas em nível local.

Palavras-chave: Estudos de Validação; Conferência de consenso; Avaliação em Saúde; Doença de Chagas.

³ Submetido à Revista Saúde em Debate

ABSTRACT

The article describes the stages of development and the results of the validation process of the theoretical logic model of the National Chagas Disease Control Program. This is a descriptive and exploratory study, in which 28 specialists with expertise in the thematic area were involved, by means of a consensus technique. The specialists classified the structural components and respective expected results according to pertinence and relevance. The items were agreed upon when they reached more than 80% agreement among the participants, confirmed by statistical analysis. The results describe the validated content of the matrices in three dimensions: Surveillance, Prevention and Control; Health Care; Health Care Network for Chagas Disease. The structure and processes required to carry out the actions, as well as the results expected in the short, medium and long term were described in the theoretical logic model, which can contribute to the definition of process monitoring and be a useful tool for management.

Keywords: Validation Studies; Consensus conference; Health Assessment; Chagas disease.

INTRODUÇÃO

A doença de Chagas constitui uma Doença Tropical Negligenciada (DTN) responsável por uma elevada carga de morbimortalidade, especialmente nos países endêmicos. Nas Américas, estima-se que 6 a 8 milhões de pessoas estejam infectadas com o parasita (*Trypanosoma cruzi*) que causa a doença. No entanto, a maioria das pessoas (7 em cada dez) desconhece sua condição devido à ausência de sintomas clínicos¹. Devido à sua complexidade e magnitude, o controle e a eliminação da doença de Chagas foram incluídos entre os diversos objetivos da Agenda 2030².

No Brasil, em consequência das elevadas incidências ao longo do século XX, estima-se que haja, atualmente, pelo menos um milhão de pessoas infectadas por *Trypanosoma cruzi*³. Por se tratar de uma doença que apresenta cronicidade de evolução lenta, majoritariamente, acometendo populações rurais, marginalizadas ao processo de produção e moradia, com baixo grau de reivindicação, apresenta grande dependência por políticas sociais integrais e longitudinais de cunho estatal⁴.

Desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde, busca-se consolidar a descentralização político-administrativa das ações e dos serviços de saúde, sob o foco da municipalização, como estratégia de ampliação do acesso^{5,6}. Especificamente, no que se refere ao controle da doença de Chagas, assinalam-se fragilidades no processo de implementação, a exemplo da incipiente experiência na condução e priorização do programa nas agendas dos governos locais, com execução de ações fragmentadas e pouco efetivas⁷ que comprometem o alcance de seus objetivos e reforçam a importância de se fazer uma pesquisa avaliativa.

Destarte, o Ministério da Saúde tem produzido inúmeros documentos técnicos e normativos para balizar a condução do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) no Brasil, podendo-se citar o guia de vigilância em saúde⁸, o protocolo clínico de diretrizes terapêuticas⁹ e, recentemente, publicada em 2020, a prerrogativa de notificação obrigatória também na fase crônica da doença¹⁰, entre outros. Entretanto, infere-se que a diversidade e a quantidade de documentos, aliadas à ausência de uma imagem-objetivo do PNCDCh, dificultam o acesso e a compreensão de tais informações por parte de gestores e profissionais de saúde dos municípios.

Cabe justificar que a validação do modelo não tem a pretensão de ser uma verdade universalmente aplicável, mas pode fomentar o diálogo entre a teoria e a prática, que, por sua vez, pode tornar mais facilitada e rápida os componentes do programa e fortalecer a

implementação pelos envolvidos, sejam eles pesquisadores, gestores, profissionais ou usuários. Ademais, há de se considerar, do mesmo modo, que em decorrência da multiplicidade de documentos técnicos e normativos vigentes produzir uma imagem-objetivo do PNCDCh validada torna-se importante para tentar expandir a visualização das recomendações propostas em seu escopo e facilitar o planejamento, a operacionalização e a avaliação das ações de enfrentamento da enfermidade chagásica em distintos cenários, dadas as especificidades locais.

Nesse sentido, a validação de uma matriz analítica e um modelo teórico do programa podem constituir instrumentos úteis para a tomada de decisão, antes mesmo que a avaliação propriamente dita seja feita. Assim, o presente estudo objetivou delinear uma matriz de padrões e critérios e um modelo teórico do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de avaliação normativa em saúde referente à modelização e à validação do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) no Brasil, desenvolvido em duas etapas: a) revisão documental e modelização da intervenção; b) validação da matriz de padrões e critérios e modelo teórico lógico.

O modelo lógico do programa corresponde à explicitação do funcionamento do programa e da relação causal entre seus componentes, ou seja, como se articulam para resolver o problema que deu origem ao programa¹¹. A construção de um Modelo Lógico é o ponto de partida para o desenvolvimento de pesquisa avaliativa em saúde.

Para entender o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas, cabe definir o problema que motiva essa intervenção, nesse caso, a necessidade de controle da doença, desde os aspectos entomológicos ao cuidado na Atenção Primária à Saúde e serviços especializados no sistema de saúde. É desse ponto de partida que se pode entender todo o processo de formulação da política. Para explicitar a teoria do programa, procedeu-se a uma revisão documental. Buscaram-se documentos técnicos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no portal do Ministério da Saúde, no site Regiões e Redes e no Observatório de Análise Política em Saúde. Para identificar as modificações, normatizações e revogações nos documentos normativos, utilizou-se o site Saúde Legis. Para as buscas, foram aplicados os seguintes descritores: Políticas de Saúde, Diretrizes, Guias de Prática, Plano e Normas combinados ao termo Doença de Chagas, e aplicou-se o filtro referente ao ano de publicação das produções (2006 a 2020).

Ao total, emergiram 13 documentos técnicos e 29 portarias. A análise crítica dos documentos selecionados realizou-se de forma independente por leitura exploratória e analítica do conteúdo, com classificação das estratégias por área temática e suas principais informações, possibilitando uma visão panorâmica das propostas nacionais para a doença de Chagas. Ao final, foram selecionados 08 documentos técnicos e 01 legislação, para a construção da matriz de padrões e critérios e do modelo teórico-lógico do PNCDCh, a saber: Caderno de Atenção Básica nº 22 – zoonoses (2009)¹², Guia de transmissão da doença de Chagas por alimentos (2009)¹³, Recomendações para o diagnóstico parasitológico e sorológico da doença de Chagas (2013)¹⁴, Atlas iconográfico de triatomíneos (2014)¹⁵, II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas - 2015 (2016)¹⁶, Protocolo Clínico de Diretrizes terapêuticas em doença de Chagas (2018)⁹, Guia de Vigilância em Saúde (2019)⁸, Boletim Epidemiológico da doença de Chagas aguda (2019)¹⁷, Portaria nº 1.061 (2020)¹⁰.

Após análise de tais publicações, procedeu-se à sistematização do arcabouço técnico e normativo que compõe o PNCDCh, que derivou uma matriz contendo dimensões, subdimensões, objetivos, padrões e critérios e resultados apontados como desejáveis para o processo de implementação, assim como um modelo teórico lógico preliminar do programa. A partir dos objetivos descritos nos documentos, foi possível explicitar o conjunto das ações e os resultados esperados por cada dimensão. Em seguida, tratou-se de sistematizar e diagramar os elementos que compõem cada uma das dimensões, por meio de texto descritivo e da representação gráfica da teoria do programa.

Posteriormente, para aprimorar o modelo teórico lógico preliminar, utilizou-se o processo de validação correspondente a duas etapas da técnica de conferência por consenso¹⁸, com especialistas selecionados por conveniência. Priorizou-se garantir o anonimato dos participantes e propiciar menos interferência do grupo nas respostas de cada especialista, sendo a técnica aplicada de forma que os participantes pudessem: (1) avaliar e preencher, individualmente, a matriz de padrões e critérios; (2) validar, individualmente, o modelo lógico-teórico proveniente da matriz de avaliação.

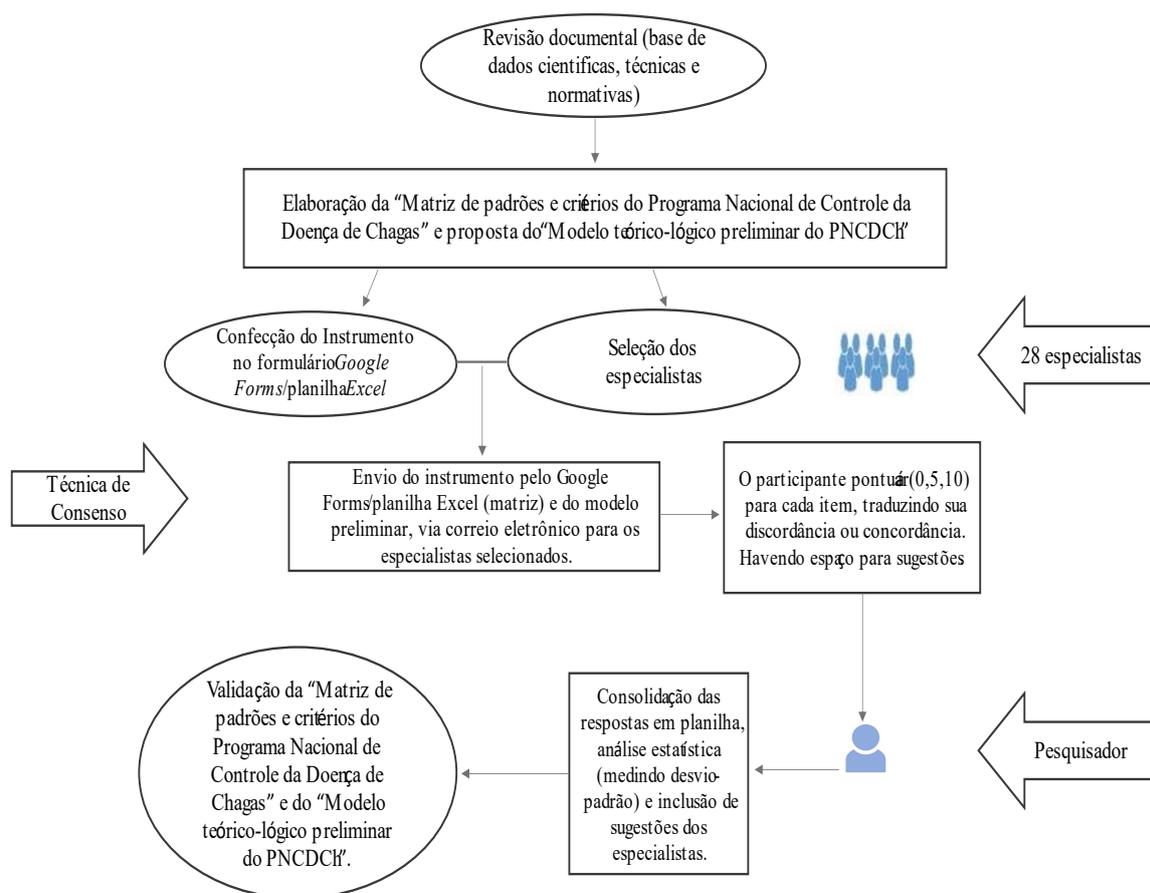
Este artigo constitui um recorte do projeto de pesquisa intitulado ‘Integração de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças tropicais negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para Hanseníase e Doença de Chagas no SUS no sudoeste do estado da Bahia (INTEGRADTNs – Bahia)’, do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e obedeceu à Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sendo

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, mediante o Parecer nº 2.644.039 aprovado pelo Edital FAPESB nº 003/2017, Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), e aprovado pelo Edital FAPESB nº 003/2017, Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da técnica de conferência de consenso (figura 1) 28 especialistas, entre eles, gestores, profissionais de saúde, docentes e pesquisadores com expertise na área temática e em suas mais diversas nuances, com diversidade de formações e provenientes de diversas regiões do Brasil, possuidores de larga experiência e conhecimento sobre a doença de Chagas e de todas as especificidades abordadas em sua política de enfrentamento.

Figura 1. Síntese da técnica de Consenso para validação do modelo teórico lógico do PNCDCh.



Fonte: Elaborada pelos autores.

No primeiro momento, o modelo teórico preliminar foi submetido aos especialistas, via correio eletrônico, no dia 20 de junho de 2019, com descrição do prazo para preenchimento e o link de acesso a um formulário do *Google Drive*. Da mesma forma, foi enviado arquivo com o modelo teórico preliminar do PNCDCh e o termo de consentimento livre e esclarecido, assim como uma Planilha do *Microsoft Excel* contendo a matriz de padrões e critérios para apreciação dos componentes organizacionais do PNCDCh, conforme escala de *Likert* (0: discordo totalmente; 5: concordo parcialmente; 10: concordo totalmente), e a inserir comentários ou sugestões em uma coluna específica.

Os formulários preenchidos e devolvidos na primeira rodada foram codificados, e as respostas digitadas em planilhas no Microsoft Excel®. As informações sobre a pertinência foram analisadas mediante cálculo de média e desvio padrão. Foram considerados consensuados os padrões e critérios considerados pertinentes por 80% dos especialistas. Os resultados da avaliação foram consolidados em números relativos. Esses percentuais indicaram níveis de conformidade em cada padrão, subdimensão e dimensão.

Cabe mencionar que houve uma importante contribuição dos participantes quanto às sugestões, em que opinaram sobre mudanças nos enunciados de algumas dimensões, fusão de subdimensões e sobre o incremento do instrumento com inclusão de novas subdimensões/padrões. Além de outras colocações pertinentes na análise dos pressupostos do programa trazendo à discussão as possíveis soluções às deficiências que ainda persistem nas ações propostas em nível nacional.

Dado o alto grau de consenso na primeira rodada, realizou-se apenas essa rodada para atingir validação do modelo lógico definitivo e da matriz de julgamento com critérios e padrões validados para o programa (Tabela 1).

Tabela 1. Matriz de padrões e critérios do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas consensuada, 2021.

DIMENSÃO VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE: ENTOMOLOGIA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	PONT. FINAL	FONTE DE INFORMAÇÕES
Padrão: Identificar as particularidades locais da cadeia de transmissão da doença de Chagas.	10	0	-	BRASIL, 2009 ¹² ; OPAS, 2009 ¹³ ; FIOCRUZ, 2014 ¹⁵ ; DIAS <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶ ; BRASIL, 2019a ⁸ ; BRASIL, 2019b ¹⁷ .
Reconhecimento dos mamíferos hospedeiros do <i>T. cruzi</i> no território.	9	2,2	0,40	
Estabelecimento do predomínio e das especificidades da infecção pelo <i>T. cruzi</i> em hospedeiros.	9	2,2	0,40	
Identificação da distribuição geográfica dos hospedeiros nos diferentes ambientes do bioma.	8	2,7	0,30	
Compreensão da dinâmica dos hospedeiros de <i>T. cruzi</i> com relação ao tempo e ao ambiente.	10	0	0,50	
Padrão: Realizar vigilância entomológica passiva.	10	0	-	
Garantia prioritária da participação da comunidade na notificação de vetores.	10	0	0,50	
Consolidação de PITs (Postos de Informação de Triatomíneos) na comunidade.	10	0	0,50	
Resposta oportuna a todas as notificações de triatomíneos feitas pela comunidade.	9	2,2	0,40	
Padrão: Proceder à vigilância entomológica ativa.	8	2,7	-	
Busca ativa do triatomíneo dentro do domicílio por meio de procura detalhada em todos os cômodos.	8	2,7	0,30	
Busca ativa do barbeiro no peridomicílio, em ambientes que sirvam de acomodação para animais ou tenham restos de materiais de construção acumulados.	-	-	-	
	10	0	0,50	
Padrão: Efetuar vigilância entomológica após casos de transmissão vetorial.	10	0	-	
Investigação entomológica em conjunto com ações de vigilância ambiental.	10	0	0,50	
Padrão: Analisar triatomíneos capturados.	9	2,2	-	
Verificação taxonômica e pesquisa sobre biologia, distribuição regional e relevância do vetor.	10	0	0,50	
Análise de espécimes coincidentes com a disposição no território e no bioma.	10	0	0,50	
Catálogo e envio, aos órgãos competentes, das espécies de vetores coletadas, contendo informações sobre a região de origem, coordenadas geográficas, habitat, data, nome do coletor e possíveis reservatórios.	-	-	-	
Envio dos insetos capturados para laboratório de entomologia, para identificar a contaminação pelo <i>T. cruzi</i> .	9	2,2	0,40	
	10	0	0,50	
Padrão: Estabelecer medidas de correção ambiental para controle da colonização triatomínea.	9	2,2	-	
Avaliação da espécie identificada no intra ou no extradomicílio e sua dinâmica para indicação da borrifação.	9	2,2	0,40	
Melhoramento das condições domiciliares que sejam favoráveis à infestação do barbeiro.	10	0	0,50	
Sustentabilidade de medidas ambientais e de higiene para prevenir colonização vetorial.	10	0	0,50	
Controle químico vetorial em residência com <i>Triatoma infestans</i> , <i>Triatoma sordida</i> , <i>Triatoma brasiliensis</i> , <i>Triatoma maculata</i> , <i>Triatoma pseudomaculata</i> , <i>Triatoma rubrovaria</i> , <i>Panstrongylus megistus</i> e <i>Triatoma rubrofasciata</i> , quando for encontrado ao menos um exemplar adulto vivo ou colônia, positivo ou não.	-	-	-	
	-	-	-	
	9	2,2	0,40	
ENTOMOLOGIA	-	-	8,0	
DIMENSÃO: VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE: EPIDEMIOLOGIA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	PONT. FINAL	FONTE DE INFORMAÇÕES
Padrão: Suspeitar de casos da doença de Chagas e seus possíveis modos de transmissão.	9	2,2	-	BRASIL, 2009 ¹² ; OPAS, 2009 ¹³ ;
Identificação de aspectos clínico-epidemiológicos relacionados à suspeição da doença de Chagas.	10	0	0,9	

Padrão: Produzir informações epidemiológicas consistentes sobre a doença de Chagas.	10	0	-	DIAS <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶ ; BRASIL, 2018 ⁹ ; BRASIL, 2019a ⁸ ; BRASIL, 2019b ¹⁷ ; BRASIL, 2020 ¹⁰ .
Notificação obrigatória e informe imediato (até 24 h), dos casos suspeitos de DCA.	10	0	0,9	
Preenchimento criterioso da Ficha de Investigação de doença de Chagas aguda.	10	0	0,9	
Comunicação ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde dos casos orais de DCA	9	2,2	0,83	
Notificação semanal dos casos crônicos da doença de Chagas.	8	2,7	0,72	
Padrão: Buscar e investigar possíveis casos suspeitos da doença de Chagas.	10	0	-	
Pesquisa epidemiológica (individual e/ou coletiva) de contatos e de suspeitas nos registros de saúde.	8	2,7	0,72	
Efetucação de triagem sorológica para doadores de sangue e de inquéritos epidemiológicos.	10	0	0,90	
Investigação de novos casos após determinar o possível território de transmissão.	9	2,2	0,83	
Abordagem sindrômica de aspectos clínicos comuns a outras doenças para captação precoce.	10	0	0,90	
Padrão: Garantir a confirmação dos casos suspeitos.	10	0	-	
Coleta e envio de material de casos suspeitos para realização de métodos parasitológicos e/ou sorológicos.	10	0	0,90	
EPIDEMIOLOGIA	-	-	8,5	
DIMENSÃO VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE: SANITÁRIA				
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	PONT. FINAL	FONTE DE INFORMAÇÕES
Padrão: Investigar os serviços transfusionais e de transplantes, e o processo de produção de alimentos.	9	2,2	-	BRASIL, 2009 ¹² ; OPAS, 2009 ¹³ ; DIAS <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶ ; BRASIL, 2019a ⁸ .
Verificação sanitária dos serviços transfusionais e de transplantes, caso haja transmissão da doença.	9	2,2	0,91	
Pesquisa minuciosa para a identificação do produto associado e lote infectado pelo <i>T. cruzi</i> .	10	0	1,01	
Padrão: Garantir adequação sanitária na produção de produtos alimentícios.	10	0	-	
Realização de ações de prevenção e de controle em todo o processo de produção de alimentos.	10	0	1,01	
Recomendação de práticas corretas de manipulação alimentar.	10	0	1,01	
Orientação para a cocção em temperaturas além de 45°C, e informar que a pasteurização e a liofilização são capazes de prevenir a contaminação pelo <i>T. cruzi</i> .	-	-	-	
Instituição de ações governamentais integradas para promover qualidade sanitária dos alimentos.	10	0	1,01	
Garantia de legislação específica e sistema eficaz para controle e fiscalização das fases da produção.	10	0	1,01	
Padrão: Estabelecer precauções nas transfusões/transplantes.	10	0	-	
Análise dos aspectos endêmicos dos locais de origem e moradia dos doadores e receptores.	10	0	1,01	
Triagem clínica-epidemiológica e sorológica, obrigatória, aos doadores de sangue.	10	0	1,01	
Comunicação à hemovigilância da suspeita de transmissão do <i>T. cruzi</i> por esta via.	10	0	1,01	
SANITÁRIA	-	-	10,0	
DIMENSÃO VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE: EDUCAÇÃO EM SAÚDE				
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	PONT. FINAL	FONTE DE INFORMAÇÕES
Padrão: Conscientizar a população para prevenção e comunicação de insetos suspeitos e/ou capturados.	9	2,2	-	BRASIL, 2009 ¹² ; OPAS, 2009 ¹³ ; DIAS <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶ ; BRASIL, 2019a ⁸ .
Orientação à comunidade para adoção medidas de prevenção individuais, domicílio e peridomicílio.	10	0	1,40	
Informação sobre os riscos do manuseio incorreto dos alimentos e sobre ações de higiene necessárias.	10	0	1,40	
Divulgação de dados sobre DC, em especial, às lideranças, aos profissionais de saúde e acometidos.	10	0	1,40	

Orientação a respeito da captura e da entrega dos triatomíneos encontrados pela população.	9	2,2	1,1	
Padrão: Promover educação permanente, com relação à DC, aos profissionais de saúde.	10	0	-	
Capacitação do ACS e do ACE com conhecimentos gerais sobre a DC, ações e resultados do PNCDCh.	10	0	1,40	
Apresentação do mostuário das espécies de triatomíneos prevalentes ao ACS e ao ACE.	10	0	1,40	
Educação permanente aos profissionais de saúde a respeito da epidemiologia, de riscos e ações de controle.	10	0	1,40	
EDUCAÇÃO EM SAÚDE	-	-	9,5	
PONTUAÇÃO FINAL: DIMENSÃO VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE				36
DIMENSÃO CUIDADO À SAÚDE: DIAGNÓSTICO E RASTREAMENTO				
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	PONT. FINAL	FONTE DE INFORMAÇÕES
Padrão: Confirmar a DCA através de método parasitológico direto, o mais indicado na fase aguda.	10	0	-	BRASIL, 2009 ¹² ;
Pesquisa a fresco de tripanossomatídeos no indivíduo febril ou em até 30 dias do início dos sintomas.	9	2,2	0,50	OPAS, 2009 ¹³ ;
Repetição da pesquisa a fresco, entre 12 e 24h, em caso de primeira amostra negativa e persistência dos sintomas.	9	2,2	0,50	BRASIL, 2013 ¹⁴ ;
Possibilidade de uso da lâmina corada de gota espessa, técnica menos sensível.	10	0	0,60	DIAS <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶ ;
Padrão: Diagnosticar crianças sob suspeita da infecção congênita por <i>T. cruzi</i>.	10	0	-	BRASIL, 2018 ⁹ ;
Pesquisa sorológica materna. Se confirmado para DC, realizar pesquisa parasitológica na criança em até 10 dias do nascimento. Se positiva, ou negativa com características da doença, recomendar tratamento.	-	-	-	BRASIL, 2019a ⁸ .
Nos casos inicialmente negativos, a criança deve retornar aos 9 meses de vida para aplicação de dois testes anti <i>T. cruzi</i> IgG distintos. Se NR: descartado, se R: instituir tratamento, e se divergente: aplicar uma outra sorologia.	8	2,7	0,42	
Recomendação da inclusão do teste <i>T. cruzi</i> IgG na triagem neonatal, principalmente em regiões endêmicas.	-	-	-	
	9	2,2	0,50	
	10	0	0,60	
Padrão: Proceder diagnóstico laboratorial dos casos crônicos de DC por metodologias sorológicas.	10	0	-	
Uso de dois exames sorológicos distintos: ELISA, IFI, HAI. Se houver divergência, pode-se repetir um dos exames supracitados, optar por nova metodologia ou realizar <i>Western Blot</i> ou Quimioluminescência.	-	-	-	
	8	2,7	0,42	
Padrão: Diagnosticar casos de reativação da doença de Chagas.	10	0	-	
Confirmação da reativação da DC, em imunodeprimidos, por metodologias parasitológicas diretas.	9	2,2	0,50	
Pesquisa do <i>T. cruzi</i> no creme leucocitário ou por micro-hematócrito no sangue ou em outros materiais.	10	0	0,60	
Considerar reativação da DC na parasitologia positiva associada a meningoencefalite e/ou miocardite aguda.	8	2,7	0,42	
Padrão: Utilizar parâmetro clínico-epidemiológico para casos da doença de Chagas aguda.	10	0	-	
Uso de parâmetro clínico-epidemiológico em casos de parasitologia negativa e sorologia, inicialmente, NR, porém com vínculo epidemiológico confirmado para DCA, durante surtos de DCA por transmissão oral.	-	-	-	
	9	2,2	0,50	
Padrão: Diagnosticar a forma crônica indeterminada da doença de Chagas.	10	0	-	
Realização de eletrocardiograma, raio X de tórax, esôfago e cólon, e ambos apresentarem resultados normais.	9	2,2	0,50	
Padrão: Efetuar o diagnóstico de cardiopatia chagásica aguda.	10	0	-	
Aplicação de raio X de tórax, eletrocardiograma e ecocardiograma para investigar miocardite chagásica aguda, em casos de transmissão oral ou imunossupressão.	-	-	-	
	9	2,2	0,50	
Padrão: Proceder ao diagnóstico de cardiopatia chagásica crônica.	10	0	-	
Emprego de eletrocardiograma, prioritariamente, para diagnosticar cardiopatia chagásica crônica.	8,2	4	0,43	

Padrão: Diagnosticar formas crônicas digestivas da doença de Chagas.	10	0	-
Aplicação de raio X (PA e perfil), raio X com contraste do esôfago, eletromanometria do esôfago e endoscopia, para diagnóstico de megaesôfago?	-	-	-
Realização de manometria anorretal, raio X abdominal, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e endoscopia digestiva para diagnóstico de megacólon.	8	2,7	0,42
Padrão: Realizar cuidadosa abordagem assistencial na investigação e no diagnóstico da DC.	9	2,2	-
Orientação aos indivíduos sob suspeita da infecção por <i>T. cruzi</i> , no momento da pré-testagem.	8	2,7	0,42
Orientação aos indivíduos sob suspeita da infecção por <i>T. cruzi</i> , no momento da pós-testagem.	9	2,2	0,50
Padrão: Rastrear público que apresenta vulnerabilidade para DC.	8,2	4	-
Rastreamento de indivíduos e gestantes (sem exame sorológico) com os seguintes fatores de risco: aqueles que residiam ou residem em locais endêmicos e/ou moradias de risco, ser parente de indivíduo portador da DC ou ter passado por procedimento transfusional antes de 1992.	-	-	-
Rastreamento de pessoas que tenham risco de ter a doença de Chagas reativada por imunossupressão.	-	-	-
Oferta de sorologias IgM e IgG a familiares/comunicantes assintomáticos que também estiveram em risco.	8,2	4	0,43
	10	0	0,60
	8	2,7	0,42
DIAGNÓSTICO E RASTREAMENTO	-	-	10,2

DIMENSÃO CUIDADO À SAÚDE: TRATAMENTO

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	PONT. FINAL	FONTE DE INFORMAÇÕES
Padrão: Tratar etiologicamente indivíduos com doença de Chagas aguda.	10	0	-	BRASIL, 2009 ¹² ; OPAS, 2009 ¹³ ; DIAS <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶ ; BRASIL, 2018 ⁹ ; BRASIL, 2019a ⁸ .
Emprego de medicamento antiparasitário. nos casos confirmados de DCA, o mais precocemente.	10	0	0,39	
Emprego de tratamento etiológico em todos os casos congênitos confirmados.	9	2,2	0,29	
Uso de fármaco antiparasitário em gestantes com DCA. Se não for grave, aguardar o 2º trimestre.	8,2	4	0,24	
Padrão: Empregar farmacoterapia etiológica em quadros específicos da DCC.	10	0	-	
Tratamento de crianças e adultos jovens com a forma indeterminada, cardíaca leve e digestiva.	9	2,2	0,29	
Padrão: Avaliar, de maneira compartilhada, o tratamento etiológico em alguns casos de DCC.	8	2,7	-	
Análise de terapia nos adultos menores de 50 anos na fase crônica indeterminada.	8	2,7	0,21	
Decisão conjunta (médico-paciente) sobre tratar na cardiopatia chagásica inicial (alteração apenas no ECG).	9	2,2	0,29	
Para o tratamento etiológico, seguir as recomendações da forma crônica cardíaca para a cardiogestiva.	10	0	0,39	
Padrão: Não ofertar tratamento antiparasitário para <i>T. cruzi</i>, em casos específicos.	9	2,2	-	
Não oferecer tratamento a pacientes com cardiopatia chagásica avançada.	10	0	0,39	
Não tratar as gestantes com a doença de Chagas na fase crônica.	8	2,7	0,21	
Padrão: Tratar casos indicados de DC com benznidazol (fármaco de primeira escolha).	10	0	-	
Emprego de benznidazol na formulação em comprimidos de 100 mg do benznidazol.	9	2,2	0,29	
Uso, em adultos, de 5 mg/kg/dia, em uma a três tomadas, por 60 dias.	9	2,2	0,29	
Extensão do esquema nos indivíduos com mais de 60 Kg, devido ao máximo de 300 mg/dia.	9	2,2	0,29	
Uso, em crianças, de benznidazol em comprimidos solúveis na seguinte dosagem: 12,5 mg.	10	0	0,39	
Uso, em crianças, de 5 a 10 mg/kg/dia, em duas ingestões diárias, por 60 dias e máximo de 300 mg/dia.	10	0	0,39	
Padrão: Oferecer tratamento de casos da DC, de maneira substitutiva, com nirfutimox*	8,7	2,5	-	

Utilização do nifurtimox em comprimidos de 120 mg, para adultos.	10	0	0,39
Uso de 10 mg/kg/dia, em adultos, com divisão em três doses por dia por um período de 60 dias.	8,7	2,5	0,27
Utilização do nifurtimox em comprimidos de 30 mg para crianças.	8,7	2,5	0,27
Dose de 15 mg/Kg/dia, em crianças, com divisão em três tomadas diárias por 60 dias.	10	0	0,39
Padrão: Tratar, clinicamente, os casos de cardiopatia chagásica aguda.	10	0	-
Uso da tríade: diuréticos, IECA ou bloqueadores do AT1 da angiotensina II e betabloqueadores.	10	0	0,39
Padrão: Tratar clinicamente os casos de cardiopatia chagásica crônica.	10	0	-
Uso de amiodarona, sotalol e betabloqueadores nas arritmias ventriculares simples com incapacidades.	9	2,2	0,29
Nos casos de TVNS, TVS e FV, o medicamento de maior evidência é a amiodarona. Na TVS, pode-se também utilizar métodos de ablação e implantação de CDI.	-	-	-
Nas arritmias supraventriculares, usar fármaco para retardar o tempo refratário do nó atrioventricular.	10	0	0,39
Uso de marca-passo de maneira definitiva, nas bradiarritmias sintomáticas ou de bloqueio de alto risco.	9	2,2	0,29
Tratamento de insuficiência cardíaca chagásica com IECA, bloqueadores do receptor da angiotensina, mineralocorticoides. A utilização de betabloqueadores exige um olhar criterioso.	10	0	0,39
Realização de transplante do coração como alternativa para insuficiência cardíaca em estágio terminal.	-	-	-
	10	0	0,39
Padrão: Tratamento clínico da forma crônica digestiva da doença de Chagas – megaesôfago.	9	2,2	-
Orientação para manter hábitos de alimentação saudáveis.	10	0	0,39
Possibilidade do uso de isossorbida ou nifedipina nos casos de megaesôfago.	9	2,2	0,29
Dilatação do esôfago por balão nos casos de megaesôfago causado pela doença de Chagas.	9	2,2	0,29
Realização de cirurgia convencional, videolaparoscopia, cirurgia robótica, cirurgia endoscópica.	9	2,2	0,29
Padrão: Tratamento clínico da forma crônica digestiva da doença de Chagas – megacólon.	10	0	-
Aconselhamento para alimentação saudável e hábitos regulares de evacuações.	10	0	0,39
Utilização de laxantes, caso haja necessidade.	8	2,7	0,21
Retirada de fecaloma, caso seja necessário.	9	2,2	0,29
Realização de cirurgia agendada ou de urgência, dadas as especificidades dos casos de megacólon.	9	2,2	0,29
TRATAMENTO	-	-	10,6

DIMENSÃO CUIDADO À SAÚDE: SEGUIMENTO

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	PONT. FINAL	
Padrão: Identificar e conduzir falha terapêutica.	9	2,2	-	FONTE DE INFORMAÇÕES DIAS <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶ ; BRASIL, 2018 ⁹ ; BRASIL, 2019a ⁸ .
Registro da falha e introdução de nova terapia com o mesmo fármaco ou com alternativo.	8	2,7	1,20	
Padrão: Acompanhar, clínico-laboratorialmente, os indivíduos tratados etiologicamente.	10	0	-	
Avaliação, clínica e laboratorial, no começo do tratamento com benznidazol e no 30º, 60º e 90º dias.	10	0	1,70	
Avaliação rotineira do uso de benznidazol, atentando-se para os efeitos adversos.	10	0	1,70	
Padrão: Acompanhar os acometidos da doença de Chagas.	10	0	-	
Seguimento periódico das pessoas DCC por meio de avaliações e exames complementares (como ECG).	9	2,2	1,50	
Monitoramento de indivíduos com complicações da DC e de suas respectivas terapias.	10	0	1,70	
Acompanhamento da evolução das complicações cardíacas e digestivas.	10	0	1,70	

Avaliação clínica rotineira dos acometidos por DC em uso de amiodarona. Mínimo de 01 consulta a cada 90 dias no 1º ano e a cada 180 dias nos anos seguintes, e monitoramento dos eventos adversos desse tratamento.

SEGUIMENTO

-	-	-
10	0	1,70
-	-	11,2

CUIDADO À SAÚDE

-	-	32
---	---	-----------

DIMENSÃO REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DOENÇA DE CHAGAS: ATENÇÃO PRIMÁRIA

Padrão: Garantir tratamento com benznidazol para a DC.

Solicitação ao MS mediante pedido às SES via Sistema de Informação de Insumos Estratégicos.

MÉDIA	DESVIO PADRÃO	PONT. FINAL	FONTE DE INFORMAÇÕES
9	2,2	-	BRASIL, 2009 ¹² ; OPAS, 2009 ¹³ ; DIAS <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶ ; BRASIL, 2018 ⁹ ; BRASIL, 2019a ⁸ .
10	0	1,75	

Padrão: Empregar terapia com benznidazol na atenção básica.

Instituição de tratamento com benznidazol, nos casos indicados.

Análise rotineira dos efeitos adversos durante o uso de benznidazol e da progressão da doença.

8	2,7	-
9	2,2	1,50
9	2,2	1,50

Padrão: Acompanhar os indivíduos com DC, em casos não graves.

Assistência ao usuário com DCA sem gravidade, fase crônica indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestivo estáveis e sem gravidade, e gestantes com DCC na ausência de comorbidades.

9	2,2	-
-	-	-
10	0	1,75

Padrão: Referenciar os casos graves da doença de Chagas.

Encaminhamento de indivíduos com DCA grave, gestantes com DCA e/ou com cardiopatia, quadros digestivos que necessitam de procedimentos especializados, casos de cardiopatia chagásica com desordens graves do ritmo cardíaco, candidatas a MP/CDI, com insuficiência cardíaca, quadros tromboembólicos ou vulneráveis a eles, coinfeção HIV+*T.cruzi* e transplantados com DC.

9	2,2	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
10	0	1,75

Padrão: Encaminhar reações adversas graves ao benznidazol.

Referência à maior complexidade: dermatopatia grave, neuropatia, lesões em mucosa e hipoplasia medular.

Encaminhamento para internamento hospitalar de casos de maior gravidade e comprometimento geral, cardiopatia moderada a grave, hemorragias e meningoencefalite.

Encaminhamento ao Hospital de Referência dos quadros de intolerância ao benznidazol.

Referência ao serviço especializado de candidatas à terapêutica com nifurtimox.

10	0	-
10	0	1,75
-	-	-
10	0	1,75
8	2,7	1,25
8	2,7	1,25

Padrão: Responsabilizar-se pelos usuários com DC em acompanhamento nas unidades de referência.

Monitoramento e apoio aos indivíduos sob terapêutica em unidades especializadas.

10	0	-
10	0	1,75

ATENÇÃO PRIMÁRIA

-	-	16
---	---	-----------

DIMENSÃO REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DOENÇA DE CHAGAS: ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Padrão: Atender os casos graves da doença de Chagas.

Atendimento do indivíduo com DCA grave, quadros digestivos que precisam de procedimentos especializados, cardiopatia chagásica com desordens graves do ritmo cardíaco, candidatas a MP/CDI, insuficiência cardíaca, quadros tromboembólicos ou vulneráveis a eles, gestantes com DCA ou com cardiopatia associada, coinfectados com HIV, acometidos com TVS, TVNS e risco óbito súbito e em utilização de amiodarona.

MÉDIA	DESVIO PADRÃO	PONT. FINAL	FONTE DE INFORMAÇÕES
10	0	-	BRASIL, 2009 ¹² ; OPAS, 2009 ¹³ ; DIAS <i>et al.</i> , 2016 ¹⁶ ; BRASIL, 2018 ⁹ ; BRASIL, 2019a ⁸ .
-	-	-	
-	-	-	
-	-	-	
10	0	2,00	

Assistência aos indivíduos portadores da doença de Chagas e que tenham sido transplantados.	9	2,2	1,75
Padrão: Atender as reações adversas graves ao benznidazol.	10	0	-
Atendimento de: dermatopatia grave, neuropatia, lesões em mucosa e hipoplasia medular.	10	0	2,00
Assistência, em internamento hospitalar, de quadros de maior acometimento geral, problema cardíaco moderado ou grave, presença de eventos hemorrágicos e meningoencefalite.	-	-	-
Atendimento, em Hospital de Referência, dos quadros de intolerância ao benznidazol.	10	0	2,00
	8	2,7	1,50
Padrão: Garantir e ofertar tratamento com benznidazol, nifurtimox e amiodarona.	10	0	-
Solicitação de benznidazol ao MS mediante pedido às SES via Sistema de Informação de Insumos Estratégicos.	9	2,2	1,75
Solicitação de nifurtimox ao MS através do Grupo Técnico de Doença de Chagas da SVS pelo seguinte e-mail: chagas@saude.gov.br. O fármaco é adquirido por doação via OPAS.	-	-	-
Atendimento aos usuários com a infecção pelo <i>T. cruzi</i> candidatos ao tratamento com nifurtimox.	8	2,7	1,50
Disponibilização de amiodarona para uso nos casos de cardiopatia para os quais está indicado.	10	0	2,00
	8	2,7	1,50
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	-	-	16
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DOENÇA DE CHAGAS	-	-	32

Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde; ACE: Agente de Combate a Endemias; APS: Atenção Primária à Saúde; CDI: Cardiodesfibrilador Implantável; DC: Doença de Chagas; DCA: Doença de Chagas Aguda; DCC: Doença de Chagas Crônica; ECG: Eletrocardiograma; ELISA: Ensaio Imunoenzimático; FCI: Forma Crônica Indeterminada; FV: Fibrilação Ventricular; HAI: Hemoaglutinação Indireta; HIV: Vírus da Imunodeficiência Adquirida; IECA: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina; IFI: Imunofluorescência Indireta; MP: Marcapasso; NR: Não Reagente; OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; R: Reagente; SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde; *T. cruzi*: *Trypanosoma cruzi*. TVNS: Taquicardia Ventricular Não Sustentada; TVS: Taquicardia Ventricular.

Fonte: Elaborada pelos autores.

O modelo descreve a operacionalização da política sob a forma de uma cadeia lógica, descrevendo-se a sequência de causa-efeito entre os elementos, numa lógica articulada em uma série de relações “se-então”. Nesse sentido, consideraram-se três processos como fundamentais para a implementação, conforme os pressupostos teóricos do programa: a) Prevenção, Controle e Vigilância; b) Cuidado à Saúde; c) Rede de Atenção à Doença de Chagas e delineamento do modelo teórico definitivo (Figura 2). Cada dimensão foi composta por subdimensões contemplando estratégias e ações desejáveis para alcance dos resultados propostos pelo programa.

Figura 2. Modelo teórico-lógico validado do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas.

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	OBJETIVOS	AÇÕES	RESULTADOS
VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO & CONTROLE	ENTOMOLOGIA	Verificar e controlar precocemente os riscos da transmissão vetorial.	Vigilância entomológica passiva e ativa; Captura, guarda, registro e envio adequado dos barbeiros para análise laboratorial. Medidas de melhorias habitacionais e controle químico vetorial específico.	CONTROLE DA CADEIA DE TRANSMISSÃO DA DOENÇA DE CHAGAS
	EPIDEMIOLOGIA	Detectar e investigar oportunamente os casos de DC.	Notificação imediata da DC aguda e congênita com investigação precoce; Notificação semanal da DC crônica; Intervenção no território provável da contaminação.	
	SANITÁRIA	Identificar e controlar os riscos sanitários relacionados a DC.	Inspeção sanitária nos serviços transfusionais e de transplantes e na produção de alimentos contaminados; Educação para manuseio dos alimentos e precauções em doações de sangue e transplantes.	
	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Promover conhecimentos sobre DC à comunidade e aos profissionais de saúde.	Conscientização da comunidade para prevenção e comunicação/entrega de barbeiros encontrados; Educação permanente aos profissionais de saúde.	
CUIDADO À SAÚDE	DIAGNÓSTICO & RASTREAMENTO	Diagnóstico precoce de casos agudos e crônicos da doença de Chagas.	Reconhecimento clínico-epidemiológico dos casos; diagnóstico da DCA por exame parasitológico direto e da DCC por métodos sorológicos; diagnóstico de casos congênitos da DC, de reativação, de coinfeção com HIV, da FCI, da cardiopatia chagásica, do megacólon e do megaesôfago; Rastreamento de pessoas e de gestantes com fatores de risco.	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO OPORTUNOS COM SEGUIMENTO DOS USUÁRIOS ACOMETIDOS.
	TRATAMENTO	Cura da infecção, prevenção de lesões orgânicas e a redução da transmissão.	Tratamento de primeira escolha com benznidazol e de maneira substitutiva com nifurtimox; Tratamento de todos casos de DCA e casos específicos de DCC; Tratamento clínico das complicações de DC.	
	SEGUIMENTO	Acompanhamento dos usuários acometidos pela doença de Chagas.	Estabelecimento e conduta frente a falha terapêutica; Acompanhamento do tratamento etiológico atentando para as reações adversas; Acompanhamento periódico de indivíduos com DC e de suas complicações.	
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM DOENÇA DE CHAGAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA	Atendimento e acompanhamento do indivíduo com DC.	Garantia e oferta de tratamento com benznidazol; Acompanhamento de acometidos por DC, não graves; Encaminhamento dos casos graves, reações adversas graves ao benznidazol e candidatos ao uso de nifurtimox.	ATENÇÃO À SAÚDE ADEQUADA AOS ACOMETIDOS PELA DOENÇA DE CHAGAS
	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Assistência específica aos quadros graves da doença de Chagas	Garantia e oferta de tratamento com benznidazol ou nifurtimox, e tratamento clínico com amiodarona; Atendimento de casos graves, reações adversas ao benznidazol e candidatos ao uso do nifurtimox.	

A dimensão Prevenção, Controle e Vigilância abrange as seguintes subdimensões: entomologia, epidemiologia, sanitária e educação em saúde, totalizando 15 padrões e 45 critérios. Tal dimensão propõe ações para combate aos triatomíneos em domicílio e peridomicílio, notificação e investigação precoce dos casos, ações sanitárias para prevenção da transmissão oral e por intermédio de transfusões/transplantes, além de atividades educativas para qualificar profissionais e a comunidade para efetivar o controle da doença nos territórios de APS.

A dimensão Cuidado à Saúde é constituída pelas respectivas subdivisões: Diagnóstico e Rastreamento, Tratamento e Seguimento, compreendendo um total de 24 padrões e 62 critérios, e objetiva diagnosticar e rastrear casos agudos e crônicos precocemente propondo terapêutica adequada no menor tempo possível e seguimento longitudinal aos pacientes acometidos pela doença. A dimensão Redes de Atenção à Saúde em Doença de Chagas abarca as subdimensões: Atenção Primária e Atenção Especializada, é composta por 09 padrões e 19 critérios que timidamente conformam as intervenções propostas para nível primário e pressupõe articulações com os serviços especializados para estruturar uma rede de atenção à saúde direcionada aos usuários com a doença de Chagas.

Evidencia-se que a dimensão Vigilância, Prevenção & Controle alcançou a maior média entres as dimensões avaliadas, ou seja, 9,6, equivalente a 96% de consenso entre os avaliadores; a subdimensão entomologia garantiu a média de 9,4, representando um consenso de 94%; a subdimensão epidemiologia pontuou a média de 9,5, que corresponde a 95% de consenso; e a subdimensão sanitária foi responsável por 9,9 de média, o que equivaleu a um consenso de 99%.

Por outro lado, a dimensão educação em saúde atingiu a média de 9,8, que demonstra um consenso de 98%; Cuidado à Saúde obteve 9,3 de média e um consenso de 93%; Diagnóstico e Rastreamento atingiu média de 9,1 e consenso de 91%; Tratamento alcançou média de 9,3 e 93% de consenso; Seguimento pontuou 9,6 de média e um consenso de 96%; e, por fim, a dimensão Redes de Atenção à Saúde em Doença de Chagas alcançou 9,3 de média e 93% de consenso, o que garantiu à Atenção Primária média de 9,3 e consenso de 93%, e à subdimensão Atenção Especializada 9,3 de média e 93% de consenso.

A matriz de padrões e critérios obteve um alto grau de consenso entre os avaliadores (94%), ressaltando que os dissensos ocorreram, principalmente, em questões relacionadas ao diagnóstico e ao rastreamento da doença de Chagas, visto que o diagnóstico precoce se constitui um gargalo no enfrentamento da doença chagásica. Estudos demonstram que mais de 80% das

pessoas acometidas pela doença de Chagas no Brasil não têm acesso a diagnóstico e tratamento oportunos¹⁶. Por outro lado, a maioria dos indivíduos atingidos pela doença no estado da Bahia procura os serviços de saúde em decorrência de complicações¹⁹.

Por fim, ressalta-se que os especialistas consideraram a matriz e o modelo teórico lógico claros e de fácil compreensão. A proposta final foi alcançada quando os especialistas consideraram o modelo e a matriz pertinentes e abrangentes, com potencial para aplicação em contextos de implantação do programa. As dimensões delineadas para as estratégias de enfrentamento da doença de Chagas possibilitam uma visão ampliada de todas as ações propostas em nível nacional e, de maneira facilitada, permitem o planejamento, a condução e a avaliação dos padrões e critérios definidos para cada área do programa, mas, também, impulsionam a integração desse processo de trabalho nos sistemas de saúde locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo descreveu a validação do modelo teórico lógico e a matriz de critérios e padrões do PNCDCh, e pode constituir uma referência aos interessados na avaliação, além de abranger aprendizado decorrente das etapas operacionais. Ademais, a validação da matriz e do modelo teórico lógico do programa pode se configurar um instrumento capaz de ampliar a visão quanto à visualização sistemática dos componentes, ações e resultados esperados pelo programa, de maneira facilitada, quando comparados aos inúmeros documentos legais e normativos que compõem o programa atualmente.

Outro aspecto relevante do estudo refere-se ao maior consenso da dimensão Prevenção, Controle e Vigilância, visto que, historicamente, o enfoque dos programas de controle da DC era o reconhecimento dos triatomíneos e de suas espécies, comumente, domiciliadas²⁰. Contudo, o Brasil vem recomendando novas estratégias para identificação rápida dos casos, como a proposta de rastreamento de gestantes e indivíduos vulneráveis à infecção, de acordo com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (2018)⁹.

Cabe salientar, por outro lado, que, mesmo diante dos inúmeros avanços alcançados, ainda persistem desafios, tais como a falta de uma terapêutica medicamentosa eficaz e segura para todos os estágios da enfermidade, sustentabilidade de controle de riscos ambientais, especialmente relacionadas a triatomíneos nativos e ao monitoramento de reservatórios do *Trypanossoma Cruzi*, além da necessidade de propiciar uma rede de atenção integral aos acometidos pela doença²⁰.

Pode-se considerar como limitação do estudo a incipiência de artigos para discutir os dados com a literatura, o que reitera a urgência e a relevância desta publicação.

Acredita-se que a matriz de padrões e critérios constitui instrumento útil para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das atividades do referido programa, elevando a capacidade organizativa dos serviços e das ações socioepidemiológicas e clínicas, dadas as especificidades territoriais. Contudo, cabe ressaltar que, ainda que constituam ferramentas úteis à tomada de decisão da gestão, o modelo teórico lógico e a matriz avaliativa constituem estruturas lineares e rígidas, não sendo possível capturar mudanças contextuais que possam surgir no processo de implementação. Por isso, estes devem ser vistos não como algo acabado, mas como algo sempre em construção, podendo-se agregar novas informações, de modo a adequá-los a cada realidade local. Todavia, trata-se de constructos com potencial para ampliar o monitoramento contínuo da implementação das estratégias que visam ao controle da doença, e que permanecem timidamente disseminados localmente nos municípios mais endêmicos do Brasil.

Referências

1. OPAS. OPAS: 70% das pessoas com Chagas não sabem que estão infectadas [site internet], 2021. [acesso em 2021 dez 13]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/13-4-2021-opas-70-das-pessoas-com-chagas-nao-sabem-que-estao-infectadas>
2. Souza RCM, Gorla D, Chame M, Jaramillo M, Monroy C, Diotaiuti L. Chagas disease in the context of the 2030 agenda: global warming and vectors. Mem Inst Oswaldo Cruz [Internet], Rio de Janeiro: 2021, 116: 1-14. [acesso em 2021 dez 13]. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Nicolas-Jaramillo-Ocampo/publication/351196121_Chagas_disease_in_the_context_of_the_2030_Agenda_Global_warming_and_vectors/links/608b476ea6fdccaebdf8c8b8/Chagas-disease-in-the-context-of-the-2030-Agenda-Global-warming-and-vectors.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças de Chagas: 14 de abril/Dia Mundial [internet]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2021, 38 p. [acesso em 2021 dez 13]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins-epidemiologicos-especiais/2021/boletim_especial_chagas_14abr21_b.pdf
4. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. Cad de Saúde Pública [internet]. 2007 [acesso em 2019 mar 31]; 23 (Supl. 1): 13-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ftv38v6jcYkbjKvPLJdHXKM/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2019.
5. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 set 19.
6. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União. 1990 dez 28.

7. Villela MM, Souza JMB, Melo VP, Dias JCP. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas em relação à presença de *Panstrongylus megistus* na região centro-oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 2020 mar 21]; 25(4):907-917. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000400022&lng=en

8. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019a, 741 p.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença de Chagas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018, 145 p.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional [Internet]. 2020 mai. 18 [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.061-de-18-de-maio-de-2020-259143078>

11. Champagne F, et al. Modelizar as Intervenções. *In*: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizators. **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 61-74.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde: zoonoses [Internet]. Brasília: Cadernos de Atenção Básica; 2009, 124 p. [acesso em 2020 mar 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_zoonoses_p1.pdf

13. Organização Pan Americana da Saúde. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos [Internet]. Rio de Janeiro: PANAFTOSA-VP/OPAS/OMS, 2009, 92 p. [acesso em 2020 mar 21]. Disponível em: [guia_vigilancia_prevencao_doenca_chagas.pdf \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br/guia_vigilancia_prevencao_doenca_chagas.pdf)

14. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica. Brasília: Rev. Patol. Trop; 2013. 4 p.

15. Instituto Oswaldo Cruz. Atlas Iconográfico dos Triatomíneos do Brasil (Vetores da Doença de Chagas). Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2014, 58 p. [acesso em 2020 mar 21]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ioc/media/Atlas_triatominio_jurberg.pdf

16. Dias JCP, Ramos Júnior AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 2020 mar 21]; 25(esp): 7-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222016000500007&lng=en.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico para a Doença de Chagas Aguda e distribuição espacial dos triatomíneos de importância epidemiológica no Brasil de 2012 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2019, 11p.
18. Souza LEPPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizators. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.
19. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico da doença de Chagas. Salvador: SUVISA, 2018, p. [acesso em 2019 jan 4]. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2018-Boletim-epidemiológico-Doenças-de-Chagas-n.-01.pdf>>
20. Ramos JR. et al. O Papel da Pesquisa Operacional e os Desafios para Integração da Assistência e do Controle da Doença de Chagas no Sistema Único de Saúde. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2010, 43 (supl II): 12-17.

3.4 ARTIGO 3

ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DOENÇA DE CHAGAS EM SISTEMAS MUNICIPAIS

Taise de Alcantara Amancio. Amancio TAA. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8917-9697> E-mail: taiseamancio@gmail.com

Hebert Luan Pereira Campos dos Santos. Santos HLPC. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2722-7945> E-mail: ohebertluan@gmail.com

Hildebrando Antunes de Carvalho Neto. Carvalho Neto HA. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0305-8473> E-mail: netoantunes08@gmail.com

Maria de Lourdes Lacerda Lemos. Lemos MLL. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6093-687X> E-mails: lourdes.mlll@hotmail.com

Eliana Amorim de Souza. Souza EA. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9653-3164> E-mail: amorim_eliana@yahoo.com.br

Níliá Maria de Brito Lima Prado. Prado NMBL. Universidade Federal da Bahia.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8243-5662> E-mail: nilia.prado@ufba.br

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar a implantação do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas em dois municípios do estado da Bahia, Brasil. Foi realizada uma avaliação normativa das dimensões e análise de aspectos do contexto organizacional, contemplando o grau de implantação e a análise da influência do contexto organizacional nos dois locais considerados endêmicos, classificados como de alto e médio risco. O município 1 alcançou um grau de implantação de 61,60%, e o município 2 obteve 64,49%, sendo ambos considerados intermediários, com forte influência do contexto organizacional no grau de implantação obtido. Entre as facilidades, destacam-se o pioneirismo da vigilância entomológica no município 1 e a rede de atenção à saúde estruturada no município 2. Entretanto, ainda persistem entraves nos contextos avaliados, a exemplo dos desafios na sustentabilidade de ações de vigilância, incipiência na formação e educação permanente em doença de Chagas, dificuldades no diagnóstico precoce e na instituição de tratamento específico e oportuno. Evidenciou-se a importância do fortalecimento das ações da atenção primária em saúde para identificação e cuidado ampliado de casos da doença por equipes interprofissionais, para suscitar maior integralidade das ações.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde; Doença de Chagas; Avaliação em saúde.

⁴Submetido à Revista Saúde em Debate

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the implementation of the National Chagas Disease Control Program in two municipalities in the state of Bahia, Brazil. A normative evaluation of the dimensions and analysis of aspects of the organizational context was performed contemplating the degree of implementation and the analysis of the influence of the organizational context in the two locations considered endemic, classified as high and medium risk. Municipality 1 reached an implementation level of 61.60% and municipality 2 obtained 64.49%, both being considered intermediate, with a strong influence of the organizational context on the implementation level obtained. Among the facilities, we highlight the pioneering of entomological surveillance in municipality 1 and the structured health care network in municipality 2. However, there are still obstacles in the evaluated contexts, such as challenges in the sustainability of surveillance actions, incipient training and continuing education in Chagas disease, difficulties in early diagnosis and in the institution of specific and timely treatment. The importance of strengthening the actions of primary health care for the identification and extended care of cases of the disease by multidisciplinary teams to raise greater completeness of actions was evidenced.

Keywords: Public Health Policies; Chagas Disease; Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Doença de Chagas (DC) apresenta-se como um problema de saúde pública a ser superado¹. Os dados revelam 3060 casos de Doença de Chagas Aguda (DCA) entre os anos de 2007 a 2019². Com relação à Doença de Chagas Crônica (DCC), as estimativas de 2020 revelam um total de, aproximadamente, 1.366.000 casos entre as pessoas com mais de 25 anos. Ademais, o agravo é responsável por uma média de 4663 óbitos anuais, segundo dados de 2007 a 2017 do Ministério da Saúde², além das perdas sociais causadas pela doença nas áreas endêmicas, como absenteísmo, incapacidades no trabalho e aumento dos custos dos serviços de saúde e de previdência social³.

Por sua vez, a doença de Chagas atinge, majoritariamente, a população com maior vulnerabilidade socioeconômica, proveniente das zonas rurais, com baixa escolaridade, baixa visibilidade política e forte dependência de ações estatais efetivas e longitudinais^{3,4}. Comumente, tais estratégias são atropeladas por ações direcionadas a patologias e programas de maior visibilidade político-social³. Nesse cenário, evidencia-se a persistência de falha na operacionalização dos serviços de saúde, especialmente, o acesso oportuno a diagnóstico e tratamento. Percebe-se, ainda, o desafio na oferta de um cuidado integral a essas pessoas e suas famílias, bem como na vigilância e no controle da infecção pelo *T. cruzi*⁵.

A análise do conjunto de normas legais e técnicas que configuram o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCCh) tem evidenciado lacunas críticas relacionadas aos aspectos operacionais das ações de atenção à saúde ao acometidos pela doença. No que concerne aos estudos avaliativos, a maioria enfatiza aspectos restritos à vigilância epidemiológica e entomológica, com foco na ocorrência e distribuição de espécies de triatomíneos, suas características e distribuição geográfica, e sobre a aplicação de inquéritos sorológicos^{6,7,8}.

Ante o exposto, o objetivo do artigo é analisar a implantação do programa nacional da doença de Chagas em municípios baianos, considerados endêmicos, classificados como de alto e médio risco, na região sudoeste do estado da Bahia.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

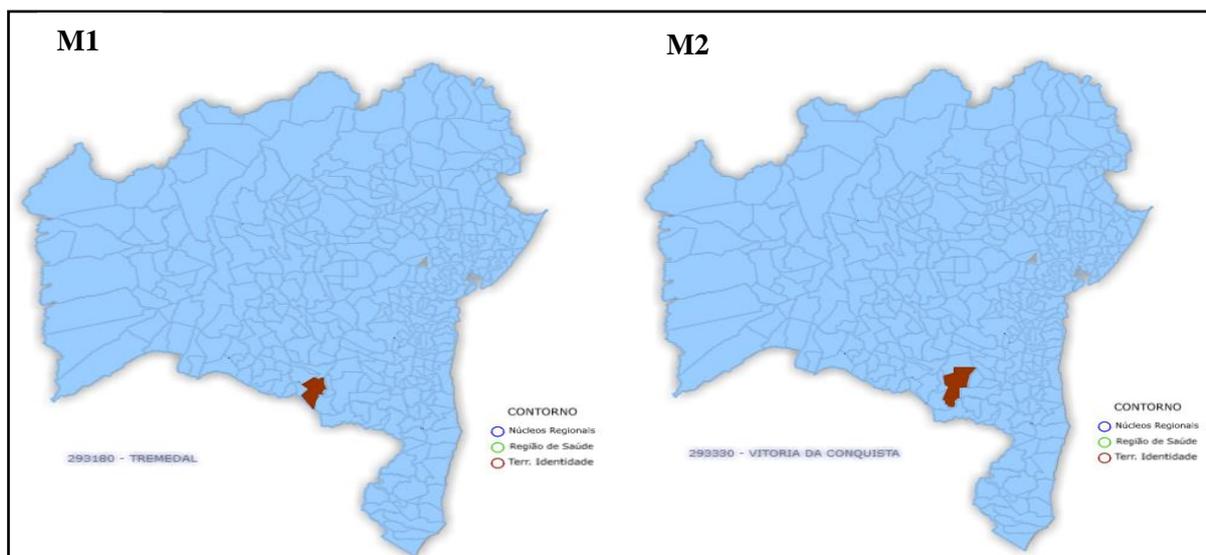
Trata-se de um estudo descritivo de caráter avaliativo, de análise de implantação, que contemplou o grau de implantação e a análise da influência do contexto organizacional (avaliação de implantação do tipo 1b)⁹ por intermédio de estudo de múltiplos casos em municípios do estado da Bahia.

A análise da implantação refere-se, em síntese, ao estudo das relações entre uma ação e seu contexto no percurso de sua execução, com o intuito de identificar melhor os elementos facilitadores ou aqueles que levam ao comprometimento da implantação⁹.

Cenários do estudo

A figura 1 apresenta o mapa da Bahia com a localização do município 1 e do município 2.

Figura 1. Localização geográfica dos municípios no estado da Bahia, Brasil, 2022.



Fonte: Regiões de Saúde do Estado da Bahia, 2021¹⁰.

Compuseram os cenários de análise para este estudo dois municípios do estado da Bahia, ambos inseridos em uma mesma região de saúde (Quadro 1).

Quadro 1. Caracterização dos municípios participantes do estudo, 2022.

Município	Área Geog. km ²	Pop. Estim. (2021)	PIB per capita (2019)	IDHM (2010)	Índice GINI	N. Eq. ESF (2020)	Cobertura de ESF (2020)	Risco transm. vetorial
M1	2.010,316 km ²	15.996	7.573,75	0,528	0,48	07	100%	Alto risco
M2	3.254,186 km ²	343.643	21.459,85	0,678	0,55	48	48,48%	Médio Risco

FONTE: IBGE, 2021¹¹; Atlas Brasil, 2010¹²; e-Gestor AB, 2020¹³; Bahia, 2018¹⁴.

Tanto o município 1 quanto o município 2 possuem grandes áreas de zona rural em seus respectivos territórios.

Quanto à organização da rede de serviços, no que se refere à entomologia, o município 1 mantém um coordenador de endemias específico para controle vetorial da doença de Chagas, sendo a equipe formada por mais cinco Agentes de Combate às Endemias (ACE), ambos supervisionados pela coordenação da Vigilância Epidemiológica. Há oito Postos de Entrega de Triatomíneos (PITs) e um laboratório próprio para análise dos triatomíneos quanto à positividade para *T. cruzi*. A rede utilizada para atendimentos de casos de DC, ainda que não formalmente delineada, abrange unidades de saúde da Atenção Primária, um hospital municipal, uma central de regulação municipal de exames e procedimentos e articulações eventuais com serviços especializados pactuados no município polo da região de saúde. Os internamentos e procedimentos de alta complexidade são realizados via pactuação com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), viabilizados pelos Núcleos Regionais em Saúde (NRS) e pelas bases regionais. Para o tratamento, o medicamento antiparasitário específico é adquirido via solicitação à SESAB, também por intermédio do NRS. Vale ressaltar que no município 1 não há fluxo de atenção à saúde definido para os acometidos pela doença de Chagas.

No município 2, a vigilância entomológica conta com um coordenador de endemias, que, além da doença de Chagas, é responsável por outros agravos de disseminação vetorial, sendo a equipe formada por seis ACE cuja coordenação está atrelada à diretoria de vigilância à saúde. Destaca-se que não há PITs, todavia, os triatomíneos encontrados podem ser entregues na secretaria de saúde, e existe um laboratório para análise dos vetores. Os serviços acessados para o atendimento a casos de DC compreendem: unidades de atenção primária à saúde; central de regulação de exames e procedimentos especializados, que realizam agendamentos tanto de forma centralizada quanto descentralizada com a presença de marcadores dentro das unidades de saúde; e um centro de especialidades. Os casos de emergência e internamento hospitalar, bem como alguns procedimentos de alta complexidade também são realizados via serviço estadual. O tratamento específico é adquirido por meio de solicitação junto à SESAB via NRS e bases regionais. Entretanto, do mesmo modo, não existem fluxos de atenção à saúde formalizados para a doença de Chagas.

Sujeitos do estudo

Os sujeitos que contemplaram os informantes-chave atuam localmente na coordenação, execução ou utilização das ações do programa de controle da DC nos diversos níveis (Quadro 2). Ressalta-se que houve dificuldades na identificação de usuários acometidos por doença de Chagas, uma vez que nos municípios não havia dados sobre esses usuários. Por sua vez, as unidades de saúde desconheciam casos de doença de Chagas em seus territórios. Assim, foi entrevistado apenas um usuário em cada município.

Quadro 2. Caracterização dos informantes-chave do estudo, 2022.

Município	Atuação	Tempo no cargo	Código
M1	Secretária Municipal de Saúde	2 anos e 6 meses	G1 – M1
	Coordenadora da Vigilância Epidemiológica	2 anos	G2 – M1
	Coordenador de Endemias	18 anos	G3 – M1
	Coordenadora da Atenção Básica	2 anos	G4 – M1
	Diretora do Hospital Municipal	6 anos	G5 – M1
	ACS	11 anos	P1 – M1
	ACE	10 anos	P2 – M1
	Enfermeira	3 meses	P3 – M1
	Médica	7 meses	P4 – M1
	Usuário	Não se aplica	U1 – M1
TOTAL DE ENTREVISTADOS M1			10
M2	Secretária Municipal de Saúde	2 anos e 1 mês	G1 – M2
	Diretora de Vigilância em Saúde	1 ano e 4 meses	G2 – M2
	Coordenador de Endemias	3 anos	G3 – M2
	Apoiadora Institucional da Atenção Básica	1 ano e 5 meses	G4 – M2
	ACS	21 anos	P1 – M2
	ACE	18 anos	P2 – M2
	Enfermeira	1 ano e 6 meses	P3 – M2
	Médico	1 ano e 3 meses	P4 – M2
Usuário	Não se aplica	U1 – M2	
TOTAL DE ENTREVISTADOS M2			09
E	Gestor Estadual	3 anos	GE
TOTAL DE ENTREVISTADOS DO ESTADO			01
TOTAL DE ENTREVISTADOS			20

Fonte: Elaborado pelos autores. Legenda: M: Município, G: Gestor, P: Profissional, U: Usuário, E: Estado.

Produção dos dados

Os dados foram produzidos a partir de entrevistas, revisão e análise documental.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (entre julho de 2019 e março de 2020) com gestores, profissionais de saúde e usuários nos dois municípios com a utilização de um roteiro delineado conforme as dimensões e subdimensões de uma matriz avaliativa validada por especialistas e a observação *in loco* e análise dos documentos que comprovaram a condução do PNCDCh no âmbito municipal (portarias, atas, resoluções, manuais etc.).

As entrevistas foram gravadas após autorização do informante, transcritas na íntegra, e os dados coletados foram organizados e sistematizados em uma planilha do Microsoft Word®.

Análise de dados

Os dados coletados a partir das entrevistas e da análise de documentos foram analisados por meio da leitura flutuante das respostas e sistematização das ideias iniciais, exploração do material para codificação das questões, conforme as categorias operacionais pré-estabelecidas e interpretação dos excertos¹⁵. Esses dados permitiram a análise dos fatores dos contextos político-organizacional (cenário de implantação do programa) e técnico-organizacional (cooperação dos atores no apoio à implantação e à contribuição dos dispositivos institucionais na implantação). Esses excertos foram analisados, também, conforme as dimensões, objetivos, ações e resultados esperados pelo programa de controle de DC.

Para avaliação do grau de implantação, foi utilizada a matriz de padrões e critérios do PNCDCh, construída a partir das estratégias vigentes para enfrentamento dos dados em nível nacional, contida nos seguintes documentos: Caderno de Atenção Básica nº 22 – zoonoses (2009)¹⁶, Guia de transmissão da doença de Chagas por alimentos (2009)¹⁷, Recomendações para o diagnóstico parasitológico e sorológico da doença de Chagas (2013)¹⁸, Atlas iconográfico de triatomíneos (2014)¹⁹, II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2015)²⁰, Protocolo Clínico de Diretrizes terapêuticas em doença de Chagas (2018)²¹, Guia de Vigilância em Saúde (2019)²², Boletim Epidemiológico da doença de Chagas aguda (2019)²³, Portaria nº 1061 (2020)²⁴. O referido instrumento foi anteriormente validado por especialista da área (descritas no artigo 2). Os excertos das entrevistas e a observação dos documentos foram analisados de acordo com a matriz de padrões e critérios, sendo determinada uma pontuação máxima para cada padrão e cada critério da referida matriz, a partir da interpretação, possibilitando a mensuração do grau de implantação do programa.

O cálculo do grau de implantação foi obtido pela relação entre a pontuação observada em cada padrão e dimensão, e as respectivas pontuações máximas de cada, multiplicadas por 100: $\text{Escore} = \text{Pontuação obtida} / \text{pontuação máxima} \times 100$, onde a Pontuação obtida = \sum da pontuação obtida em cada critério, dimensão ou nível e a Pontuação Máxima = \sum da pontuação máxima de cada critério, dimensão ou nível. A partir do escore alcançado, classificou-se o grau de implantação em três categorias: incipiente > 25 e < 49 pontos; intermediário > 50 e < 75 pontos; e avançado > 75 pontos.

Aspectos éticos

Este projeto está vinculado ao projeto original intitulado Integração de Ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para hanseníase e doença de Chagas no SUS no Sudoeste do estado da Bahia, aprovado pelo Edital FAPESB nº 003/2017, Programa de Pesquisa para o SUS

(PPSUS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira, conforme parecer nº 2.644.039. A gestão municipal dos dois locais autorizou a realização da pesquisa mediante assinatura do Termo de Anuência Institucional. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grau de implantação do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas foi considerado intermediário em ambos os municípios, correspondendo a 61,60% no M1 e a 64,49% no M2 (Quadro 3). O quadro 3 traz a pontuação máxima e a pontuação alcançada pelos municípios em cada padrão, dividindo-os de acordo com a subdimensão e dimensão pertencente.

Quadro 3. Matriz de mensuração do grau de implantação geral do PNCDCh nos dois municípios baianos, 2022.

VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE	SUBDIMENSÃO	PADRÃO	PONT. MÁX.	M1	M2	
	VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE	ENTOMOLOGIA	Identificar as particularidades locais da cadeia de transmissão da doença de Chagas.	1,60	0	0
Realizar vigilância entomológica passiva.			1,40	1,40	0,65	
Proceder à vigilância entomológica ativa.			0,80	0,80	0,80	
Efetuar vigilância entomológica após casos de transmissão vetorial.			0,50	0,50	0,50	
Analisar triatomíneos capturados.			1,90	1,90	1,90	
Estabelecer medidas de correção ambiental para controle da colonização triatomínea.			1,80	1,30	1,05	
TOTAL			8,00	5,90	4,90	
EPIDEMIOLOGIA		Suspeitar de casos da doença de Chagas e seus possíveis modos de transmissão.	0,90	0,68	0,68	
		Produzir informações epidemiológicas consistentes sobre a doença de Chagas.	3,35	1,80	1,80	
		Buscar e investigar possíveis casos suspeitos da doença de Chagas.	3,35	1,15	1,15	
		Garantir a confirmação dos casos suspeitos.	0,90	0,90	0,90	
		TOTAL	8,50	4,53	4,53	
SANITÁRIA		Investigar os serviços transfusionais e de transplantes e o processo de produção de alimentos.	1,92	0,91	0,91	
		Garantir adequação sanitária na produção de produtos alimentícios.	5,05	3,55	4,04	
		Estabelecer precauções nas transfusões/transplantes.	3,03	2,53	2,53	
		TOTAL	10,00	6,99	7,48	
EDUCAÇÃO EM SAÚDE		Conscientizar a população para prevenção e comunicação de insetos suspeitos e/ou capturados.	5,30	4,00	2,50	
		Promover educação permanente, com relação à DC, aos profissionais de saúde.	4,20	2,56	2,10	
		TOTAL	9,50	6,56	4,60	
TOTAL - VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE			36	23,98	21,51	
GRAU DE IMPLANTAÇÃO – VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE			100%	66,61%	59,75%	

			INT	INT		
CUIDADO À SAÚDE	DIAGNÓSTICO e RASTREAMENTO	Confirmar a DCA através de método parasitológico direto, o mais indicado na fase aguda.	1,60	1,00	1,00	
		Diagnosticar crianças sob suspeita da infecção congênita por <i>T. cruzi</i> .	1,52	0	0	
		Proceder diagnóstico laboratorial dos casos crônicos de DC por metodologias sorológicas.	0,42	0,42	0,42	
		Diagnosticar casos de reativação da doença de Chagas.	1,52	1,31	1,31	
		Utilizar parâmetro clínico-epidemiológico para casos da doença de Chagas aguda.	0,50	0	0	
		Diagnosticar a forma crônica indeterminada da doença de Chagas.	0,50	0,50	0,50	
		Efetuar o diagnóstico de cardiopatia chagásica aguda.	0,50	0,50	0,50	
		Proceder ao diagnóstico de cardiopatia chagásica crônica.	0,43	0,43	0,43	
		Diagnosticar formas crônicas digestivas da doença de Chagas.	0,84	0,56	0,84	
		Realizar cuidadosa abordagem assistencial na investigação e no diagnóstico da DC.	0,92	0,46	0,46	
		Rastrear público que apresenta vulnerabilidade para DC.	1,45	0,64	0,64	
		TOTAL	10,20	5,82	6,10	
		TRATAMENTO	Tratar etiologicamente indivíduos com doença de Chagas aguda.	0,92	0,47	0,47
	Empregar farmacoterapia etiológica em quadros específicos da DCC.		0,29	0,15	0,15	
	Avaliar, de maneira compartilhada, o tratamento etiológico em alguns casos de DCC.		0,89	0,46	0,46	
	Não ofertar tratamento antiparasitário para <i>T. cruzi</i> , em casos específicos.		0,60	0,60	0,60	
	Tratar casos indicados de DC com benznidazol (fármaco de primeira escolha).		1,65	1,65	1,65	
	Oferecer tratamento de casos da DC, de maneira substitutiva, com nirfutimox*.		1,32	0	0	
	Tratar clinicamente os casos de cardiopatia chagásica aguda.		0,39	0,39	0,39	
	Tratar clinicamente os casos de cardiopatia chagásica crônica.		2,14	1,56	1,88	
	Tratamento clínico da forma crônica digestiva da doença de Chagas – megaesôfago.		1,26	0,89	1,06	
	Tratamento clínico da forma crônica digestiva da doença de Chagas – megacólon.		1,18	0,95	1,05	
	TOTAL		10,60	7,12	7,68	
	SEGUIMENTO	Identificar e conduzir falha terapêutica.	1,20	0	0	
		Acompanhar, clínico-laboratorialmente, os indivíduos tratados etiologicamente.	3,40	1,70	1,70	
		Acompanhar os acometidos da doença de Chagas.	6,60	3,70	3,83	
		TOTAL	11,20	5,40	5,53	
	TOTAL – CUIDADO À SAÚDE			32	18,34	19,31
	GRAU DE IMPLANTAÇÃO – CUIDADO À SAÚDE			100%	57,31%	60,34%
	RAS EM DOENÇA DE CHAGAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA	Garantir tratamento com benznidazol para a DC.	1,75	1,75	1,75
			Empregar terapia com benznidazol na atenção básica.	3,00	2,25	2,25
			Acompanhamento de indivíduos com DC, em casos não graves.	1,75	0,90	1,31
			Referenciar os casos graves da doença de Chagas.	1,75	0,90	1,75

RAS EM DOENÇA DE CHAGAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA	Encaminhar as reações adversas graves ao benznidazol.	6,00	2,99	3,71	
		Responsabilização pelos usuários com DC em acompanhamento nas unidades de referência.	1,75	0,90	0,90	
		TOTAL	16	9,69	11,67	
	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Atender os casos graves da doença de Chagas.	3,75	1,93	3,75	
		Atender as reações adversas graves ao benznidazol.	5,50	3,41	4,50	
		Garantir e ofertar tratamento com benznidazol, nifurtimox e amiodarona.	6,75	4,25	4,25	
		TOTAL	16	9,59	12,00	
	TOTAL – RAS EM DOENÇA DE CHAGAS			32	19,28	23,67
	GRAU DE IMPLANTAÇÃO – RAS EM DOENÇA DE CHAGAS			100%	60,25%	73,96%
					INT	INT
GRAU DE IMPLANTAÇÃO GERAL			100%	61,60%	64,49%	
				INT	INT	

Legenda: DC: Doença de Chagas; DCC: Doença de Chagas Crônica; RAS: Rede de Atenção à Saúde.

Grau de implantação: incipiente (INC): > 25 e < 49 pontos; intermediário (INT): > 50 e < 75 pontos; e avançado (AVA): > 75 pontos.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Evidencia-se que o município 1 contou com maior grau de implantação na dimensão vigilância, prevenção e controle. É um município considerado referência para a vigilância entomológica dos triatomíneos e amplamente acompanhado pelo âmbito Estadual, visto que constituía um dos territórios baianos onde ainda existiam focos residuais do *T. infestans*.

Por sua vez, o município 2 sobressaiu-se na dimensão Rede de Atenção à Saúde (RAS) em doença de Chagas. Por se tratar de um município de maior porte populacional, a rede de atenção mostra-se mais estruturada, com maior escopo de componentes e maior facilidade de acessar tais serviços. Aqui, vale ressaltar que o município 1 tem uma considerável população que vive na grande área de zona rural do município, o que pode dificultar ainda mais o acesso à saúde, inclusive aos serviços pactuados e disponíveis fora do M1.

Ademais, nenhum dos dois municípios tem uma rede específica para atenção à saúde em doença de Chagas, contudo, conforme a necessidade, viabiliza-se a realização de exames e consultas especializadas por meio da RAS do município.

A seguir, o quadro 4 apresenta os principais excertos dos entrevistados, tendo sido dividido pelas dimensões e subdimensões propostas para o PNCDCh. Na sequência, apresentam-se os resultados e discutem-se de acordo com as dimensões: vigilância, prevenção e controle; cuidado à saúde e rede de atenção em doença de Chagas.

Quadro 4. Principais excertos extraídos das falas dos informantes-chave, de acordo com as dimensões e subdimensões do PNCDCh, 2022.

Dimensão	Subdimensão	Município 1	Município 2
VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE	ENTOMOLOGIA	[...]A gente faz a programação anual de que é feito pesquisa tanto passiva quanto ativa através dos PITS, né? Que tem... todas as unidades tem um ‘pitizinho’, uma caixinha para poder coletar os barbeiros [...] A gente tem um laboratório aqui também no centro de endemias, e, então, a análise é feita, imediata; é dado o resultado pros usuários se era um barbeiro positivo ou não; faz a borrifação... então, assim, até o momento, as ações foram focadas na questão vetorial [...] G2M1	[...] a gente faz busca ativa dos vetores, a gente faz borrifação das localidades, das residências. Tanto a gente faz atendimento via algum tipo de denúncia ou por ouvidoria, ou o próprio morador faz uma ligação via telefone direto da coordenação. A gente atende dessa forma em relação a vetor [...] G2M2
		A gente está trabalhando nas localidades que foram encontrados barbeiros o ano passado e também em outras localidades que entraram por sorteio [...] G3M1	[...] Elas (as ações) são panejadas a partir das localidades que tinha um histórico de ocorrência de presença de triatomíneos [...], do trabalho realizado na SUCAM e FUNASA. Nós levantamos esses dados anteriores e, a partir daí, a gente fez um cronograma nessas localidades[...] G3M2
	EPIDEMIOLOGIA	Oh! No momento, ela é uma doença subnotificada, entre aspas, porque, assim, nós nunca identificamos nenhum caso de Chagas agudo [...] Desde que eu assumi, nunca teve também nenhum paciente que teve, que foi diagnosticado e iniciou tratamento. G2M1	[...] a gente viu que... nosso banco de dados... de informação, voltado pra Chagas, ele é deficiente. A gente conseguiu ver quando cruzamos os dados, é... laboratoriais com os dados do sistema de identificação, o próprio SINAN e não bate. Os dados registrados no SINAN era bem menor [...] G2M2
	SANITÁRIA	Sim. A gente tem abordado bastante (orientação sobre manipulação de alimentos). É um tema que está até em evidência agora [...] G3M1	Assim, nós da vigilância sanitária municipal, é... trabalha com a legislação específica das boas práticas e manipulação de alimentos. Agora, dentro da RDC a gente já completa de uma forma geral, né? [...] G2M2
	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	A gente desenvolve um projeto, tem o projeto saúde na escola. Inclusive, ontem eu estava fazendo as ações nas escolas. E a gente tem uma parceria com a secretaria de educação também com relação à doença de Chagas [...] G3M1	Nós temos uma equipe de educação e saúde... educação popular e saúde compõe a equipe de controle de endemias, onde nós temos feito essas abordagens nas comunidades, né? [...] G3M2
CUIDADO EM SAÚDE	DIAGNÓSTICO E RASTREAMENTO	[...] Na minha área de trabalho não conheço nenhum caso de doença de Chagas. Não conheço. P1M1 Nós começamos a olhar a doença de Chagas como uma doença do município, que a gente não sabia que tinha, quando apareceram dois casos aqui no hospital. G5M1	Não, nunca tive. Se existe os pacientes contaminados lá deve provavelmente ser ocultos. Porque nunca tive nenhum contato com paciente que seja com Chagas crônica ou Chagas aguda que foi identificado [...] P4M2

		[...] Até o momento, não. Está pensando em fazer um rastreamento por meio dos agentes comunitários de saúde pra poder ver quem se declara com Doença de Chagas, mas, fora isso, nenhum rastreamento. G2M1	[...] Se houver um caso de Doença de Chagas aguda, a gente precisa avaliar toda a população que teve contato com aquela unidade domiciliar, ou que frequentou etc. G3M2
	TRATAMENTO	[...] pelo que me falaram, tipo, faz um relatório e envia, o farmacêutico envia para o farmacêutico do núcleo, e ele é que faz o pedido dessa medicação e envia para o município. G2M1	É disponibilizado a partir da... farmácia central do estado, né? É um produto... um medicamento que vem do Ministério de Saúde pra ser distribuído nessa situação e a partir da necessidade do paciente. Então, seguindo os protocolos, é liberado. G3M2
	SEGUIMENTO	Tenho uma paciente que tem. Veio até há pouco tempo comigo. Ela está fazendo acompanhamento ‘no município polo’, porque ela tem megacólon chagásico [...] Ela já faz acompanhamento com proctologista e só passou comigo porque o procto tinha dito pra ela que não tinha como mais fazer tratamento. Aí a coordenadora da vigilância epidemiológica me procurou pra fazer o encaminhamento para um outro procto [...] P4M1	Não, só queria ter um atendimento assim mais especificado no meu problema, né? Ter um médico pra eu atender, né? [...] Acho que tem uns cinco anos que eu fiz o teste no sangue para ver se ainda tem o sangue do barbeiro, se tem o veneno ainda. U1M2
RAS EM DOENÇA DE CHAGAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA	Eu acredito que não (sobre a AB ser porta de entrada para os casos de DC), porque, quando um paciente chega, ele já sabe que ele tem a doença, ele já está com algum problema cardíaco, alguma coisa e chega no hospital [...] G4M1	Paciente chegou na unidade de saúde, fez tratamento, detectou que ele tem outro tipo de problema, faz os outros encaminhamentos tanto para rede hospitalar quanto para rede credenciada. G1M2
	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Então, em relação a cirurgia, é uma situação nova para a gente. A gente viu que esse fluxo não é tão claro. Foi nos orientado que essa paciente fosse inserida numa lista única [...]. Passou pelo proctologista do ‘centro especializado – município polo’ e tudo. Ele indicou. A gente pagou uma consulta com um outro proctologista pra ter uma segunda opinião, e ela indicou o uso da cirurgia, fez um relatório e, através desse relatório, a gente anexa numa lista única, e aí estamos aguardando a marcação para essa paciente ser provavelmente encaminhada para Salvador [...] G2M1	É... a gente tem uma rede integrada [...] inclusive teve momentos outros integrados de discussão, né? Junto com, por exemplo, a diretoria de regulação, principalmente [...] com a coordenação de regulação que hoje é a representante da central de marcação do município, é... pra tá garantindo todo o acompanhamento e principalmente itinerário terapêutico desse paciente, né? G2M2

Legenda: AB: Atenção Básica; DC: Doença de Chagas; FUNASA: Fundação Nacional de Saúde; PIT: Posto de Informação de Triatomíneo; RDC: Resolução da Diretoria Colegiada; SINAN: Sistema de Notificação de Agravado de Notificação; SUCAM: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Vigilância, Prevenção e Controle

Na dimensão Vigilância, Prevenção e Controle, o município 1 alcançou a pontuação de 66,6%, enquanto o município 2 obteve 59,8%.

Nota-se que ambos os municípios realizam atividades de vigilância entomológica. No entanto, o município 2 não conta com a implantação de Posto de Informação de Triatomíneo (PIT) nos diversos pontos da cidade, e a entrega de triatomíneos ocorre apenas na Secretaria de Saúde do município.

Contudo, nota-se que o PIT é uma ferramenta considerada efetiva para o processo de vigilância entomológica, conforme descrito na fala de um gestor do município 1:

[...] O PIT tem facilitado muito o nosso trabalho, porque aqui nós temos 256 localidades, então são várias localidades e distantes [...] o PIT favorece muito isso, porque, mesmo a equipe fazendo a vigilância ativa, trabalhando em todo município, ela não consegue suprir a necessidade do município [...]
G3M1

Nesse sentido, vigilância passiva, através da colaboração da população devidamente informada e com garantia de resposta rápida e oportuna, é de suma importância para o controle vetorial^{25,26}.

Por outro lado, evidenciam-se alguns desafios para a regularidade das ações de vigilância ativa em ambos os contextos, conforme ilustram os excertos abaixo:

“[...] Temos um contingente hoje mínimo, né? Em relação ao necessário. E... nós temos outras dificuldades, como transporte [...]”. G3M2

“[...] Nós temos um transporte que é o que precisa é essencial para que o trabalho funcione [...], mas ele não tá em boas condições né [...]”. G2M1

Os desafios emergidos pelas falas dos entrevistados corroboram outros estudos que evidenciaram a ausência e/ou más condições do transporte para a realização da busca ativa pelos agentes municipais^{7,26,27}, além da insuficiência de recursos humanos para o programa²⁷. Entretanto, um programa de entomologia deve ser organizado e contemplar ações regulares, já que a maior parte de triatomíneos do peridomicílio somente é encontrada pelos agentes de endemias⁷.

Cabe destacar que ambos municípios não realizavam ações de identificação de reservatórios para *T. Cruzi* e não desenvolviam projetos de reconstrução/reforma de domicílios em risco para infestação de barbeiros. Todavia, a literatura evidencia que a melhoria das condições habitacionais através da reconstrução ou reforma do domicílio e do peridomicílio, associada ao controle químico, é prática essencial para a redução da infestação de barbeiros^{28,29}.

Mesmo reconhecendo tal determinação socioeconômica da doença de Chagas, o programa de controle baseou-se ao longo dos tempos somente na borrifação de inseticidas⁶, sendo primordial a ação intersetorial como forma de atuar nas desigualdades sociais que atingem os usuários acometidos³⁰.

No que diz respeito à vigilância epidemiológica do agravo, a maioria dos relatos evidenciava que a detecção da doença tem ocorrido de maneira passiva, ou seja, através de demanda espontânea e/ou encaminhamentos. Com relação às informações em saúde, havia inconsistências sobre os casos de doença de Chagas aguda e inexistência de registros dos usuários acometidos pela fase crônica da doença.

Tais dados assemelham-se ao estudo com médicos da estratégia saúde da família, em que foi informada a falta de conhecimento sobre a quantidade de usuários com doença de Chagas no município e que não existiam informações sobre esse público no âmbito das unidades de saúde³¹.

Importante ressaltar que os casos crônicos não eram de notificação compulsória até maio de 2020, e os municípios deste estudo, avaliados em período anterior a tal prerrogativa, informaram não possuir registro desses dados em nível municipal.

No que se refere à vigilância sanitária, os municípios relataram o desenvolvimento de vistorias em locais de produção de alimentos, mas não de uma maneira específica para doença de Chagas. O município 2 tinha o serviço de vigilância sanitária mais organizado que o município 1. No entanto, o município 1 realizava orientações à comunidade sobre transmissão oral da doença de Chagas por intermédio da equipe de endemias.

Um outro ponto importante para a discussão é a educação em saúde. Identificam-se algumas ações de educação para a comunidade, no sentido de orientar a população quanto à doença de Chagas, especialmente, quanto ao vetor da doença em ambos os municípios. Destaca-se o município 1, com parceria com as escolas, desenvolvendo, além de ações do Programa de Saúde na Escola, projetos extracurriculares sobre a temática com os alunos.

Outros estudos demonstram o desenvolvimento de educação para a comunidade relacionada tanto ao vetor quanto à própria doença de Chagas^{8,27}, todavia, ainda há dificuldades da população em reconhecer os triatomíneos²⁷.

No que se refere às ações de educação permanente em saúde, a maioria dos profissionais relatou ausência dessa temática nas palestras e capacitações desenvolvidas pelos municípios.

“Nunca me foi dito isso. Antes daquela reunião que teve, não. Que teve [...] sobre a pesquisa de vocês em DTNs (doença tropicais negligenciadas) [...]”. P4M1

“[...] No período, na gestão de cinco anos que eu estou no município, nunca participei (de atividade educativa sobre doença de Chagas)”. P3M2

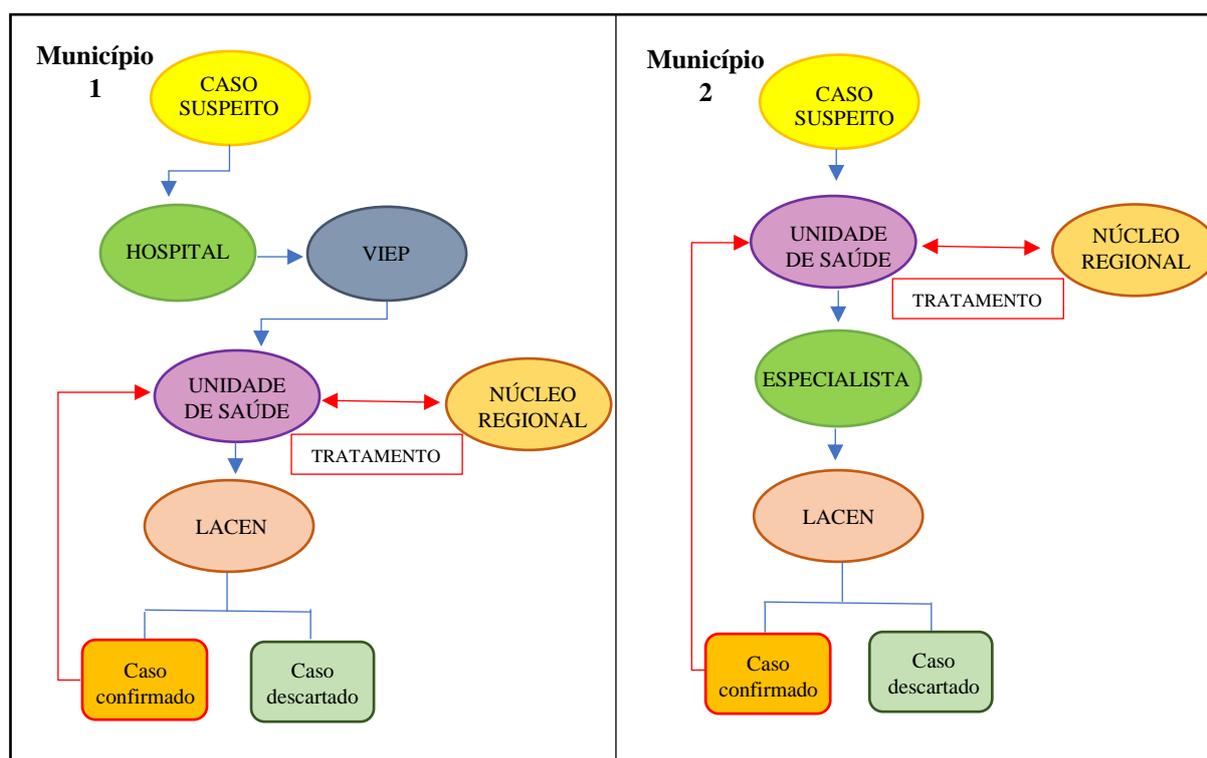
O presente achado coincide com Damasceno et al. (2020)³¹, que evidenciam uma formação acadêmica inadequada de médicos para atuação frente à doença de Chagas, bem como a ausência de capacitações que abordassem a temática nos serviços de saúde. Tal fato converge com a existência de sistema de educação elitista e pouco direcionado a questões de exclusão e desigualdades sociais, agravando a falta de interesse pela doença e seu *status* de negligência³.

Nessa perspectiva, é relevante que as estratégias sejam direcionadas por intermédio de ações de educação para a comunidade e para os profissionais/gestores de saúde, principalmente nos ambientes silenciosos, que são ambientes passíveis de subnotificação, especialmente em regiões endêmicas como o estado da Bahia³².

Cuidado à saúde

Na dimensão Cuidado à Saúde, o município 1 alcançou a pontuação de 57,3%, enquanto o município 2 obteve 60,3%. A figura 2 apresenta o fluxo não formal referido pelos entrevistados, para diagnóstico e tratamento específico para o *T. cruzi* no município 1 e no município 2.

Figura 2. Fluxo informal de diagnóstico/tratamento da doença de Chagas nos municípios 1 e 2.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Evidencia-se que, no município 1, o diagnóstico parte majoritariamente do atendimento hospitalar, especialmente na decorrência de casos graves da doença de Chagas. Já no município 2, a unidade de saúde tem papel importante na identificação de sinais e sintomas de maior gravidade, com encaminhamento para o serviço especializado, no entanto, o diagnóstico de doença de Chagas acontece, em sua maioria, por intermédio do especialista.

Os dois municípios contam com apoio do estado para o diagnóstico laboratorial, nesse sentido, os informantes de ambos os municípios informam a disponibilidade de exames diagnósticos para a verificação da infecção aguda e crônica pelo *T. cruzi*, via Laboratório Central (LACEN). Com relação aos desafios encontrados para a realização de tais exames, evidencia-se eventual demora para agendamento e/ou demora no recebimento dos resultados.

Em ambos os municípios estudados, buscava-se garantir a realização de exames diagnósticos especializados quando eram solicitados, a fim de possibilitar o diagnóstico das complicações. Os exames especializados eram disponibilizados e agendados pela central de marcação dos municípios, que acontecia no município 1 de maneira centralizada e no município 2 de ambas as formas (centralizada e descentralizada). Vale ressaltar que o município 1 contava com o serviço de raio X disponível no hospital municipal e que a maioria das unidades de saúde (aquelas que tinham acesso à internet) realizava o eletrocardiograma (ECG) via telessaúde. Nesse contexto, a estratégia de tele-eletrocardiograma é considerada um facilitador para o reconhecimento precoce de complicações cardíacas da doença de Chagas crônica através de laudos remotos do ECG³¹.

Porém, observa-se que o diagnóstico dos usuários acometidos por doença de Chagas aguda ou crônica não é uma realidade informada pelos municípios, sendo relatada pelos gestores e profissionais de saúde a não existência desses casos em seus territórios. Conforme discutido anteriormente, a ausência de capacitações e de conhecimento adequado por parte dos profissionais de saúde para identificação da doença reflete diretamente no subdiagnóstico dos casos existentes:

“[...] Eu não sei exatamente, eu só sei que o coração cresce. É só isso que eu tô lembrando”.

P1M1

As limitações para diagnósticos oportunos compreendem a ausência de sintomatologia aparente e/ou diagnóstico médico inadequado⁴. Um estudo de coorte, o projeto SaMi-Trop, identificou a ausência de conhecimento e/ou ações de educação permanente sobre a doença de

Chagas direcionadas aos profissionais de saúde como um dos aspectos que mantêm a característica de negligência da doença de Chagas³³.

Sendo assim, é de suma importância que o conhecimento seja disseminado dentro dos serviços de saúde como ferramenta para ampliação do olhar para a DC.

[...] A gestão né, a nível municipal, poderia trabalhar com os profissionais. É... acaba sendo, talvez a gente tenha muita subnotificação por desconhecimento né, por não associar algumas sintomatologias a isso. Acho que a gente deveria receber um preparo pra esses casos [...] P3M2

No que diz respeito ao diagnóstico oportuno, o rastreamento previsto pelo PCDT em doença de Chagas (2018)²¹ estabelece critérios para que a população de risco seja testada, o que comumente não ocorre efetivamente nos municípios 1 e 2. Vale ressaltar que os municípios avaliados não realizavam triagem sorológica para *T. cruzi* em gestantes. Contudo, a identificação de casos da doença de Chagas em gestantes é considerada a melhor estratégia para prevenção de casos congênitos, associada à atenção à criança após o nascimento^{26,34}.

Nota-se que, mesmo na disponibilidade de opções diagnósticas, o diagnóstico ainda ocorre tardiamente, especialmente em estágios mais avançados da doença, com a apresentação de complicações cardíacas e/ou digestivas identificadas.

Destarte, a estratégia de diagnóstico e tratamento precoce previne a progressão do agravo e o aparecimento de sintomas limitantes e incapacitantes aos usuários com doença de Chagas⁵. Sob essa perspectiva, urge a necessidade de ações para a mitigação dos impactos às pessoas que são acometidas pela doença com a finalidade de trazer bem-estar e aumento da expectativa de vida³². Já foi verificado que 56,5 % dos indivíduos acometidos por doença de Chagas não percebem uma boa qualidade de vida³⁵.

No que diz respeito ao tratamento, o medicamento antiparasitário específico de primeira escolha estava disponível no Núcleo Regional de Saúde e é liberado após solicitação formal do município, conforme apresentado na figura 2. O PCDT em doença de Chagas (2018)²¹ instituiu alterações para a utilização do medicamento antiparasitário específico para DC, ampliando seu uso para alguns casos de doença de Chagas crônica. Contudo, a prescrição e utilização do medicamento nos municípios avaliados não é comum, conforme a seguinte fala de um usuário:

“Não, para doença de Chagas não tomei nada”. U1M1

O depoimento acima corrobora a coorte Sami-Trop, em que a maioria dos usuários entrevistados relatou a não utilização prévia do benznidazol³³. Na mesma perspectiva, no

estudo de Mendonça, Rocha, Andrade e Silva (2020)³⁰, somente um usuário havia recebido tratamento medicamentoso para o *T. cruzi*. No sudoeste baiano, de 2016 a 2020, ocorreu solicitação do medicamento apenas para quatro usuários, menos de um tratamento por ano, evidenciando que muitas regionais do estado, até mesmo aquelas de maior risco, demonstram demanda baixíssima para o benznidazol³².

Ressalta-se que tratamentos de maior complexidade que abrangem o cuidado às complicações do agravo, tais como cirurgia e implantação de dispositivos, serão discutidos mais adiante na Rede de Atenção à Saúde em Doença de Chagas, visto que também contemplam a organização e a articulação dos serviços primários e especializados de saúde.

Com relação ao seguimento dos usuários acometidos, a fala a seguir evidencia a dificuldade de acompanhamento desses casos:

“[...] Eu encontrei um rapaz que ele tinha Chagas, e ele tava ruim. Andava um pouquinho e já sentia mal, e não era aposentado e não tinha nenhuma situação e nem ninguém acompanhando [...]”. P2M2

Além do tratamento específico para doença de Chagas, a atenção integral aos usuários acometidos é muito restrita, especialmente, nas suas formas crônicas⁵. O estudo de Damasceno et al. (2020)³¹ evidencia que o atendimento aos usuários com doença de Chagas na atenção básica ocorria somente a partir da procura do próprio usuário, em decorrência de alguma demanda específica. Já um outro estudo evidenciou que 44% dos usuários entrevistados informaram que não realizavam acompanhamento para a doença de Chagas na estratégia saúde da família³³.

Contudo, um tratamento efetivo incide em um acesso qualificado de atenção em saúde, com avaliações clínicas regulares. Cabe ressaltar que usuários com a forma crônica indeterminada da doença necessitam de acompanhamento anual⁴. Desse modo, evidencia-se a necessidade de seguimento do atendimento médico, solicitação e realização de exames periódicos e acompanhamento dos tratamentos instituídos. Todavia, o fato de a doença de Chagas atingir, especialmente, a população das zonas rurais, que tem dificuldades para acessar serviços de saúde, torna-se uma barreira para o controle da doença³⁵. Nesse sentido, a coorte Sami-Trop notou que 31% dos usuários entrevistados morava a mais de 100 km de distância da unidade de saúde³³. No presente estudo, uma das usuárias residia na zona rural, enquanto a outra residiu durante parte da sua vida nesse espaço.

Rede de Atenção à Saúde em Doença de Chagas

Aproximadamente 85% dos casos crônicos da doença de Chagas, incluídas a forma crônica indeterminada e as formas iniciais, podem ser seguidos pela atenção primária à saúde⁴, bem como aqueles casos agudos que não apresentem sinais e sintomas de gravidade²¹. Quando houver necessidade, deve-se referenciar para a atenção especializada³¹.

Na dimensão Rede de Atenção à Saúde em Doença de Chagas, o município 1 alcançou a pontuação de 60,3%, enquanto o município 2 obteve 74%.

Nota-se que a Atenção Primária à Saúde (APS), mesmo com todas as potencialidades, tem dificuldades em cumprir seu papel de porta de entrada para os casos de doença de Chagas nos municípios analisados, especialmente no município 1. A fala de uma gestora (quadro 4) explicita que a APS não constitui o serviço de primeiro contato para doença de Chagas, e que os casos são diagnosticados em um estágio avançado, especialmente, via hospital.

Outros desafios foram identificados no contexto da APS, como a baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família e a dificuldade de acesso a atendimento médico.

Nesse cenário, Mendonça, Rocha, Andrade e Silva (2020)³⁰ relatam em sua pesquisa que os usuários com doença de Chagas enfrentavam dificuldades para acessar consultas médicas e para realizar exames. Por sua vez, nota-se que a atenção médica necessária a esses casos ainda constitui desafio para atenção básica, mesmo em contexto de elevados índices de cobertura da APS³¹.

Por outro lado, não há uma rede específica de atenção à doença de Chagas nos municípios estudados:

Na verdade, não tem uma rede estruturada, né? Não assim, montada uma rede para a doença de Chagas [...] Então, assim é... agora que foi o primeiro caso, a gente... entre aspas, montou uma rede, né? Entrou em contato... a Secretária de Saúde dá total apoio pra realização de exames e tudo, entramos em contato com a DIVEP, com o núcleo [...] G2M1

Evidencia-se que o acesso às especialidades segue itinerários estabelecidos para outros usuários, que não apenas acometidos por doença de Chagas. Não há uma rede que garanta atenção às especificidades da patologia, não há um serviço de referência para DC, e, em caso de agravamento, indica-se encaminhamento para o hospital geral (estadual), que fica no município polo da região de saúde. No entanto, a literatura aponta que a implantação e a

manutenção de serviços de referência para a doença de Chagas são fundamentais para a constituição de suporte técnico e atenção qualificada aos usuários²⁶.

O acesso à atenção especializada deve ser garantido àqueles usuários acometidos pela DC com algum tipo de gravidade e/ou complicações da doença. Nessa perspectiva, os recursos de maior complexidade nos municípios analisados estavam disponíveis tanto no município polo (município 2) quanto na capital do estado, no entanto, houve relatos de demora para agendamentos de especialistas e exames especializados.

“Demora. Para marcar exame é demorado. Estes agora está atrás por causa que descobriu a doença, mas em relação a exame enrola a gente muito”. U1M1

Tal achado corrobora estudo em que os médicos apontaram a dificuldade de acesso dos usuários à atenção especializada, especialmente o cardiologista³¹. Em outra pesquisa, evidencia-se que grande parte dos usuários não conseguia acesso aos exames, impedindo a classificação do agravo e atenção à saúde adequada. Esses fatores favorecem um processo de fragmentação da atenção à saúde e o agravamento das desigualdades/exclusões sociais às pessoas acometidas³⁰.

Vale mencionar que o cuidado individual em saúde no âmbito da atenção primária ou da especializada deve ser articulado em uma rede de atenção integrada³⁶, para facilitar o acesso aos serviços de qualidade em tempo oportuno. Contudo, a participação do apoio institucional dos NRS foi considerada primordial para orientar, divulgar e acompanhar os casos da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo, ao avaliar o grau de implantação do PNCDC em dois municípios do estado da Bahia, identificou fragilidades e dificuldades na implantação, assim como fatores contextuais locais e regionais que se complexificam e interferem nas diversas estratégias para a garantia do controle e a produção de um cuidado qualificado.

Entre os aspectos cruciais para a condução do programa, ressaltam-se: a instituição da vigilância dos casos crônicos para reconhecimento real do cenário epidemiológico; a manutenção regular de ações de vigilância em saúde integradas às ações de cuidado e de organização dos serviços; a existência de ações intersetoriais que reduzam as desigualdades sociais e iniquidades em saúde, além do desenvolvimento de propostas, como o rastreamento

da infecção pelo *T. cruzi* e de seguimento regular dos casos identificados²¹; disponibilidade de profissionais capacitados para a atenção à doença de Chagas. E, por fim, é fundamental que os serviços absorvam, também, as demandas emocionais e sociais desses usuários, com inclusão de outros profissionais (psicólogo e assistente social) nesse processo de cuidado à saúde, dada a interferência psicossocial relacionada ao adoecimento por DC, especialmente a associação da doença com morte iminente e limitações ocupacionais^{4,5,31}.

Ademais, a criação de um serviço de referência regional/estadual em doença de Chagas poderia constituir um instrumento potente para a qualificação da atenção aos usuários acometidos pela doença, inclusive com efetiva participação na educação permanente de outros profissionais de saúde.

Outro aspecto crucial é a organização da atenção à saúde em municípios rurais com maior endemicidade da doença. Destaca-se a importância de o município possuir infraestrutura das unidades de saúde adequada e materiais para ampliar o escopo de prática dos profissionais participantes e ampliar o acesso dos usuários, haja vista que a distância entre as unidades e o local de residência e a indisponibilidade de materiais para realização do cuidado são fatores que apresentaram maior correlação com a não procura dos serviços. Ademais, a forma como a organização dos fluxos se dá nos dois contextos, menos orientada por decisões de comando e controle e mais por compromissos institucionais, revela a necessidade formalização das práticas.

A ausência de registros sobre acometidos pela doença de Chagas crônica nos municípios e o não reconhecimento dos casos no território dificultaram a compreensão mais ampliada do cuidado direcionado a esse público. Desse modo, uma limitação deste estudo se deve à sub-representação dos usuários acometidos por doença de Chagas.

Nesse sentido, é necessário o desenvolvimento de estudos que analisem o itinerário terapêutico dos usuários e as propostas para delineamento da linha de cuidado e uma rede formal para atenção a saúde dos acometidos pela DC, para ampliar o acesso e os cuidados individuais e coletivos pelos serviços de saúde, com otimização de diagnóstico, tratamento e desfechos da doença.

Por fim, as atividades de monitoramento propostas por este estudo são imprescindíveis para a identificação contínua de inconsistências operacionais, mas, também, para permitir ajustes no percurso do planejamento, tornando-o mais adequado e oportuno às necessidades

locorregionais e permitindo auxiliar os gestores em saúde com informações voltadas para a vigilância contínua e sistemática, que garanta o acesso universal como direito.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. OMS lança novo roteiro 2021-2030 para as doenças tropicais negligenciadas [Internet]. c2021 [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: OMS lança novo roteiro 2021-2030 para as Doenças Tropicais Negligenciadas – SBMT.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas: 14 de abril – Dia Mundial. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF, v. 51, n. esp., p. 1-43, abr. 2020.
3. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. Cad. de Saúde Pública [internet]. 2007 [acesso em 2019 mar 31]; 23 (Supl. 1): 13-22. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ftv38v6jcYkbjKvPLJdHXKM/?lang=pt>. Acesso em: 31 mar. 2019.
4. Dias JCP. Evolution of Chagas Disease Screening Programs and Control Programs Historical perspective. Global Heart. 2015; 10 (3):193-202.
5. Ramos Jr NA, Sousa AS. The continuous challenge of Chagas disease treatment: bridging evidence-based guidelines, access to healthcare, and human rights. Rev Soc Bras Med Trop [internet]. 2017 [acesso em 2021 set 10]; 50(6):745-747. Disponível em: doi: 10.1590/0037-8682-0495-2017
6. Silva ADG, Pontes RJS, Alencar CHM, Ramos Jr AN, Lima JWO. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas no estado do Ceará: período de gestão federal, 1975 a 2002. Cad. Saúde Colet. 2009; 17 (4): 873 – 892.
7. Villela MM, Souza JMB, Melo VP, Dias JCP. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas em relação à presença de *Panstrongylus megistus* na região centro-oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 2020 mar 21]; 25(4):907-917. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000400022&lng=en
8. Santos A, Letro RB, Bem VAL, Azeredo BVM, Coelho GLLM, Diotaiuti L, et al. Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas no Município de Açucena, Vale do Rio Doce, Estado Minas Gerais, Brasil. Revista da Soc. Bras. Med. Trop. 2014 [acesso em 2021 set 10]; 47(2):186-192. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-868>
9. Champagne F, et al. Modelizar as Intervenções. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizators. **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 61-74.
10. Secretaria do Estado da Bahia. Regiões de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: 2020. [acesso em 04 jan 2022]. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Panorama Cidades e Estados. [acesso em 2021 dez 12]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/>
12. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [homepage na internet] Perfil Município. [acesso em 10 mar 2019]. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/>
13. Brasil, Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica [homepage na internet] Cobertura da Atenção Básica. [acesso em 2021 dez 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
14. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico da doença de Chagas. Salvador: 2018, 1. [acesso em 04 jan 2019] Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2018-Boletim-epidemiologico-Doencas-de-Chagas-n.-01.pdf>
15. Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011: 229 p.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde: zoonoses [Internet]. Brasília: Cadernos de Atenção Básica; 2009, 124 p. [acesso em 2020 mar 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_zoonoses_p1.pdf
17. Organização Pan Americana da Saúde. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos [Internet]. Rio de Janeiro: PANAFTOSA-VP/OPAS/OMS, 2009, 92 p. [acesso em 2020 mar 21]. Disponível em: [guia_vigilancia_prevencao_doenca_chagas.pdf](#) (saude.gov.br)
18. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica. Brasília: Rev. Patol. Trop.; 2013. 4 p.
19. Instituto Oswaldo Cruz. Atlas Iconográfico dos Triatomíneos do Brasil (Vetores da Doença de Chagas). Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2014, 58 p. [acesso em 2020 mar 21]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ioc/media/Atlas_triatominio_jurberg.pdf
20. Dias JCP, Ramos Júnior AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 2020 mar 21]; 25(esp): 7-86. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222016000500007&lng=en.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença de Chagas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018, 145 p.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019a, 741 p.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico para a Doença de Chagas Aguda e distribuição espacial dos triatomíneos de importância epidemiológica no Brasil de 2012 a 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2019, 11p.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional [Internet]. 2020 mai. 18 [acesso em 2020 out 10]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.061-de-18-de-maio-de-2020-259143078>
25. Villela MM, Souza JB, Mello VP, Azeredo BVM, Dias JCP. Vigilância entomológica da doença de Chagas na região centro-oeste de Minas Gerais, Brasil, entre os anos de 2000 e 2003. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(3):878-886.
26. Dias JCP. Vigilância epidemiológica em doença de Chagas. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(Sup. 2):43-59.
27. Villela MM, Souza JMB, Melo VP et al. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas em programa descentralizado: avaliação de conhecimentos e práticas de agentes municipais em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007 out; 23 (10): 2428-2438.
28. Silveira AC, Dias JCP. O controle da transmissão vetorial. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2011; 44(Supl 2): 52-63.
29. Santos CV, Bedin C, Wilhelms TS, Villela MM. Assessment of the Housing Improvement Program for Chagas Disease Control in the Northwestern municipalities of Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. [internet]. 2016 [acesso em 2021 set 10]; 49(5):572-578. Disponível em: doi:10.1590/0037-8682-0386-2016
30. Mendonça RM, Rocha AM, Andrade MS, Silva ABS. Doença de Chagas: serviço de referência e epidemiologia. *Rev. Bras. Promoç. Saúde* [internet]. 2020 [acesso em 2021 set 25]; 33:9364. Disponível em: DOI: 10.5020/18061230.2020.9364.
31. Damasceno RF, Sabino EC, Ferreira AM, Ribeiro ALP, Moreira HF, Prates TEC, et al. Challenges in the care of patients with Chagas disease in the Brazilian public health system: A qualitative study with primary health care doctors. *PLoS Negl Trop Dis* [internet]. 2020 [acesso em 2021 set 25]; 14(11). Disponível em: e0008782. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008782>
32. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Boletim Epidemiológico da Doença de Chagas no Estado da Bahia. 2021; 1: 7 p.
33. Souza AB, Lacerda AM, Silva AKP, Ferreira AM, et al. Estudo longitudinal de indivíduos com doença de chagas de região endêmica brasileira: a coorte Sami-Trop. *Unimontes Científica*. 2021 [acesso em 2021 dez 20]; 23 (2): 1-22. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/4426/4437>
34. Malafaia G, Rodrigues ASL. Centenário do descobrimento da doença de Chagas: desafios e perspectivas. Editorial: *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2010; 43 (5): 483-485.

35. Magalhães DL, Souza CL, Prates JL, Souza, AO, et al. Qualidade de vida e saúde das pessoas acometidas por doença de Chagas. *Research, Society and Development*. 2020 [acesso em 2021 dez 20]; 9 (11): 1-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10007>
36. Ramos JR. et al. O Papel da Pesquisa Operacional e os Desafios para Integração da Assistência e do Controle da Doença de Chagas no Sistema Único de Saúde. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2010; 43 (supl II): 12-17.

4. CONSIDERAÇÕES GERAIS DA DISSERTAÇÃO

Após a síntese de toda a produção advinda do objeto de pesquisa desta dissertação, pode-se concluir que os debates propostos nos artigos e no capítulo do livro versaram para a compreensão da necessidade de ampliação da capacidade de implantação, monitoramento e avaliação do PNCDCh por intermédio da construção da matriz de padrões e critérios do PNCDCh. Permitiram, ainda, uma visão crítica acerca os processos operacionais, desafios e/ou estratégias potenciais para enfrentamento da doença de Chagas em nível local, considerando as diversidades contextuais, que auxiliarão a condução do programa nesses e em outros municípios. Por sua vez, o estudo trará visibilidade a uma doença com perpetuação do status de negligência que precisa urgentemente ganhar espaço na agenda dos governos e no financiamento das ações.

Quanto às contribuições, quando este estudo foi inicialmente idealizado, havia o interesse em se estudar o tema da avaliação das ações previstas para controle da doença de Chagas na região sudoeste do estado da Bahia, em municípios onde o projeto integraDTNs estava planejando o desenvolvimento de ações.

Assim, uma das contribuições deste estudo consistiu em mostrar empiricamente que, em municípios de diferentes portes, mas com importância endêmica, há sérias inconsistências organizacionais que comprometem a identificação dos usuários, o diagnóstico, o cuidado em saúde orientado por uma linha definida e articulado a uma rede de atenção à saúde com lógica própria e processos construídos sobre essa racionalidade, que permitam contemplar todas as necessidades em saúde dos usuários. Ainda que os municípios consigam ofertar, em certa medida, algumas ações, isso não significa necessariamente que os profissionais e gestores tenham a capacidade de utilizar os diversos saberes e motivações do coletivo para transformar recursos disponíveis em soluções ótimas, viáveis e efetivas.

No entanto, o estudo contou com algumas limitações, como a ausência de registros sobre acometidos pela doença de Chagas crônica nos municípios e o não reconhecimento dos casos no território, que ocasionou sub-representação dos usuários no estudo e dificultou a compreensão mais ampliada do cuidado direcionado a esse público nos distintos locais.

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, identificaram-se questões correlatas que permitiriam o desenvolvimento de outros estudos para ampliar o entendimento do fenômeno estudado ou para buscar confirmação empírica dos resultados obtidos. Este estudo também poderia ser replicado em outros municípios brasileiros, para verificar a existência do mesmo

padrão de resultados. Provavelmente, seria um estudo que ampliaria o conhecimento da influência do modelo teórico lógico e da matriz avaliativa sobre a adoção de inovações nas estruturas e nos processos existentes na rede de atenção à saúde. Nessa direção, comparações poderiam ser realizadas e suscitar aprimoramento dos instrumentos e das práticas em saúde direcionadas aos acometidos pela doença.

No que diz respeito às contribuições para os locais onde se realizou o estudo, propõe-se a disseminação da matriz de padrões e critérios e do modelo teórico lógico do PNCDCh, bem como capacitações para os gestores e os profissionais de saúde e apresentação dos dados da pesquisa em reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) nos municípios avaliados.

Entre as reflexões suscitadas por essa dissertação, as quais constituem questões necessárias, sistematizo alguns pontos que podem constituir recomendações, quais sejam:

1. Necessidade de ampliação do fomento financeiro para realização de pesquisas sobre as DTN; necessidade de orientação das pesquisas em DTN quanto aos seus aspectos locais, privilegiando os países endêmicos;
2. Necessidade de questionar criticamente racionalidades que informam modos de operar políticas que, a despeito de indiscutíveis avanços em termos de saúde pública, mantêm regras e contornos nos marcos da subalternidade e da dependência de agendas globais;
3. Necessidade do incentivo à realização de pesquisas relacionadas a novas tecnologias e terapias medicamentosas;
4. Manutenção regular de ações de vigilância em saúde integradas às ações de cuidado, especialmente em municípios rurais de maior endemicidade;
5. Necessidade de ações de monitoramento para identificação de inconsistências operacionais e adequação do planejamento no nível local;
6. Desenvolvimento de ações intersetoriais que reduzam as desigualdades sociais e iniquidades em saúde;
7. Ampliação e diversificação dos modelos de capacitações dos gestores e profissionais da ESF dos municípios para potencializar a implementação de ações derivadas das políticas de Chagas concatenadas com as especificidades sanitárias e políticas locais;
8. Necessidade de enfatizar as estratégias de cuidado aos usuários e de uma organização dos serviços de saúde para ampliar a cobertura e o acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportunos da doença de Chagas;

9. Desenvolvimento de ações de rastreamento para *T. cruzi*, vigilância dos casos crônicos e de seguimento regular dos casos identificados;
10. Necessidade de delinear uma linha e rede de cuidado da doença de Chagas;
11. Atendimento multidisciplinar das demandas emocionais e sociais dos usuários com DC;
12. Necessidade de novos estudos aprofundarem a investigação do cuidado e da trajetória assistencial dos usuários acometidos a fim de identificar as interferências diversas para uma atenção qualificada.
13. Necessidade de criação de um serviço de referência em doença de Chagas;

À guisa de conclusão, há de se destacar que a política nacional de controle da doença de Chagas contempla diversos aspectos que necessitam de ampla visualização para que as estratégias de enfrentamento sejam integradas e capilarizadas nos territórios com a finalidade de propiciar a prevenção, o controle e o cuidado à doença em todos os níveis de atenção necessários. Espera-se que esta dissertação contribua para o enfrentamento da doença de Chagas nos diversos municípios brasileiros e suscite interesse de gestores e profissionais de saúde pelo processo de avaliação contínua das ações executadas, como estratégia para qualificação da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. ASSIS, GF. **Avaliação do programa de controle da Doença de Chagas no Município de Berílio, Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil, oito anos após a implantação da vigilância epidemiológica.** 2006. 128 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) – Núcleo de Pesquisa em Ciência Biológicas, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2006.
2. BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores. **Orientações sobre vigilância epidemiológica da doença de Chagas. Nota técnica n° 01/2015.** Salvador: SESAB. 2018. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Suvisa_Nota_tecnica_n_01_Doenca_chagas_2015.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2019.
3. BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Nota Técnica n° 01, de 2017 DIVEP/LACEN/SUVISA/SESAB. Apresenta vigilância, diagnóstico e tratamento da Doença de Chagas no estado da Bahia. Salvador, 2017.
4. BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico da doença de Chagas. Salvador: SESAB, n.1, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2018-Boletim-epidemiologico-Doencas-de-Chagas-n.-01.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2019.
5. BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
6. BOLIVIA. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Chagas realiza controles dentro y fuera de domicilios para eliminar la transmisión del vector. 2016. Disponível em:<<https://www.minsalud.gob.bo/1528-programa-nacional-de-chagas-realiza-controles-dentro-y-fuera-de-domicilios-para-eliminar-la-transmision-del-vector>>. Acesso em: 25 set. 2020.
7. BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 20 set. 1990a.
8. BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 31 dez. 1990b.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 993, de 4 de setembro de 2000. Altera a lista de doenças de notificação compulsória e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 5 set. 2000.
10. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de orientações técnicas para elaboração**

de projeto de melhoria habitacional para o controle da doença de Chagas. Brasília: FUNASA, 2004. 56 p.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 723, de 24 de julho de 2007. **Diário Oficial da União:** Brasília: DF, 20 ago. 2007a.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.381, de 12 de novembro de 2007. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 12 nov. 2007b.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.949, de 14 de novembro de 2007. Torna pública a proposta do Projeto de Resolução “Recomendações para a Saúde dos Viajantes”. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 14 nov. 2007c.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde: zoonoses. Brasília: Cadernos de Atenção Básica n.22, 2009a. 229 p.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.487, de 3 de julho de 2009. Autoriza repasse do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde do Estado da Bahia para o desenvolvimento da intensificação das ações de controle vetorial do Programa de Controle da Doença de Chagas. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 3 jul. 2009b.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 590, de 24 de março de 2009. Autoriza repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde do Pará para o desenvolvimento das ações contingenciais para intensificação do controle da doença de Chagas e dá providências. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 24 mar. 2009c.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.727, de 11 de novembro de 2009. Autoriza repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde do Pará para o desenvolvimento das ações contingenciais para intensificação do controle da doença de Chagas e dá providências. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 11 nov. 2009d.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica. **Rev. Patol. Trop.,** Brasília, v. 42, n. 4, p. 475-478, out./dez. 2013.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 814.

20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas aguda no Brasil: série histórica de 2000 a 2013. **Bol. Epidemiol.** Brasília, v. 46, n.21, p. 1-9. 2015.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, p. 775.

22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019, p. 741.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Informação e Gestão da Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Básica**. [Brasília], c2020. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 12 dez. 2020.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Doença de Chagas Aguda e distribuição espacial dos triatomíneos de importância epidemiológica, Brasil 2012 a 2016. **Bol. Epidemiol.** Brasília, v. 50. p. 1-10. 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/23/2018-025.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2019.
26. BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 397 p. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio_PCDT_Doenca_de_Chagas.pdf> Acesso em: 10 abr. 2019.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Doença de Chagas: 14 de abril – Dia Mundial. **Bol. Epidemiol.** Brasília, v. 51, n. esp. p. 1-43. 2020a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>>. Acesso em: 20 mai. 2020.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 18 mai. 2020b.
29. CHAMPAGNE, F.; *et al.* A análise lógica. *In*: BROUSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
30. CHAMPAGNE, F.; *et al.* Análise da implantação. *In*: BROUSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
31. CHAMPAGNE, F.; *et al.* Modelizar as Intervenções. *In*: BROUSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação: conceitos e métodos** de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
32. CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, ZMA. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.
33. CHILE. Ministerio de Salud. Departamento de Enfermedad de Enfermedades Transmisibles División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública. **Norma General Técnica Control Y Prevención Nacional De La Enfermedad De Chagas**. Chile: Ministerio de Salud. 2014. 98 p. Disponível em: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/NORMA%20TECNICA_CHAGAS_FINAL.pdf>. Acesso em: 10 de out. de 2020.

34. DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação *In*: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.
35. DIAS, J. C. P.; COURA, J. R. **Clínica e terapêutica da doença de Chagas: uma abordagem prática para o clínico geral**. Síntese histórica e evolução dos conhecimentos sobre a doença de Chagas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 486.
36. DIAS, J. C. P. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23 (Supl. 1), p. 13-22, 2007a. DOI 10.1590/S0102-311X2007001300003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001300003>. Acesso em: 31 mar. 2019.
37. DIAS, J. C. P. Southern Cone Initiative for the elimination of domestic populations of *Triatoma infestans* and the interruption of transfusional Chagas disease. Historical aspects, present situation, and perspectives. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.102, p. 11-18, 2007b.
38. DIAS, J. C. P.; PRATA, A. R.; CORREIA, D. Problemas e perspectivas para o controle da doença de Chagas: em busca de uma análise realista. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Rio de Janeiro, v.41, 193-196, 2008.
39. DIAS, J. C. P. *et al.* II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, p. 7-86, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222016000500007&lng=en. Acesso em: 21 mar. 2020.
40. DIAS, J. C. P. *et al.* Mudanças no paradigma da conduta clínica e terapêutica da doença de Chagas: avanços e perspectivas na busca da integralidade da saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000500003>. Acesso em: 22 fev. 2019.
41. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama Cidades e Estados**. Brasília, DF: IBGE, c2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 12 dez. 2021.
42. MAGALHAES, D. L. *et al.* Qualidade de vida e saúde das pessoas acometidas por doença de Chagas. **Research, Society and Development.**, v. 9, n. 11, p. 1-21, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10007>. Acesso em: 20 dez. 2021.
43. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2006. 406 p.
44. MEXICO. Secretaria de Salud. Programa Sectorial de Salud. **Programa de Acción Específico – Prevención y control de la Enfermedad de Chagas 2013-2018**. Mexico: Secretaria de Salud. 1. ed., 2014. 76 p. Disponível em: Programa de Acción Específico Prevención y control de la Enfermedad de Chagas 2013-2018 | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx (www.gob.mx). Acesso em:

45. MORAES-SOUZA, H.; FERREIRA-SILVA, M. M. O controle da transmissão transfusional. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44 (Supl. 2), p. 64-67, 2011. DOI: 10.1590/S0037-86822011000800010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0037-86822011000800010>>. Acesso em: 31 mar. 2019.
46. ONU - Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: Agenda 2030** para o Desenvolvimento Sustentável. 70a Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas. Nova York: Nações Unidas. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em 20 jul. 2020.
47. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Estratégia e plano de ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas**. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, DC: OPAS. 2010. Disponível em: <<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-16-p.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2020.
48. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022**. 55º Conselho Diretor, 68a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, DC: OPAS; 2016. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-15-p.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2020.
49. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030**. 29a Conferência Sanitária Pan-Americana, 69a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, DC: OPAS. 2017. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 jul. 2020.
50. PÉREZ-GUTIÉRREZ, E.; AGRELO, R. S.; FIGUEROA, R. Consulta técnica em epidemiologia, prevenção e manejo da transmissão da doença de Chagas como doença transmitida por alimentos. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 39, n. 5, p. 512-514, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822006000500020&lng=en>. Acesso em 21 mar. 2020.
51. SANTOS, A. **Avaliação do programa de controle da doença de chagas no município de Açucena, Vale do Aço, Minas Gerais, Brasil**. 2011. p. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) – Núcleo de Pesquisa em Ciência Biológicas, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2011.
52. SILVA, L. R. Negligência e desafios na saúde coletiva: Análise epidemiológica dos casos de doença de Chagas aguda no Brasil, no período de 2009 a 2018. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 61734-61752, 2020.
53. SILVA, A. D. G. *et al.* Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas no estado do Ceará: período de gestão federal, 1975 a 2002. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 873 - 892, 2009.
54. SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à**

prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 15-39.

55. SILVEIRA, A. C.; PIMENTA, J. F. A inserção institucional do controle da doença de Chagas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 44, n. 2, p. 19-24, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822011000800004&lng=en. Acesso em 21 mar. 2020.

56. SILVESTRE A, JUNQUEIRA A, MOREIRA O, et al. Desafios da doença de Chagas no Brasil: Notificação dos portadores crônicos continua sendo um dos principais desafios no país. **Médicos Sem Fronteiras (MSF)** [Internet]. 2017 Oct 18 [cited 2019 Jan 11]:1 - 2. Disponível em: <https://www.msf.org.br/opiniao/desafios-da-doenca-de-chagas-no-brasil>

57. SOUZA, A. B. et al. Estudo longitudinal de indivíduos com doença de chagas de região endêmica brasileira: a coorte Sami-Trop. **Unimontes Científica**, v. 23, n.2, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/4426/4437>. Acesso em 20 dez. 2021.

58. VILLELA, M. M. **Vigilância Entomológica da Doença de Chagas da Região Centro-Oeste de Minas Gerais, Brasil.** 2018. 162 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde na área de concentração: Doenças Infecciosas e Parasitárias). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2008.

59. VILLELA, M. M. *et al.* Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas em relação à presença de *Panstrongylus megistus* na região centro-oeste do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/22.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

60. WESTPHALEN, E. V. N.; BISUGO, M. C. ARAÚJO, M. F. L. Aspectos epidemiológicos e históricos do controle da doença de Chagas no Continente Americano. **Bol. epidemiol. paul.**, v. 9, n. 105. 2012. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722012000900002&lng=pt. Acesso em: 10 jun. 2019.

61. YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre, RS: **Bookman**, 2005. 212 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Matriz preliminar de padrões e critérios do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas

Dimensão	Sub-dimensão	Objetivo	Ações	Crítérios	Fonte (s)
Prevenção e Controle	Entomologia	Verificação e controle precoce dos possíveis riscos para a transmissão vetorial do T. cruzi	Identificação das particularidades locais da cadeia de transmissão da doença de Chagas.	Conhecimento dos mamíferos que vivem no território com correta verificação dos hospedeiros do T. cruzi.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Estabelecimento do predomínio e especificidades da infecção pelo parasito da doença de Chagas nos hospedeiros.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Identificação da distribuição geográfica dos hospedeiros nos diferentes ambientes do bioma.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Verificação do predomínio da contaminação entre as diversas subpopulações de hospedeiros.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Compreensão da dinâmica dos hospedeiros de acordo com o tempo e o ambiente.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.

			Construção de registro de dados com informações sobre os hospedeiros e parasito.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
			Pesquisa de anticorpos específicos para T. cruzi em animais domésticos.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
			Isolamento e identificação de características do T. cruzi.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
		Verificação de áreas de riscos para transmissão vetorial de acordo com a seguinte especificação:	I. Ambientes com transmissão no domiciliar persistente ou com evidências dessa ocorrência, mesmo que focal;	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009.
			II. Ambientes com transmissão no domicílio descontinuada descrevendo as particularidades abaixo: a. Presença residual do triatomíneo; b. Ausência de detecção do vetor.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009.
		Realização de vigilância entomológica passiva	Deve-se garantir a participação da comunidade na notificação de vetores, prioritariamente, para maioria dos locais	Guia de Vigilância em Saúde, 2019. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Consolidação das bases na comunidade responsáveis pela rede de PITs (Postos de Informação de Triatomíneo).	Guia de Vigilância em Saúde, 2019. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

				Resposta oportuna em todas as notificações de triatomíneos feitas pela comunidade.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Realização de vigilância entomológica ativa	Estabelecimento de vigilância ativa através de grupos municipais ou estaduais de entomologia, sem necessidade de notificação anterior pela comunidade.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Efetivação, de forma obrigatória, da vigilância ativa nas cidades com presença de focos residuais de T. infestans.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Realização da vigilância ativa obrigatoriamente nas cidades onde são encontradas espécies com conformação constante de colonização.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Busca ativa dos vetores	Coleta de vetores por meio de busca ativa (manualmente), sendo necessário utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs).	Atlas iconográfico dos triatomíneos do Brasil (vetores da doença de Chagas), 2014.
				Busca ativa do triatomíneo dentro do domicílio por meio de procura detalhada em todos os cômodos da casa, entre espaços pequenos, buracos, atrás de moveis, no forro da cobertura, entre outros. Com intuito de facilitar a captura pode ser borrifado uma substância	Atlas iconográfico dos triatomíneos do Brasil (vetores da doença de Chagas), 2014.

				“desalojante”, em ambientes estratégicos.	
				Busca ativa do barbeiro o peridomicílio em ambientes que sirvam de acomodação para animais ou em locais onde tenham restos de materiais de construção acumulados.	Atlas iconográfico dos triatomíneos do Brasil (vetores da doença de Chagas), 2014.
				Busca ativa do vetor da doença de Chagas no ambiente silvestre através de procura ativa em locais de possível ocupação por estes insetos, como tocas de animais.	Atlas iconográfico dos triatomíneos do Brasil (vetores da doença de Chagas), 2014.
			Busca passiva dos triatomíneos	Coleta de vetores por meio de busca passiva (com o uso de armadilhas), sendo necessário utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs).	Atlas iconográfico dos triatomíneos do Brasil (vetores da doença de Chagas), 2014.
				Coleta do vetor da doença de Chagas no ambiente silvestre através de busca passiva por meio de armadilhas, sendo estas luminosa ou Noireau.	Atlas iconográfico dos triatomíneos do Brasil (vetores da doença de Chagas), 2014.
			Realização vigilância entomológica após casos de transmissão	Investigação entomológica, de reservatórios e no processo produtivo, guarda e distribuição de alimentos, caso haja transmissão por via oral.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Investigação entomológica nos casos de transmissão por vetores e de reservatórios em conjunto com intervenções de vigilância do meio ambiente.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Estudo vetorial no local da ocorrência por grupo capacitado para proceder pesquisa entomológica e de reservatórios.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Armazenamento adequado dos triatomíneos capturados	Manutenção dos barbeiros capturados em frascos de coleta, com disposição de tiras de papel de filtro dobradas em formato de sanfona para apreender umidade e	Atlas iconográfico dos triatomíneos do Brasil (vetores da doença de Chagas), 2014.

				fezes dos vetores. As tampas devem possuir pequenas aberturas que possibilitem entrar ar mas não deixe o inseto fugir. Os frascos precisam ser fechados com materiais duros.	
			Análise dos triatomíneos capturados	Verificação taxonômica e pesquisas sobre biologia, distribuição regional e relevância específica do vetor.	Atlas iconográfico dos triatomíneos do Brasil (vetores da doença de Chagas), 2014.
				Avaliação do território geográfico de espécimes coincidentes com a disposição no território e bioma.	Boletim epidemiológico, 2019.
				Catálogo e envio aos órgãos competentes os espécimes de vetores coletadas. Os dados informações de coleta incluem: região de origem, coordenadas geográficas), habitat, data, nome do coletor e possíveis reservatórios.	Atlas iconográfico dos triatomíneos do Brasil (vetores da doença de Chagas), 2014.
				Envio de insetos capturados ao laboratório de entomologia capaz de identificar a contaminação pelo parasito da doença de Chagas	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Envio vetores coletados ao Laboratório de Referência Nacional para verificação do cardápio de alimentos do espécime.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Estabelecimento de medidas de correção no ambiente para controlar a colonização do vetor.	Consideração da espécie do vetor identificada nas buscas epidemiológicas intra e extradomiciliar, a sua dinâmica comportamental e grau de domiciliação para indicar a borrifação.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Uso de inseticidas piretroides dispostos nos ambientes, interno e externo, dos domicílios para o controle dos insetos vetores em momentos específicos.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Efetuação de borrifação, quando indicada, nas paredes dentro e fora das residências, bem como, nos locais onde os animais se abrigam ou anexoa, quando estes forem providos de paredes e tetos.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Melhoramento das condições de habitação.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.

			Estabelecimento de medidas ambientais e de higiene sustentáveis para evitar colonização do vetor.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Controle químico na ocorrência de <i>Triatoma infestans</i> , quando for encontrado na busca ativa ao um exemplar adulto ou colônia, vivo ou morto, positivo ou não para <i>T. cruzi</i> .	Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Boletim epidemiológico, 2019.
			Se for identificado <i>T. infestans</i> vivo na busca ativa no domicílio, deve-se proceder borrifação da unidade domiciliar, estender a busca ativa ao território por três anos seguidos, se nesta busca houver mais UD positiva inicia-se novamente o processo, se as UDs permanecerem negativas por três anos a área é considerada livre de <i>T. infestans</i>	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Se for identificado <i>T. infestans</i> vivo na busca ativa no domicílio, deve-se proceder borrifação da unidade domiciliar, com seis meses avaliar novamente a residência, se encontrado novo exemplar inicia-se o processo de novo, se ocorrer o contrário a área é considerada livre de <i>T. infestans</i>	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Controle químico vetorial em toda residência com presença de espécies <i>Triatoma infestans</i> , <i>Triatoma sordida</i> , <i>Triatoma brasiliensis</i> , <i>Triatoma maculata</i> , <i>Triatoma pseudomaculata</i> , <i>Triatoma rubrovaria</i> , <i>Panstrongylus megistus</i> e <i>Triatoma rubrofasciata</i> . Pro controle químico quando for encontrado na busca ativa ao menos um exemplar adulto vivo ou colônia, positivo ou não para <i>T. cruzi</i> .	Boletim epidemiológico, 2019.
			Ao encontrar na busca ativa espécies triatomíneas com forte risco para colonização, <i>Triatoma sordida</i> , <i>Triatoma brasiliensis</i> , <i>Triatoma maculata</i> , <i>Triatoma pseudomaculata</i> , <i>Triatoma rubrovaria</i> , <i>Panstrongylus megistus</i> , deve-se borrifar a UD e estender a pesquisa em um raio não menor a 100 metros, se houver positividade	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.

				em outro domicílio o processo é reiniciado ou se todas UD's forem negativas após seis meses apenas os domicílios positivos serão reavaliados	
				Ao encontrar na busca ativa espécies triatomíneas com forte risco para colonização, <i>Triatoma sordida</i> , <i>Triatoma brasiliensis</i> , <i>Triatoma maculata</i> , <i>Triatoma pseudomaculata</i> , <i>Triatoma rubrovaria</i> , <i>Panstrongylus megistus</i> , deve-se borrifar a UD e estender a pesquisa em um raio não menor a 100 metros. Se todas UD's forem negativas após seis meses apenas os domicílios positivos serão reavaliados, se não for visualizado novo exemplar ou encontrá-lo morto as ações serão encerradas	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Se for encontrado ovos ou ninfas no intra domicílio de espécies triatomíneas predominantemente silvestres deve-se borrifar a UD e comunicar a Gerência de Chagas do Ministério da Saúde, se for encontrado somente insetos adultos (invasores) não se deve proceder borrifação.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
Prevenção e Controle	Epidemiologia	Detecção e investigação oportuna de casos agudos da doença de Chagas, por todos os modos de transmissão, com vistas a adoção de medidas de controle e prevenção.	Suspeição de casos e dos possíveis modos de transmissão.	Levantamento de aspectos ligados à suspeição da doença de Chagas.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Realização de pesquisa epidemiológica (individual e casos coletivos), investigação de contatos, pesquisas de suspeições através de registros de saúde.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Busca epidemiológica da modalidade de transmissão da doença de Chagas (vetorial, transfusional, vertical, oral e acidental) visto que vias distintas	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

			ocasionam manifestações específicas	
			A modalidade congênita da infecção só pode ser estabelecida se houver suspeição em crianças	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			A transmissão da doença de Chagas através de transfusões só pode ser confirmada se o paciente recebeu sangue ou algum outro componente sanguíneo em no máximo 120 dias do começo da sintomatologia	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
		Produção de informações epidemiológicas consistentes sobre a doença de Chagas	Notificação obrigatória (até 24 h após suspeita) em instrumento específico (Ficha de Investigação de Doença de Chagas Aguda) e comunicar rapidamente às autoridades de saúde, por meio telefônico ou eletrônico diante de um caso suspeito de doença de Chagas aguda em cenário brasileiro,	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, 2018. Boletim epidemiológico, 2019.
			Notificação compulsória diante da suspeita da doença de Chagas congênita, uma vez que este quadro é considerado agudo, no Brasil.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Deve-se confirmar se os casos congênitos até os dois anos de idade da criança sejam notificados como DCA	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Investigação imediata do caso após notificação da suspeição.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Preenchimento criterioso as informações solicitadas na Ficha de Investigação de Doença de Chagas Aguda.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.

				Busca de outros dados complementares além daqueles explícitos na Ficha de Investigação de Doença de Chagas Aguda	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Notificação da doença de Chagas aguda por transmissão via oral também no Sistema de Informação de Doenças Transmitidas por alimentos	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009
				Notificação da doença de Chagas aguda de transmissão via oral também ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Investigação precoce dos casos sob suspeição de transmissão oral, especialmente, na Amazônia.	Boletim epidemiológico, 2019.
				Preenchimento formulário de investigação, em caso de surto da doença de chagas aguda causada por ingestão de alimentos.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Consolidação e avaliação das informações epidemiológicas geradas nos territórios de acordo características organizativas, sensibilidade e área coberta pela notificação, assim como das intervenções epidemiológicas.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009
			Investigação de possíveis casos suspeitos	Realização de pesquisa epidemiológica (individual e casos coletivos), investigação de contatos, pesquisas de suspeições através de registros de saúde.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Confirmação da suspeita clínica através de registros relacionados à aspectos para tal suspeição, fonte possível da contaminação e gravidade do quadro.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Realização imediata de pesquisas para a busca de novos casos, tanto agudos quanto crônicos, após conhecimento da possível área de infecção por T. cruzi.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.

			Verificação de casos por meio de a triagem para doação de sangue, inquéritos epidemiológicos sorológicos e suspeição médica.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009
			Realizar de abordagem sindrômica para identificar aspectos clínicos comuns a algumas morbidades com a intencionalidade de captar oportunamente, mais indivíduos suspeitos e/ou confirmados para a doença de Chagas.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009
		Garantia da confirmação dos casos suspeitos	Viabilização, recomendação ou mesmo realização de coletas de materiais de indivíduos em investigação para infecção por T. cruzi efetuadas pelos trabalhadores da vigilância epidemiológica e/ou de laboratórios centrais ou referências são responsáveis.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Coleta e envio de material de indivíduos sob suspeita para realização de métodos parasitológicos e sorológicos após suspeição de caso agudo da doença de Chagas.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
		Realização de intervenções sob território da provável contaminação e de acordo com as modalidades de transmissão	Não aguardar desfecho laboratorial para adotar medidas de prevenção e controle.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Identificação situação em que o alimento foi ingerido, realizando imediatamente busca de outros indivíduos que também tenham consumido a fonte de contaminação, no caso de transmissão oral.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Realização exames laboratoriais no caso transmissão de mãe para filho, na mãe e outros parentes (inclusive de todos os filhos)	Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009

				Identificação do uso correto de equipamentos de proteção individual (EPIs), e proceder comunicação de acidente de trabalho (CAT), quando necessário, no caso de transmissão acidental.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009
				Encerramento de caso notificado em um período de até 60 dias. A classificação final obedecerá características definidas do caso.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Ampliação das ações de vigilância epidemiológica aos casos crônicos da doença de Chagas.	Notificação compulsória semanal dos casos de doença de Chagas crônica.	Portaria nº 264 de 17 de fevereiro de 2020.
Prevenção e Controle	Sanitária	Identificação e controle de riscos sanitários ligados à infecção pelo parasito causador da doença de Chagas.	Inspeção sanitária nos serviços transfusionais e de transplantes, e no processo de produção de alimentos com contaminação por T. cruzi	Verificação sanitária nos ambientes prestadores dos serviços transfusionais e de transplantes, caso haja transmissão por essas modalidades.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Pesquisa minuciosa para a identificação do produto associado e lote infectado pelo T. cruzi.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009
				Investigação de todas as fases da cadeia produtiva, guarda e distribuição deste produto, pesquisa de causas ligadas a contaminação, práticas de manipulação do alimento, aumento e sobrevivência do parasito no produto.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Efetivação de ações de prevenção e de controle em todo o processo de produção de alimentos.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009
			Garantia de adequação sanitária na produção de produtos alimentícios	Recomendação práticas corretas de manipulação alimentar.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da

					doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009
				Instituição de ações governamentais integradas para promover qualidade sanitária dos alimentos relacionados a ocorrência de infecção pelo T. cruzi.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009
				Garantia da legislação específica e sistema eficaz para controlar e fiscalizar todas as fases do processo produtivo.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009
				Estabelecimento de parcerias com setores que apoiam o segmento da produção e comercialização de produtos afim de difundir e apoiar a consolidação de leis através de educação permanente, recomendações técnicas e assessoria às organizações.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009
				Criação de um conjunto de ações sanitárias para os produtos ligados à transmissão da doença de Chagas	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009
				Análise de risco para a infecção por T. cruzi transmitida por alimentos.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009
				Orientação sobre a cocção com temperaturas além de 45°C, a pasteurização e a liofilização são capazes de prevenir a infecção do parasito causador da doença de Chagas	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Estabelecimento de precauções nas	Consideração de aspectos endêmicos dos locais de origem e moradia dos doadores e receptores, a fim traçar a melhor medida individual possível para identificação e manejo de eventual	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

			transfusões/transplantes	infecção pelo parasito da doença de Chagas.	
				Realização, obrigatória, seleção clínica-epidemiológica e sorológica aos possíveis doadores de sangue em nações endêmicas.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Proibição de transplantes com o uso de coração e intestino provenientes de doadores infectados pelo T. cruzi.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Recomendação da não utilização de outros órgãos vindo de doadores portadores da doença de Chagas, casos especiais precisam de discussão individualizada por equipe especialista.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Verificação e repasse de informação à hemoterapia e à hemovigilância a suspeita transmissão do T. cruzi através de transfusões afim de rastrear prováveis casos novos	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
Prevenção e Controle	Educação em Saúde	Conhecimento sobre a doença de Chagas direcionado à comunidade e aos profissionais de saúde.	Conscientização da população, com envolvimento do setor saúde, para realização de ações de prevenção e para comunicação de insetos suspeitos e/ou capturados.	Orientação à comunidade para adoção medidas de prevenção individuais e no domicílio e peridomicílio.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2017.
				Envolvimento do setor da educação para planejar estratégias que envolva a temática relacionada a doença de Chagas na rede fundamental de ensino para moradores de áreas rurais vislumbrando o repasse da informação aos pais para captura e entrega de insetos suspeitos à UBS (PIFT) mais perto de seu domicílio.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Conscientização da comunidade sobre os riscos provenientes do manuseio incorreto e guarda dos alimentos e ações de higiene que devem ser usadas para evitar a contaminação pelo T. cruzi.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Publicização das informações relativas a doença de Chagas, em especial, às lideranças, profissionais de saúde e indivíduos	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009.

				portadores da doença e suas famílias	Guia de Vigilância em Saúde, 2017.
				Orientação da população a respeito do encontro de triatomíneos na sua residência e como devem proceder sua captura e entrega.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Educação permanente sobre a infecção por T. cruzi aos profissionais de saúde.	Capacitação de ACS e ACE com abordagem de conhecimentos gerais sobre a doença de Chagas, ações e resultados do programa de controle a essa doença	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009.
				Apresentação ao ACS e ACE mostruários com ciclo vital de cada vetor e um exemplar de cada espécie triatomínea prevalente na região de sua atuação, bem como, material de educação que será mostrado em suas visitas às residências.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Construção de conhecimento a respeito da realidade epidemiológica da infecção por T. cruzi, seu ciclo de transmissão, indivíduos infectados ou vulneráveis a infecção, diversidade de parasito, espécies vetoriais e reservatórios, na consolidação de intervenções coerentes e sustentáveis.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
					Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
Cuidado à saúde	Diagnóstico	Diagnóstico de casos agudos e crônicos da doença de Chagas			Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de

					Diretrizes Terapêuticas, 2018.
			Confirmação da doença de Chagas aguda laboratorialmente com "padrão ouro" através de método parasitológico direto	Identificação a fresco dos tripanossomatídeos como primeira alternativa no diagnóstico da DCA, é realizada no indivíduo com febre ou dentro de 30 dias.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, 2018.
				Repetição do exame entre 12 a 24 h de intervalo da primeira coleta, caso a primeira amostra para o exame a fresco de tripanossomatídeos seja negativa e a sintomatologia persistir.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, 2018.
				Execução de testes de concentração (metodologia de Strout, micro hematócrito e creme leucocitário) como primeira técnica diagnóstica nas suspeições de DCA para situações de indivíduos	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da

			<p>sintomáticos com mais de trinta dias do início da sintomatologia.</p>	<p>doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, 2018.</p>
			<p>As amostras sanguíneas dos testes de concentração devem ser avaliadas no período de 24 horas, pela possibilidade de quebra dos parasitos</p>	<p>Guia de Vigilância em Saúde, 2019</p>
			<p>Realização simultânea da coleta da pesquisa a fresco de tripassomatídeos e métodos de concentração.</p>	<p>Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, 2018.</p>
			<p>Realização de novas coletas, caso os laudos do exame a fresco e de concentração estiverem negativados na primeira coleta, até que o diagnóstico seja confirmado e/ou desapareça a sintomatologia do estágio agudo, ou seja diagnosticada outra situação.</p>	<p>Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.</p>

					<p>Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, 2018.</p>
				<p>Utilização de lâmina corada de gota espessa ou esfregaço de sangue, técnica menos sensível, de grande utilização na região da Amazônia Legal devido a praticidade e disponibilidade em articulação com atividades de confirmação da malária.</p>	<p>Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, 2018.</p>
				<p>Encontro casual do T. cruzi no teste de esfregaço do sangue para contagem diferencial de glóbulos brancos em indivíduos com alta carga parasitaria no sangue, como no estágio agudo, na transmissão por transfusão e na imunossupressão.</p>	<p>Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013. II Consenso Brasileiro em</p>

					Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, 2018.
			Confirmação laboratorial, através de exames sorológicos a doença de Chagas aguda	Os métodos sorológicos são considerados métodos indiretos, devendo-se coletar as amostras sanguíneas enviar para análise no Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen)	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Utilização de exame sorológico é quando o estudo direto for negativo e a suspeição permanecer, porém, não é o mais proposto para confirmar um caso agudo.	Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Deve-se detectar anticorpos da classe IgG para o parasito da doença de Chagas confirmados por duas coletas com período mínimo de quinze dias entre ambas, de preferência com realização pareada (incluir primeira e segunda amostras no mesmo ensaio para proceder comparações)	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Detecção anticorpos anti-T cruzi da classe IgM (técnica complexa, laudo falsos positivos em diversas patologias febris, obrigatório o paciente apresentar sinais e/ou sintomas compatíveis com DCA e epidemiologia suspeita, sua maior adequação é no estágio agudo tardio, quando diversos exames de estudo direto forem negativos)	Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.

				Deve-se realizar a metodologia IFI para detectar anticorpos IgM, feita pelo Laboratório de Referência Nacional ou Lacen habilitado pelo LRN	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
			Confirmação de diagnóstico em crianças sob suspeita para infecção congênita por T. cruzi	Deve-se testar crianças cujas mães são portadoras de DCA ou com coinfeção (T. cruzi + HIV) até 60 dias após o nascimento através de testes parasitológicos diretos, xenodiagnóstico indireto e hemocultura	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Realização de pesquisa sorológica materna, se confirmado, deve ser feita pesquisa parasitológica na criança como prioridade em até dez dias do nascimento. Se positiva, fornecer terapêutica. Se negativo, porém com características sugestivas da infecção também é recomendado tratamento etiológico	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Nos casos congênitos suspeitos inicialmente negativos, as crianças precisam comparecer novamente aos 9 meses de vida para realização de dois exames de triagem para a busca de anticorpo anti T. cruzi IgG, se não reagente o caso é descartado, se positivo deve-se tratar e se divergente realizar uma terceira de metodologia distinta	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Realização de testagem em crianças sob acompanhamento de suspeita de DCA congênita, que pode ser feito após os nove meses, e na dificuldade de seguimento podem ser testadas precocemente entre 6 a 9 meses.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Estabelecimento pesquisa de transmissão congênita levando em consideração ao menos a ocorrência de positividade em duas reações.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Inclusão de testagem sorológica com busca de IgG para T. cruzi no exame de triagem neonatal, principalmente, nas regiões endêmicas.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. .

			<p>Uso de testes de sorologia que utilizam antígenos recombinantes como exemplo o shed acute phase antigen (SAPA), se disponível, uma vez que há informações que os anticorpos da mãe anti- SAPA somem mais rapidamente, por volta de 120 dias. (126)</p>	<p>II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.</p>
		<p>Testagem crianças cujas mães são portadoras de DCA ou com coinfeção (T. cruzi + HIV)</p>	<p>Busca de T. cruzi na criança em até 60 dias depois do nascimento através de técnica parasitológica direta, xenodiagnóstico e hemocultura.</p>	<p>Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.</p>
			<p>Utilização de métodos parasitológicos diversas vezes, se negativos, técnicas parasitológicas de enriquecimento e/ou moleculares (em laboratório de pesquisa) tem sido efetivada, embora não estejam disponíveis nem padronizadas para utilização nos serviços de saúde.</p>	<p>Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, 2018. Boletim epidemiológico, 2019.</p>
		<p>Suspeição de casos crônicos da doença de Chagas</p>	<p>Reconhecimento da apresentação de sintomatologia compatível com a infecção aguda por T. Cruzi. na fase aguda</p>	<p>Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, 2018.</p>
		<p>Diagnóstico laboratorial dos casos crônicos da doença de Chagas por exames</p>	<p>Utilização, em casos específicos, os testes convencionais indiretos para isolar e visualizar o parasito (xenodiagnóstico e hemocultura), mas não são indicados, uma vez</p>	<p>Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013. II</p>

			parasitológicos	que são poucas sensíveis nos casos crônicos.	Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Uso do xenodiagnóstico indireto quando for necessário, sugestão do Ministério da Saúde por ser mais confortável ao paciente.	Recomendações sobre o diagnóstico parasitológico, sorológico e molecular para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica, 2013
			Diagnóstico laboratorial dos casos crônicos da doença de Chagas por metodologias sorológicas	Realização de sorologias com o uso de testes de alta sensibilidade (ELISA com antígeno total ou IFI) associado a um teste de alta especificidade (HAI). O diagnóstico é fechado na ocorrência de dois testes positivos, sendo um deles o ELISA.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2017.
				Realização dois exames sorológicos distintos (ELISA, IFI, HAI), no caso de divergência no resultado proceder avaliação com a possibilidade de repetir um dos exames, proceder novo exame com outra metodologia citada ou Western Blot ou quimiluminescência.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
			Diagnóstico casos de reativação da doença de Chagas	Confirmação, em pacientes imunodeprimidos, a reativação da infecção por T. cruzi através de metodologias parasitológicas diretas.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009
				Utilização de exames diretos positivos que são metodologias mais sensíveis do que a busca direta.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Realização do exame de gota espessa por pessoa treinada.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Empregar histopatologia em lesões teciduais.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Consideração de quadros de reativação da infecção por T. cruzi através de exame parasitológico, em conjunto com:	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

			meningoencefalite e/ou miocardite aguda.		
			Uso do parâmetro clínico-epidemiológico para casos suspeitos da DCA	Utilização do seguinte parâmetro em situações especiais em que investigação parasitológica negativa e sorológica em primeiro momento não reagentes e que tenham ligação epidemiológica com confirmação diagnóstica de indivíduos no estágio agudo da doença por parâmetro laboratorial, durante exacerbação de casos agudos por transmissão oral.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2017.
			Estabelecimento de coinfeção (T. cruzi +HIV)	Realização em todo paciente portador do HIV e/ou AIDS sorologia para T. cruzi.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Análise do estado geral do paciente com a doença de Chagas aguda	Realização os seguintes exames complementares: hemograma, sumário de urina, função hepática, Raio X do tórax, Eletrocardiografia, tempo de tromboplastina parcial, endoscopia digestiva alta, ecodopplercardiografia e avaliação do líquido. Vale deixar claro que a ausência dos resultados dos exames acima não interfere no início da terapêutica específica.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2019. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
			Análise do estado geral de crianças sob suspeita de infecção por T. cruzi congênita	Realização de tais exames: hemograma, bioquímica sérica, sumário de urina, raio X de tórax, ECG, ecocardiograma e ultrassonografia do cérebro e abdome.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Diagnóstico da forma crônica indeterminada da doença de Chagas	Aplicação de exame específico para a infecção que apresentara resultado positivo com ausência de sintomatologia sugestiva	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Emprego de eletrocardiograma, raio x do tórax, esôfago e cólon ambos com resultados normais.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Não realizar outros exames complementares caso o ECG mantenha-se dentro dos padrões de normalidade.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

			Diagnóstico de cardiopatia chagásica aguda	Realização de exames complementares: Raio X de torác, eletrocardiograma e ecocardiograma para investigar miocardite chagásica aguda por transmissão oral e por imunossupressão.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Diagnóstico de cardiopatia chagásica crônica	Emprego de eletrocardiograma convencional, prioritariamente.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Realização, quando possível, de Holter 24 h e teste ergométrico.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Diagnóstico da síndrome arritmica da cardiopatia chagásica crônica	Aplicação de Holter 24h e teste ergométrico, no caso de arritmias ventriculares, para identificar: extra-sístoles ventriculares (EVs), taquicardia ventricular não sustentada (TVNS), taquicardia ventricular sustentada (TVS) e fibrilação ventricular (FV). Na TVS de mau prognóstico realizar estudo eletrofisiológico, caso haja evidência clínica e não tenha sido comprovado por exames não invasivos.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Verificação arritmias supraventriculares.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Verificação de arritmias bradiaritmias.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Diagnóstico síndrome de insuficiência da cardiopatia chagásica crônica	Emprego de telerradiografia de tórax para todos os indivíduos suspeitos. e para as gestantes ECG, ecocardiograma e Holter 24 h.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Realização nas gestantes sob suspeição, os seguintes exames: ECG, ecocardiograma e Holter 24 h.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Diagnóstico das formas crônicas digestivas da doença de Chagas	Aplicação de raio X (PA e perfil), raio X com contraste do esôfago, eletromanometria do esôfago e endoscopia, nos casos de megaesôfago.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Realização manometria anorretal, raio X abdominal, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e endoscopia digestiva, nos casos de megacolon.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

			Realização cuidadosa abordagem assistencial	Orientação dos indivíduos sob suspeição da infecção por T. cruzi no pré-teste.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Orientação os indivíduos sob suspeição da infecção por T. cruzi no pós-teste.	Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
Cuidado à saúde	Tratamento	Cura da infecção, prevenção de lesões orgânicas ou da evolução delas e redução da possibilidade de transmissão do T. cruzi	Tratamento específico para doença de Chagas aguda	Emprego de terapia medicamentosa antiparasitária nos casos agudos da doença o mais precocemente após confirmação diagnóstica	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
				Emprego de terapêutica etiológica em todos os casos congênitos deverão ter acesso ao tratamento etiológico.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
				Instituição de tratamento específico em gestantes que apresentarem caso agudo e grave da infecção por T. cruzi, independente do tempo de gestação.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas,

					2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
				Uso da medicação antiparasitária em gestantes no estágio agudo, sem gravidade deve realizada no segundo trimestre.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
			Emprego de farmacoterapia etiológica nos quadros crônicos da doença de Chagas, em casos específicos.	Instituição tratamento no público de crianças e adolescentes portadores da forma indeterminada da doença de Chagas.	Guia de Vigilância em Saúde 2019, Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
				Tratamento de crianças e adultos jovens que apresentem as seguintes formas da doença de Chagas crônica: forma indeterminada, cardíaca leve e digestiva.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
				Oferta de terapia às pessoas do sexo feminino, em idade fértil, portadoras da doença de Chagas crônica para prevenção adicional à possível transmissão de mãe para filho.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Recomendação de tratamento de pacientes coinfectados pelo HIV+infecção crônica do T. cruzi, na ausência de reativação e terapêutica específica anterior. É necessário avaliar estado imunológico do paciente.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018

			Tratamento de pacientes transplantados sob risco de infecção ou reativação da doença.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
			Para a forma digestiva considerar orientações da forma crônica indeterminada	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
		Avaliação, de maneira compartilhada	Consideração de terapia nos adultos na fase crônica indeterminada menores de 50 anos.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
		, a possibilidade de empregar tratamento etiológico em casos específicos da doença de Chagas	Não sugerir rotineiramente em portadores de FCI com mais de 50 anos, avaliar possibilidade em conjunto.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
			Decisão em conjunto as opções sobre realizar ou não tratamento com benznidazol nos portadores de cardiopatia chagásica inicial, com alterações apenas no ECG.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
			Consideração de recomendações da forma crônica cardíaca para a forma cardiodigestiva.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
		Não ofertar tratamento antiparasitário para T. cruzi, nos seguintes casos	Não tratar pacientes com cardiopatia chagásica avançada.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
			Não tratar grávidas com a doença de Chagas em fase crônica	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
		Deve-se estabelecer tratamento empírico em determinados casos com suspeição clínica e/ou epidemiológica	Quadros com ausência de sintomatologia ou com confirmação diagnóstica impossível ligada à insistente suspeição, o uso de fármaco antiparasitário para a doença de Chagas pode ser analisada.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
		Profilaxia ou tratamento em transplantados de acordo com as	Realização no doador positivo para infecção por T. cruzi terapêutica específica por 60 antes de que seja realizado transplante em receptor sem a doença. Em casos específicos em que o procedimento necessita	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018

			<p>especificidades do caso.</p>	<p>ser realizado antes do período compreendido pelo tratamento, o transplante, pode ser feito, não anterior a 14 dias da terapia.</p>	
				<p>Recomendação ao receptor sem a doença de Chagas quando o doador não for tratado ou o tratamento ocorrer inadequadamente, iniciar a terapia específica após o procedimento por um tempo de 60 dias ou iniciar o tratamento logo após o transplante mantendo-o inicialmente por 14 dias, após esse período proceder acompanhamento clínico e laboratorial, se acontecer soroconversão estabelecer terapia para a fase aguda da doença ou não realizar tratamento e acompanhar através de avaliação clínica e laboratorial</p>	<p>II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018</p>
				<p>Recomendação ao receptor sem a doença de Chagas quando o doador receber tratamento analisar terapêutica antiparasitária por 60 dias em meio a forte imunossupressão ou não realizar tratamento e realizar acompanhamento periódico, clínico e laboratorial. Caso esteja impossibilitado o acompanhamento, orienta-se realizar o tratamento.</p>	<p>II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018</p>
				<p>Orientação ao doador sem a infecção por T. cruzi e receptor com a infecção a possível realização da farmacoterapia específica, porém, se não for possível não constitui impedimento para o transplante, podendo adotar, profilaxia de quadros reativos da doença de Chagas, por sua vez, no transplante cardíaco a terapia pode falhar ou acompanhamento clínico e laboratorial do receptor e terapêutica farmacológica precoce dos casos de reativação. O acompanhamento laboratorial pós transplante de coração deve obrigatoriamente proceder pesquisa sanguínea e tecidual.</p>	<p>II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018</p>

			Tratamento aos indivíduos transplantados e com presença de reativação da infecção, com as mesmas doses indicados para outros quadros, preferencialmente com beznidazol	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
				II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Monitoramento laboratorial de forma periódica em acidentados de baixo risco e se houver positividade tratar etiologicamente como na fase aguda.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
		Tratamento de casos de doença de Chagas indicados com beznidazol, fármaco de primeira escolha.	Emprego de beznidazol na formulação em comprimidos de 100 mg do beznidazol.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
			Emprego da apresentação para crianças do beznidazol em comprimidos solúveis na seguinte dosagem, 12,5 mg.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Utilização no público infantil a dose usada, de 5 a 10 mg/kg/dia, em duas ingestões diárias, por um tempo de 60 dias. Dose máxima de 300 mg/dia.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
			Utilização nas pessoas com idade adulta o beznidazol na dose de 5 mg/kg/dia, em uma a três tomadas, por 60 dias	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
			Aumento do esquema do medicamento para atingir dose ideal indivíduos que possuam mais de 60 Kg, restringindo-se ao máximo de 300 mg/dl.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Protocolo Clínico de

				Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018
		Tratamento dos casos da doença de Chagas de maneira substitutiva com nifurtimox.	Uso do nifurtimox em comprimidos de 30 mg para crianças.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Uso do nifurtimox em comprimidos de 120 mg para adultos.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Utilização da dosagem de 15 mg/Kg/dia, em crianças, com divisão em três doses por dia por um período de 60 dias.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Utilização da dosagem de 10 mg/kg/dia, com divisão em três doses por dia por um período de 60 dias.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
		Tratamento sintomático e/ou descontinuada de da terapia específica nas reações adversas ao benznidazol	Tratamento de sintomas clínico nas alterações gástricas e/ou intestinais.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
			Suspensão do uso do medicamento antiparasitário na ocorrência de neuropatia periférica	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
			Manutenção terapia etiológica em vigência de dermatopatia leve	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda

					transmitida por alimentos, 2009.
				Interrupção do uso do benznidazol por um tempo na dermatopatia moderada, utilizar anti-histamínicos ou corticoides e reinserir o fármaco dada tolerabilidade.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Suspensão o uso do benznidazol e hospitalizar o indivíduo nos casos de dermatopatia grave.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Interrupção a terapêutica específica em decorrência de ageusia.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Suspensão do benznidazol na ocorrência de hipoplasia da medula, sem possibilidade de reintrodução posterior. Encaminha indivíduo para o serviço de referência.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
			Tratamento clínico dos casos de cardiopatia chagásica aguda	O tratamento medicamentoso para cardiopatia chagásica aguda segue os mesmos critérios de terapia da insuficiência cardíaca em miocardites aguda provenientes de outras causas, com o uso da seguinte tríade: diuréticos, inibidores da enzima de conversão de angiotensina ou bloqueadores do AT1 da angiotensina II e betabloqueadores, em conjunto com droga antiparasitária.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

			Tratamento clínico dos casos de cardiopatia chagásica crônica	Tratamento das arritmias simples do ventrículo somente a ocorrência de sintomatologia incapacitante, sendo a terapêutica recomendada o uso de quantidades habituais de amiodarona, sotalol e betabloqueadores	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
					II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Recomendação, na TVS, do uso rotineiro de amiodarona precedida do implante do CDI, enquanto não é implantado o mesmo e ainda, em associação ao CDI.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				No contexto das arritmias supraventriculares pode ser usado medicamento cuja ação é retardar o tempo refratário do nó atrioventricular, alguns casos associados a esta condição requerem abordagem farmacológica específica.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Nas bradiarritmias, a intervenção terapêutica abrange implantação de marca-passo de maneira definitiva em quadros sintomáticos ou de bloqueio de alto risco.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				A terapia para casos de CCC com insuficiência cardíaca consiste na associação de classes medicamentosas, como, diuréticos, IECA ou BRA, betabloqueadores adrenérgicos e antagonistas de aldosterona.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Tratamento da insuficiência cardíaca é realizado de maneira semelhante àquela provenientes de outros fatores, pode-se utilizar IECA, bloqueadores do receptor da angiotensina, mineralocorticoides, a utilização de betabloqueadores exige um olhar criterioso.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Realização de transplante do coração é uma alternativa terapêutica usada na insuficiência cardíaca em estágio terminal	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.

				Em indivíduos portadores de cardiopatias chagásicas associada aos riscos de embolia pulmonar é orientada a utilização de antiagregante plaquetário.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
			Tratamento clínico da forma crônica digestiva da doença de Chagas - megaesôfago	Orientação e educação para o paciente a manter hábitos de alimentação saudáveis.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Utilização de medicamentos que causem relaxamento das fibras do músculo (isossorbida e nifedipina).	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Uso de toxina botulínica.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Realização dilatação do esôfago por balão.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Emprego de intervenções cirúrgicas, como exemplo, cirurgia convencional, videolaparoscopia, cirurgia robótica e cirurgia endoscópica.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
			Tratamento clínico da forma crônica digestiva da doença de Chagas - megacolon	Aconselhamento e educação para manutenção de modos saudáveis de alimentação e hábitos regulares de evacuações.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Evitar medicamentos constipantes.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Uso de laxantes.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico

					de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Retirada de fecaloma	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Realização de lavagem intestinal.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Realização de cirurgia agendada ou de urgência.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
			Afastamento temporário ou permanente do portador da doença de Chagas.	Afastamento do paciente com infecção por T. cruzi das atividades laborais, da escola ou da realização de exercícios físicos, a partir de critério médico.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Estabelecimento de invalidez para o trabalho na ocorrência do aumento acentuado da área cardíaca e disfunção significativa do ventrículo com incapacidade para proceder as atividades de trabalho que necessitem de força física e quando não puder acontecer a reabilitação.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
Cuidado à saúde	Seguimento	Acompanhamento dos pacientes com a doença de Chagas	Estabelecimento de cura após tratamento específico	Não existem aspectos clínicos definitivos capazes de estabelecer firmemente a cura da DCA.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Não realizar monitoramento sorológico para definir cura em pacientes com doença de Chagas crônica.	Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
				Inexistem evidência a respeito da necessidade da realização de	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica

			monitoramento sorológico no pós terapia.	Doença de Chagas, 2018.
			Realização de testes sorológicos (IgG) semestralmente ou a cada ano por um período de cinco anos, após término do tratamento de doença de Chagas aguda, esse seguimento encerra-se quando apresenta-se dois exames não reativos.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância em Saúde, 2019.
		Identificação e condução de falha terapêutica	Verificação insistente, após o término do tratamento, a reagência em exames sorológicos ou existência de testes parasitológicos positivos o que pode demonstrar falha no tratamento.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Registro de falha medicamentosa e introduzir nova terapia com o mesmo fármaco ou fármaco alternativo.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Inexistem evidência a respeito da necessidade da realização de monitoramento sorológico no pós terapia ou instituição de novo tratamento após completo esquema farmacológico.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
		Acompanhamento de portadores da doença de Chagas	Identificação clínica geral dos pacientes em casos agudos, através dos seguintes exames: sumário de urina, hemograma, ECG, raio X de tórax, exames que avaliam função do fígado, aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase, bilirrubinas totais e frações, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial, endoscopia digestiva alta, ecocardiograma e exame de liquor cefalorraquidiano.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
			Realização de seguimento de longo prazo em pessoas com infecção crônica por meio avaliações frequentes para realizar exames complementares, exemplo, eletrocardiograma, independente de	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.

				terapêutica específica a ser ou não instituída.	
			Acompanhamento os pacientes etiologicamente para o T. cruzi	Análise clínica e laboratorial, no começo da terapêutica e sequencialmente no 30º, 60º e 90º posterior a utilização do benznidazol.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Quando houver acidentes de alto risco para infecção por T. cruzi, antes da instituição da profilaxia, e no 20º, 40º, 60º pós-terapia realizar testes sorológicos para acompanhar soroconversão.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Avaliação rotineira dos pacientes em uso de benznidazol atendendo-se para efeitos adversos.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Avaliação rotineira, nos serviços especializados, os pacientes em uso de nifurtimox, atendendo-se para efeitos adversos.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
		Monitoramento os pacientes com complicações da doença de Chagas e de suas respectivas terapias		Acompanhamento clínico a evolução das complicações cardíacas e digestivas.	Guia de vigilância em saúde, 2019.
				Avaliação clínica, de maneira rotineira, o indivíduo com doença de Chagas em uso de amiodarona. Com no mínimo uma consulta a cada 90 dias no primeiro ano e a cada 180 dias nos anos seguintes, com monitoramento dos eventos adversos deste tratamento.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
		Acompanhamento clínico-laboratorial de pacientes transplantados sob o risco da exposição ao T. cruzi ou risco de reativação da doença		No caso de doador tratado ou não para doença de Chagas o receptor sem a doença, após o transplante, deve ser acompanhado clinicamente e através exames laboratoriais (parasitológicos e sorológicos) até que se cesse a imunossupressão.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Na situação em que doador e receptor são portadores da doença de Chagas, deve-se monitorar, clínica e laboratorialmente (exames parasitológicos, do receptor para observar reativação da infecção por T. cruzi enquanto persistir a imunossupressão.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.

				Recomendação ao receptor sem a doença de Chagas se não realizar tratamento e realizar acompanhamento periódico, clínico e laboratorial.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
				Quando o doador sem a infecção por T. cruzi e o receptor com a infecção, após o transplante, faz-se necessário acompanhamento clínico e laboratorial parasitológico do receptor para verificar reativação da doença.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
Cuidado à saúde	Rastreamento	Diagnóstico precoce dos casos de doença de Chagas	Rastreamento do público vulnerável à infecção	Rastreamento de indivíduos e gestantes sem exame sorológico e com fatores de riscos para contato e infecção com parasito da doença de Chagas, a saber, aqueles que vieram ou moram em locais endêmicos, ter habitado ou morar em ambientes propícios à infestação do T. cruzi, ser parente de indivíduo com a doença de Chagas e ter passado por procedimento transfusional antes de 1992.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Não proceder rastreamento naquelas indivíduos e gestantes sem vulnerabilidades clínico-epidemiológicas.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Rastreamento, em qualquer momento, pessoas que tenham risco de ter a doença de Chagas reativado por imunossupressão.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Oferta de exames sorológicos para os marcadores IgM e IgG familiares/comunicantes que não apresentam sintomas e que permaneceram nas mesmas circunstâncias dos indivíduos diagnosticados com doença de Chagas aguda.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas, 2018.
				Em casos de baixo risco acidental do T. cruzi proceder sorologia oportunamente após o acidente e no 20º, 40º e 60º dia.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
Organizações dos serviços	Atenção Primária à Saúde	Atendimento e acompanhamento do indivíduo com doença de	Garantia de tratamento etiológico com	Solicitação do benznidazol ao Ministério da Saúde via Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES).	Guia de Vigilância em Saúde, 2019

	Chagas no nível primário de atenção. a	benznidazol para a doença de Chagas	Garantia de acessibilidade ao benznidazol.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
		Emprego de terapia específica com benznidazol	Aplicação de terapêutica antiparasitária com benznidazol nos casos indicados.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Utilização de terapêutica específica em quadros leves com ausência de complicações e as formas indeterminada por médicos generalistas que tenham conhecimento sobre a doença de Chagas e sua farmacoterapia.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Guia de Vigilância em Saúde, 2017.
			Avaliação rotineira os pacientes durante o uso de benznidazol em relação aos efeitos adversos e progressão da doença, considerando encaminhamento para serviços de referência.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
		Acompanhamento pacientes com doença de Chagas, em casos leves	Assistência ao usuário com doença de Chagas em estágio agudo sem gravidade, estágio crônico indeterminado, cardíaco, digestivo ou cardiodigestivo estáveis e sem gravidade, grávidas com infecção por T. cruzi crônica com ausência de comorbidades.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
			Seguimento, de maneira preferencial, dos pacientes portadores da forma crônica indeterminada.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Acompanhamento de grávidas com infecção por T. cruzi crônica sem acometimento cardíaco e sem outros problemas de saúde.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
			Inclusão no processo de trabalho atividades de vigilância com um olhar integrado aos ambientes e reservatórios, triatomíneos e homens.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por

					alimentos, 2009. Guia de Vigilância
Referência dos casos moderados e graves da doença de Chagas	Encaminhamento ao serviço especializado indivíduos em estágio agudo com gravidade.				Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
	Encaminhamento ao serviço especializado indivíduos com quadro digestivo que necessitam de procedimentos especializados.				Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
	Encaminhamento ao serviço especializado grávidas em estágio agudo e/ou com cardiopatia.				Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
	Encaminhamento ao serviço especializado pessoas com cardiopatia chagásica com apresentação de: distúrbios graves do ritmo cardíaco, candidatas a MP/CDI, com insuficiência cardíaca, quadros tromboembólicos ou vulneráveis ao mesmo.				Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
	Encaminhamento ao serviço especializado quadro digestivos que necessitam de procedimentos especializados.				Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
	Encaminhamento ao serviço especializado coinfeção com HIV.				Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
	Encaminhamento ao serviço especializado os pacientes transplantados.				Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
Encaminhamento das reações adversas graves ao benznidazol	Referência dos casos reações adversas graves ao Hospital e/ou serviço de referência ao uso do benznidazol.				Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
	Referência ao Hospital de Referência dos quadros de intolerância ao benznidazol.				Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para

					vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
				Encaminhamento ao serviço especializado candidatos à terapêutica com nifurtimox.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
			Responsabilização dos pacientes em acompanhamento na referência	Monitoramento a apoio aos indivíduos sob terapêutica em unidades especializadas	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
Organização dos serviços	Serviço Especializado	Assistência específica aos quadros moderados e graves da doença de Chagas	Atendimento os casos moderados e graves da doença de Chagas	Atendimento de indivíduos em estágio agudo com gravidade.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Atendimento indivíduos com quadro digestivos que necessitam de procedimentos especializados.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Atender grávidas em estágio agudo e/ou com cardiopatia.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Atendimento de pessoas com cardiopatia chagásica com apresentação de: distúrbios graves do ritmo cardíaco, candidatos a MP/CDI com insuficiência cardíaca, quadros tromboembólicos ou vulneráveis ao mesmo.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Atendimento da coinfeção com HIV.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Atendimento dos indivíduos transplantados.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Atendimento em internamento hospitalar quadros de maior	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em

			acometimento geral, problema cardíaco moderado ou grave, presença de eventos hemorrágicos e meningoencefalite.	Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009. Guia de Vigilância, 2019.
			Acompanhamento de grávidas com cardiopatia chagásica crônica, visto possível necessidade de assistência de alta complexidade.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Atendimento da FCI com constatação de progressão.	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015.
			Acompanhamento de pacientes com TVS ou TVNS e risco aumentado para óbito súbito, com devida avaliação de necessidade de implante de CDI e realização de ablação de focos arrítmicos.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
			Acompanhamento de indivíduos afetados pela doença de Chagas com utilização de amiodarona.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
			Atendimento das reações adversas ao benznidazol graves	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
			Realização exames mais complexos para a rotina, análise para identificação de cura e o monitoramento de longo prazo do indivíduo afetado pela doença de Chagas.	Caderno de Atenção Básica - Vigilância em Saúde (zoonoses), 2009. Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos, 2009.
			Atendimento de candidatos à terapêutica com nifurtimox.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
		Garantia e oferta terapia específica	Solicitação através de protocolo padrão o fármaco nifurtimox ao O Ministério da Saúde através do	II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Guia de Vigilância

			com benznidazol e nifurtimox, e terapia clínica com amiodarona	Grupo Técnico de Doença de Chagas da SVS, o fármaco é adquirido por doação via OPAS.	em Saúde, 2017. Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Solicitação do benznidazol ao Ministério da Saúde via Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES).	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Disponibilização de amiodarona para utilização em casos de cardiopatia em que estão indicados.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.
				Realização de farmacovigilância ao nifurtimox.	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica Doença de Chagas, 2018.

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES E PROFISIONAIS DA SAÚDE
(Gestor de Saúde, Coordenador de Endemias, Coordenador de Vigilância Epidemiológica/
Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Atenção hospitalar)
(Médico USF, Enfermeiro USF, Farmacêutico NASF, ACS, ACE)

Data da entrevista: / /	Início da entrevista:	Término da entrevista:	Duração:
Nome do entrevistado:		Sexo: () M () F	
Data de nascimento: / /	Formação Profissional:	Ano de conclusão da graduação:	
Cargo desempenhado:	Tempo no cargo (em anos):	Local de trabalho:	
Representação em órgão colegiado:		Tempo no colegiado (em anos):	
Telefone para contato:		E-mail:	

Bloco 1: Legitimação da entrevista

Criar ambiente propício, explicar os objetivos da pesquisa, justificar a escolha do entrevistado.
 Solicitar autorização para o uso do gravador;
 Apresentar o TCLE, garantir anonimato e sigilo sobre os dados;

Bloco 2: Diretrizes do programa de controle da doença de chagas e planejamento das ações do referido programa

A doença de Chagas é uma prioridade para a gestão municipal?
 Você conhece as diretrizes do programa de controle da doença de chagas?
 (II consenso brasileiro em doença de chagas, 2015; PCDT doença de chagas, 2018; Guia de Vigilância em saúde, 2019)?
 Quais são as propostas para a doença de chagas no município?
 -Como o planejamento do programa tem sido efetivado no município? Tem algum documento formal? (Poderia ver/escanear?)
 -Foi previsto no Plano plurianual?
 - Que atores participaram do planejamento da atenção à doença de chagas? Quem participou do último planejamento?
 - Qual a frequência?
 - Quem participa?
 - O que é priorizado?
 -Você identifica alguma base de apoio político às pessoas com doença de chagas no âmbito da gestão estadual? Em sua opinião estão ligadas a que setores principalmente? Isso tem favorecido a implementação do programa aqui no município?
 -Existe algum grupo técnico do estado designado para gerir a atenção à saúde dos pacientes com doença de chagas? E aqui no município? (Caso exista, qual foi o critério para a constituição do grupo técnico?)
 - Discute-se metas e indicadores dos planos anteriores? Quais são as metas do plano atual? Qual a situação atual da doença de chagas no município?
 Como é feita a avaliação da rede de atenção à saúde doença de chagas?
 Existe algum grupo técnico com essa função permanente? Existe algum mecanismo de gestão colegiada da saúde à atenção à doença de chagas com participação dos usuários e trabalhadores?
 Existem indicadores específicos para avaliar o progresso da eliminação da doença de chagas? Quais são?
 Existem indicadores específicos para avaliar a qualidade dos serviços de doença de chagas? Quais são?

- 8) Existem ações de formação em serviço para os profissionais e para discentes, acerca da atenção à saúde para a doença?
- Qual o tipo?
 - Qual o público?
 - Qual frequência?
 - Está vinculado a iniciativas municipais ou de instituições de ensino superior?
- É realizado algum tipo de educação para a comunidade que aborde a temática? Quais?
- Quais são as principais facilidades para a implementação do programa de controle da doença de chagas no município? Poderia exemplificar com alguma situação concreta?
- Quais são os principais obstáculos para a implementação do programa de controle da doença de chagas no município? Poderia exemplificar com alguma situação concreta?

Bloco 3: Vigilância entomológica

- Como ocorre a vigilância entomológica para doença de chagas no município?
- É realizado estudo dos reservatórios? Como?
 - Existem locais para entrega dos triatomíneos? Quais? Quantos são?
 - O que é feito com os triatomíneos entregues pela população?
 - Existem grupos técnicos municipais para realização de busca entomológica ativa?
 - Quando e como realizam busca ativa?
 - Como procedem ao encontrar o triatomíneo?
 - Em que casos ocorre o controle químico na unidade domiciliar?
 - Existe no município algum projeto para realizar melhorias habitacionais em domicílios de risco?
 - Existem atividades de educação em saúde direcionada ao controle e cuidados com o vetor da doença de Chagas? Quais?

Bloco 4: Vigilância epidemiológica

- 1) Como ocorre a vigilância epidemiológica direcionada aos casos da doença de chagas?
- Quais casos da doença são notificados?
 - Existe no município informação sobre os casos crônicos da doença (quantidade, perfil das pessoas acometidas, entre outros)?
 - Como é feita a notificação dos casos da doença?
 - Quem preenche a Ficha de Notificação?
 - Existe diferença de rotinas para os serviços públicos e privados, quanto a notificação de casos da doença de chagas?
- As fichas de notificação e investigação são encaminhadas dos serviços de saúde para a VIEP de que forma?
- As fichas de notificação e investigação são encaminhadas dos serviços de saúde para o MS de que formato?
- Meio físico, magnético ou virtual, ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior?
 - Como e quem realiza a investigação dos casos?
- 4) Em casos de doença de chagas aguda por transmissão oral, existe a necessidade de informar formalmente outros setores? Quais?
- 5) Como e quem realiza ações no território da provável contaminação?
- 6) A descoberta do caso de doença de chagas é feita de que forma? detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas) e/ou passiva (demanda espontânea e encaminhamento)?
- 7) Existem protocolos/rotinas específicas para coleta de dados referentes aos casos de doença de chagas e seus contatos?
- 8) Existem protocolos/rotinas específicas para o processamento dos dados referentes aos casos de doença de chagas e seus contatos?
- 9) Existem protocolos/rotinas específicas para a análise e a interpretação dos dados referentes aos casos de doença de chagas e seus contatos?
- Como esses dados são divulgados?
- Sala de situação?
 - Boletins?
- 10) São produzidas informações para a comunidade em geral, organizações da sociedade civil e pacientes/contatos sobre doença de chagas?

- 11) Como atuam na prevenção de casos de acidentes com risco de contaminação pelo T. cruzi? E nos casos de ocorrência destes acidentes?
- 12) Os casos de doença de chagas aguda são encerrados no município em tempo oportuno? Em quanto tempo, aproximadamente?
- 13) É realizado alguma atividade de educação em saúde para prevenção de casos de doença de chagas? Quais?

Bloco 5: Vigilância sanitária

- 1) Como ocorre a vigilância sanitária direcionada ao controle da doença de chagas no município?
- Como e quem realiza vistoria em hemocentros?
 - Como e quem realiza vistoria em serviços de saúde onde se realiza transplantes?
 - Como e quem realiza vistoria em ambientes que produzem e/ou manipulam alimentos?
 - Existem atividades educativas direcionada às boas práticas de manipulação dos alimentos para evitar contaminação pelo T. cruzi? Quais?

Bloco 6: Assistência aos usuários acometidos por doença de chagas

Como tem ocorrido a articulação das unidades de atenção à saúde à doença de chagas da média e alta complexidade com a atenção básica?

Como ocorre a regulação dos procedimentos de alta complexidade?

As decisões para a implantação dos serviços e distribuição dos recursos tem sido baseada em que?

Como tem ocorrido o acesso à atenção à doença de chagas?

- A atenção básica é a principal porta de entrada? Existem fluxos definidos para os pacientes?
 - Existem protocolos que sistematizam a assistência aos pacientes de doença de Chagas na AB e/ou SR?
 - Existem linhas de cuidado para os pacientes com doença de chagas?
 - São desenvolvidas ações de prevenção pela atenção básica na região?
- 5) Existe algum protocolo/procedimento operacional para o diagnóstico de doença de Chagas?
- Quais são as formas da doença?
 - Como é identificada suspeição clínica-epidemiológica de casos agudos da doença?
 - Como é identificada suspeição clínica-epidemiológica de casos crônicos da doença?
 - Quais exames solicitados para diagnóstico dos casos agudos da doença? Quando solicitá-los? Como são realizados?
 - Existem formas da doença em seu estágio agudo? Quais?
 - Quais exames são utilizados para diagnosticar casos congênitos da doença? Quando estes são realizados?
 - Quais exames são utilizados para diagnosticar casos de reativação da doença? Em quais casos são empregados?
 - Quais exames solicitados para o diagnóstico dos casos crônicos da doença de Chagas? Quando solicitá-los?
 - Quais são as formas crônica da doença? Como são identificadas?
- 6) É solicitado, de rotina, outros exames para o paciente diagnosticado com doença de chagas aguda? Quais?
- 7) Existem práticas voltadas para educação em saúde dos pacientes, familiares e comunidade? Quais?
- 8) Como se dá assistência às pessoas expostas aos mesmos riscos dos pacientes com doença de Chagas?
- 9) Como ocorre o tratamento específico dos pacientes com a doença aguda?
- Qual medicação de primeira escolha utilizada?
 - Existe especificidades e/ou exceção? Quais?
- 10) Como ocorre o tratamento específico dos pacientes com a doença crônica?
- Qual medicação de primeira escolha utilizada?
 - Existe especificidades e/ou exceção? Quais?
- 10) É realizado o monitoramento do uso do benznidazol?
- É solicitado, de rotina, exames para o paciente em tratamento com benznidazol? Quais?
 - Quais efeitos adversos podem surgir com o uso do medicamento? Quais intervenções podem ser empregadas para estes eventos adversos?
 - Existe acompanhamento em caso de efeitos adversos?
 - É realizado acompanhamento de casos de intolerância ao medicamento?
 - Existe acompanhamento em casos com comorbidades associadas ou situações especiais? Quais?
 - Existem ações para estimular a regularidade do tratamento do doente?

11) Existe tratamento alternativo para doença de Chagas? Qual? Quando pode ser utilizado?

12) Existe profilaxia para doença de Chagas? Em quais casos?

13) Quais os cuidados, em casos de transplantes, realizados em pacientes com doença de chagas?

14) Quais os cuidados, em casos de transplantes, para evitar a transmissão do T. cruzi?

15) Quais os cuidados, em casos de transfusão sanguínea, para evitar a transmissão do T. cruzi?

- 16) Quais terapêuticas podem ser instituídas na cardiopatia chagásica aguda? Como são disponibilizadas?
- 17) Quais terapêuticas podem ser instituídas na cardiopatia chagásica crônica (síndrome arritmica e síndrome de insuficiência)? Como são disponibilizadas?
- 18) Quais terapêuticas podem ser instituídas no megaesôfago chagásico? Como são disponibilizadas?
- 19) Quais terapêuticas podem ser instituídas no megacólon chagásico? Como são disponibilizadas?
- 20) Existem avaliações de seguimento dos pacientes na fase aguda da doença de Chagas? Com que frequência e como?
- 21) Existem avaliações de seguimento dos pacientes na fase crônica da doença de Chagas? Com que frequência e como?
- 22) Como e quem realiza a avaliação de cura e/ou falha terapêutica?
- 23) É realizado rastreamento para doença de Chagas? Em quais casos?

Bloco 7: Organização dos serviços

- 1) Como a atenção à saúde aos pacientes com doença de chagas está organizada?
- 2) Quais casos são atendidos na atenção básica?
- 3) Quais casos devem ser encaminhados para atenção especializada?
- 4) Qual o fluxo de encaminhamento de pacientes em situações de agravamento do quadro clínico agudo, para os serviços especializados?
- Qual o fluxo de encaminhamento de pacientes em situações de reação adversa ou intolerância ao benznidazol, para os serviços especializados?
- Qual o fluxo de encaminhamento de pacientes em situações de cardiopatia chagásica aguda, para os serviços especializados?
- Qual o fluxo de encaminhamento de pacientes em situações de cardiopatia chagásica crônica, para os serviços especializados?
- Qual o fluxo de encaminhamento de pacientes em situações de megaesôfago chagásico, para os serviços especializados?
- Qual o fluxo de encaminhamento de pacientes em situações de megacólon chagásico, para os serviços especializados?

Bloco 8: Assistência Farmacêutica

- Como o tratamento específico de primeira escolha para doença de chagas é adquirido?
- Quais os requisitos para aquisição do medicamento?
 - Quem são os responsáveis pela aquisição?
 - Como o medicamento é armazenado na CAF, nos serviços da Atenção Básica e serviços de referência?
 - Como o medicamento é disponibilizado aos pacientes?
 - Existe padronização do esquema terapêutico? Qual?
 - Existe diferença de tratamento para as formas adultos e crianças (apresentação, dose diária e máxima)? Quais?
 - Onde é realizado este tratamento para doença de chagas?
- Como o tratamento alternativo para doença de chagas é adquirido?
- Quais os requisitos para aquisição do fármaco?
 - Quem são os responsáveis pela aquisição?
 - Como o medicamento é armazenado na CAF, nos serviços da Atenção Básica e serviços de referência?
 - Como o medicamento é disponibilizado aos pacientes?
 - Existe padronização do esquema terapêutico? Qual?
 - Existe diferença de tratamento para as formas adultos e crianças (apresentação, dose diária e máxima)? Quais?
 - Onde é realizado este tratamento para doença de chagas?

Bloco 9: Finalização da entrevista

Você gostaria de acrescentar alguma informação? Retomar alguma questão que eu fiz?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR ESTADUAL

Data da entrevista: / /	Início da entrevista:	Término da entrevista:	Duração:
Nome do entrevistado:	Sexo: () M () F		
Data de nascimento: / /	Formação Profissional:	Ano de conclusão da graduação:	
Cargo desempenhado:	Tempo no cargo (em anos):	Local de trabalho:	
Representação em órgão colegiado:		Tempo no colegiado (em anos):	
Telefone para contato:	E-mail:		

Projeto Original: Integração de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças tropicais negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para hanseníase e doença de chagas no SUS no sudoeste do estado da Bahia

Bloco 1: Legitimação da entrevista

Criar ambiente propício, explicar os objetivos da pesquisa, justificar a escolha do entrevistado.
Solicitar autorização para o uso do gravador;
Apresentar o TCLE, garantir anonimato e sigilo sobre os dados;

Bloco 2: Diretrizes do programa de controle da doença de Chagas e planejamento das ações do referido programa

- 1) Você conhece as diretrizes do programa de controle da doença de chagas?
(II consenso brasileiro da doença de Chagas, 2015; PCDT 2018, Guia de Vigilância em saúde de 2019)?
 - 2) Você considera que a doença de Chagas é uma prioridade para a gestão estadual?
 - 3) Quais são as propostas para a doença de chagas no estado da Bahia?
 - Desde que ocupa essa função no NRS, como se dá o planejamento das ações direcionadas a doença de chagas?
 - Como e quais são as ações previstas no planejamento estadual da Vigilância em Saúde?
 - Como ocorre o planejamento do programa? Tem algum documento formal? (Poderia ver/escanear?)
 - Que atores participaram do planejamento da atenção à doença de chagas?
 - Qual a frequência?
 - O que é priorizado?
 - Você identifica algum apoio da gestão federal direcionado à doença de Chagas? Em sua opinião estão ligadas a que setores principalmente? Isso tem favorecido a implementação do programa no estado da Bahia?
 - De que forma atua o grupo técnico do estado designado para gerir a atenção à saúde dos pacientes com doença de chagas? Como é sua constituição?
 - Discute-se metas e indicadores do programa? Quais são as metas atuais? Qual a situação atual da doença de chagas no estado?
 - 4) Como é feita a avaliação da rede de atenção à saúde doença de chagas?
 - Há algum mecanismo de gestão colegiada da saúde à atenção doença de chagas com participação dos usuários e trabalhadores?
 - 5) Existem indicadores específicos para avaliar o progresso da eliminação da doença de chagas?
 - 6) Existem indicadores específicos para avaliar a qualidade dos serviços de doença de chagas?
 - 7) Existem ações de formação em saúde sobre a doença de Chagas na região de saúde de Vitória da Conquista?
 - Qual o tipo?
 - Quais enfoques?
 - Qual o público?
 - Qual frequência?
- Está vinculado a iniciativas estaduais ou de instituições de ensino superior?
- 8) Quais são as principais facilidades para a implementação do programa de controle da doença de chagas no estado baiano? Poderia exemplificar com alguma situação concreta?

- 9) Quais são os principais obstáculos para a implementação do programa de controle da doença de chagas na Bahia? Poderia exemplificar com alguma situação concreta?

Bloco 3: Vigilância entomológica

- 1) Quais são as ações de vigilância entomológica para doença de Chagas desenvolvidas pelo estado?
 - Existem laboratórios de análise triatomínea e de reservatórios mantidos e/ou dirigidos pelo estado?
 - Como ocorre a supervisão das ações municipais voltadas para essa área? Há diferenças conforme classificação de risco dos municípios? Quais?
 -- O estado recebe recursos financeiros do ente federal para apoio ao enfrentamento da doença de Chagas? Como ocorre o repasse?
 - O estado fornece insumos para controle químico e/ou recursos para melhoria habitacional e/ou outro tipo de apoio financeiro aos municípios? Como a destinação das verbas?

Bloco 4: Vigilância epidemiológica

- 1) Como ocorre a vigilância epidemiológica direcionados aos casos da doença de chagas a nível estadual?
 - Como é acompanhado a notificação dos casos agudos?
 - Como é acompanhado a notificação dos casos crônicos?
 2) Há interferência do estado no processo de investigação dos casos? Em quais casos e como ocorre esse processo?
 3) Existem protocolos/rotinas específicas para o processamento dos dados referentes aos casos de doença de chagas e seus contatos?
 4) Existem protocolos/rotinas específicas para a análise e a interpretação dos dados referentes aos casos de doença de chagas e seus contatos?
 5) Como esses dados são divulgados?
 -Sala de situação?
 -Boletins?

Bloco 5: Vigilância sanitária

- 1) Como ocorre a vigilância sanitária direcionada ao controle da doença de chagas?
 - Como é realizado vistoria em hemocentros?
 - Como é realizado vistoria em serviços de saúde onde se realiza transplantes?

Bloco 6: Assistência aos usuários acometidos por doença de chagas

- 1) Existe centro de referência para usuários com doença de Chagas na Bahia?
 2) Como tem ocorrido a articulação das unidades de atenção à saúde à doença de chagas da atenção básica e a média e a alta complexidade entre os municípios e estado?
 - Existem fluxos definidos para os pacientes?
 - Existem protocolos que sistematizam a assistência aos pacientes de doença de Chagas na AB e/ou SR?
 - Existem linhas de cuidado para os pacientes com doença de chagas?
 3) Como ocorre a disposição e regulação das consultas/procedimentos especializados e internações/procedimentos cirúrgicos para pacientes com doença de Chagas?
 4) Como acontece a disposição e regulação dos exames laboratoriais para confirmação da doença de Chagas aguda e crônica?
 5) As decisões para a implantação dos serviços e distribuição dos recursos tem sido baseada em que?
 6) Poderia falar um pouco sobre a doença de Chagas, rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento?

Bloco 7: Organização dos serviços

- 1) Como a atenção à saúde aos pacientes com doença de chagas está organizada?
 2) Quais casos são atendidos na atenção básica?
 3) Quais casos devem ser encaminhados para atenção especializada?

Bloco 8: Assistência Farmacêutica

- 1) Como o tratamento específico de primeira escolha para doença de chagas é adquirido?
 - Quais os requisitos para aquisição do medicamento?

- Quem são os responsáveis pela aquisição?
- Como o medicamento é armazenado e/ou distribuído aos municípios?
- 2) Como o tratamento alternativo para doença de chagas é adquirido?
- Qual fluxo de aquisição do fármaco?
- Quem são os responsáveis pela aquisição?
- Como o medicamento é armazenado e/ou disponibilizado aos municípios?

Bloco 5: Finalização da entrevista

- 1) Você gostaria de acrescentar alguma informação? Retomar alguma questão que eu fiz?

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS (Usuários em tratamento e após a alta)

Data da entrevista: / /	Início da entrevista:	Término da entrevista:	Duração:
Nome do entrevistado:			Sexo: () M () F
Data de nascimento: / /	Profissão:	Grau de escolaridade:	
Telefone para contato:		E-mail:	

Bloco 1: Legitimação da entrevista

Criar ambiente propício, explicar os objetivos da pesquisa, justificar a escolha do entrevistado.
Solicitar autorização para o uso do gravador;
Apresentar o TCLE, garantir anonimato e sigilo sobre os dados;

Bloco 2: Percepções acerca do adoecimento

O que é doença de Chagas para você?
2) Qual é a sua história com a doença de Chagas?
- Conhecia a doença?
- Conhece/conheceu alguém que tinha a doença?
- Como descobriu que tinha?
- Como se sentiu?
- O que fez quando descobriu?
- Procurou algum serviço?
- Qual?

Bloco 3: Percepções acerca dos serviços de saúde

1) Como foi o seu atendimento no serviço?
- Quem fez o primeiro atendimento?
- Foi avaliado?
- O profissional explicou sobre o motivo da suspeita?
- Realizou algum exame para confirmar a suspeita? Qual?
- O profissional fez orientações sobre o diagnóstico?
- Quando recebeu o diagnóstico?
- O profissional te encaminhou para algum local?
- As pessoas que expostas aos mesmos riscos de transmissão foram buscadas?
2) Como foi/está sendo passar por este tratamento?
- Você foi orientado sobre o tratamento?
- De que forma?
- Faz uso da medicação conforme prescrição/orientação?
- Apresentou alguma reação durante o tratamento?
- Como foi orientado sobre a reação?
- Realizou algum exame durante o tratamento?
- Como se sentiu quando acabou o tratamento?
3) Recebeu orientações para retornar ao serviço?
- Quem orientou?
- Foi orientado a retornar com que frequência?

- Tem retornado nos períodos solicitados?

4) Conhece o vetor da doença de Chagas?

- Qual o tipo deste animal?

- Por qual nome conhece-o?

- Já viu algum?

- Já encontrou algum em seu domicílio (ambiente interno ou externo)? Como procedeu?

- Técnicos capacitados já foram realizar busca em sua residência?

- Já foi realizada ação contra o vetor da doença de Chagas em sua unidade domiciliar? Qual? Como ocorreu?

- Recebeu orientações sobre cuidados com o peri e intradomicílio? E sobre a captura do vetor?

- Recebeu orientações sobre cuidados na manipulação de alimentos?

5) O que acha do serviço que frequenta?

- O que você mais gosta?

- Já enfrentou alguma dificuldade no serviço (agendar consultas, pegar medicação, relação difícil com algum profissional, passou por algum constrangimento?)

- O que você poderia sugerir de mudança para melhorar o atendimento neste serviço?

6) Recebeu alguma educação direcionada a doença de Chagas?

- Em algum momento, participou de palestras educativas, ou recebeu panfletos com informações sobre a doença?

- O que acha do serviço que frequenta?

- O que você mais gosta?

- Já enfrentou alguma dificuldade no serviço (agendar consultas, pegar medicação, relação difícil com algum profissional, passou por algum constrangimento?)

- O que você poderia sugerir de mudança para melhorar o atendimento neste serviço?

Bloco 4: Finalização da entrevista

Você gostaria de acrescentar alguma informação? Retomar alguma questão que eu fiz?

APENDICE E**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Universidade Federal da Bahia - UFBA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Projeto INTEGRADTNs



Projeto Original: Integração de ações de vigilância, prevenção e controle de doenças tropicais negligenciadas: perspectivas epidemiológicas e operacionais para hanseníase e doença de chagas no SUS no sudoeste do estado da Bahia

Sub-projeto: Análise de implantação das ações de controle da doença de chagas em municípios baianos

Pesquisadoras: *Taise de Alcantara Amancio e Nília Maria de Brito Lima Prado* (responsável)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que vai promover uma maior compreensão sobre como é o atendimento e como estão estruturados os serviços e a rede de assistência aos pacientes com doença de chagas. Este estudo objetiva: Conhecer como as ações de controle da doença de chagas estão sendo desenvolvidas e implementadas nos serviços de saúde em municípios da Bahia.

Para isso, sua participação consiste em responder uma entrevista, previamente agendada, com duração aproximada de 30 minutos, que será gravada em equipamento específico para esse fim, caso você nos autorize.

Sua participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, se assim o desejar, sem nenhum tipo de prejuízo com relação ao seu atendimento neste ou em outros serviços. As informações obtidas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Em nenhum momento do estudo seu nome será divulgado, pois será estabelecido um código para identificação das entrevistas. Os dados coletados serão utilizados apenas nessa pesquisa e os resultados podem ser divulgados em eventos ou revistas científicas. As entrevistas serão guardadas por 5 anos na UFBA e após esse período, serão apagadas.

Você não terá nenhum custo para participar dessa pesquisa, bem como não haverá nenhuma compensação financeira. Caso a pesquisa te deixe constrangido (a) de alguma forma, ou você tenha receio de responder alguma questão, poderemos interromper a entrevista, sem nenhum prejuízo. Além disso, estaremos ao seu dispor, em qualquer momento da pesquisa, para esclarecer dúvidas. Para isso, você receberá uma cópia deste termo, onde constarão o endereço, telefone e e-mail dos pesquisadores.

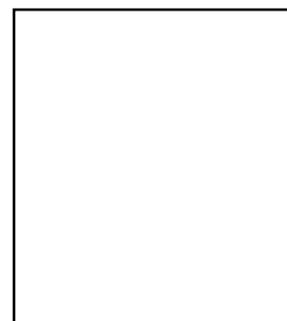
O benefício da sua participação será no sentido de aumentar o conhecimento na área da saúde, promovendo uma maior compreensão da rede de serviços, que poderá favorecer melhorias no atendimento prestado. Os resultados da pesquisa serão apresentados nos serviços de saúde, em data agendada e divulgada previamente.

Você poderá procurar os pesquisadores por meio do telefone de Taise de Alcantara Amancio, (77) 98163-8845, ou pelo endereço: Rua Rio de Contas, nº 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, na UFBA.

O Comitê de Ética é o setor responsável pela permissão da pesquisa e avaliação dos seus aspectos éticos. Caso tenha dificuldade em entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, comunique-se com o Comitê de Ética do IMS/CAT/UFBA pelo telefone (77) 3429-2720, email: cepims@ufba.br. ou endereço: Rua Rio de Contas, nº 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, Vitória da Conquista – BA, CEP: 45.029-094.

Eu, _____,
declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Participante da pesquisa (Caso não assine, colocar a digital e o número do documento)



Taise de Alcantara Amancio
(e-mail: taiseamancio@gmail.com)
(Pesquisadora)

Nília Maria de Brito Lima Prado
(email: nilia.prado@ufba.br)
(Pesquisadora responsável)

Vitória da Conquista, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE F

PRINCIPAIS EXCERTOS DE ACORDO COM AS DIMENSÕES E SUBDIMENSÕES DO PNCDCH

Categoria	Vigilância, Prevenção e controle	Cuidado à Saúde	RAS em Doença de Chagas
G1M1	<p>“Prioridade não, a gente está um pouco obscuro a chagas não estar tratando com deveria. Ela ficou um pouco estagnada, mas assim eu disse não, mas é um pouco uma prioridade.”</p> <p>“A gente não tem proposta em protocolo, a gente seque o que o ministério preconiza para gente e conforme vai aparecendo a demanda a gente vai tratando.”</p> <p>” O planejamento ele feito com a vigilância sanitária e com os agentes de endemias eles seque os ciclos preconizados pelo ministério.”</p> <p>“A gente procura dar suporte ao centro de endemias a tudo que eles precisam para fazer um bom trabalho”</p> <p>“O suporte do estado que é pouco”</p> <p>“Ela estar sobre controle, a última vez que encontramos o barbeiro foi em 2015 e a gente tem feito um grande combate”</p> <p>“A gente trabalha em locus, os agentes de endemias vão a casa dos pacientes faz a vistoria explica, dá palestra”</p> <p>” Semanalmente eles vão para campo para fazer pesquisas, visitas e buscas.”</p> <p>“A secretaria de saúde, o centro de endemias e as unidades de saúde (entrega de triatomíneos)”</p> <p>“Eles são analisados pela equipe de chagas”</p> <p>“Orienta a família da forma como eles têm que pegar e trazer para gente ou se eles mesmo encontram pegam e traz dessa forma”</p>	<p>“Através do PSF e palestras educativas, sala de espera”</p> <p>“Protocolo do Ministério da Saúde e a gente criou um protocolo do município agora”</p> <p>“Geralmente é o clínico que identifica percebe os sintomas e faz solicitação dos exames”</p> <p>“Nos ofertamos nas unidades de saúde os exames para o paciente”</p> <p>“A gente faz o acompanhamento nas unidades, tem o centro de endemias que dá apoio e a vigilância epidemiológica”</p> <p>“A gente aqui não teve nenhum encaminhamento”</p> <p>“O especialista faz o relatório que encaminha para a vigilância e a vigilância entre em contato com o farmacêutico que da entrada com o núcleo (regional)”</p> <p>“No município ele fica armazenado na CAF.”</p> <p>“Na residência mesmo (tratamento específico)”</p>	<p>“A gente coloca no sistema via regulação e encaminha para Salvador.”</p> <p>“Encaminhar para o especialista para ele definir a melhor forma de tratar o paciente.”</p> <p>“Encaminhar para o especialista para ele definir se é caso cirúrgico.”</p> <p>“De acordo com a demanda que vai aparecendo a gente encaminha.”</p> <p>“Da atenção básica chega para a vigilância e nós fazemos aqui via regulação”</p>

	<p>“Quando a família solicita ou quando é encontrado o barbeiro pela equipe e nas áreas endêmicas”</p> <p>“Pela demanda espontânea e encaminhamento”</p> <p>“O agente de saúde junto com o centro de endemias (intervenção no local de transmissão)”</p> <p>“Hoje a gente está perdido na quantidade (doença de Chagas crônica)”</p> <p>“A gente capacita os servidores para passar para o público que a gente atende”</p>		
G2M1	<p>“[...] Nós somos uma área endêmica e aí a gente tem priorizado principalmente na questão dos vetores. Nós temos uma equipe todo estruturada de cinco servidores todos efetivos e aí assim o trabalho já há mais de dez anos vem fluindo muito bem. A gente acaba sendo um pouco de referência aí nesse sentido.”</p> <p>“[...]A gente faz a programação anual de que é feito pesquisa tanto passiva quanto ativa através dos <i>PITS</i> né, que tem... todas as unidades tem um “<i>pitizinho</i>”, uma caixinha para poder coletar os barbeiros [...] A gente tem um laboratório aqui também no centro de endemias e, então a análise é feita, imediata, é dado o resultado pros usuários se era um barbeiro positivo ou não, faz a borrifação... então assim, até o momento as ações foram focadas na questão vetorial [...] Depois do Seminário de Doença de Chagas, em Barreiras que eu participei, ampliou um pouco essa questão que eu vi que <i>tava</i> um pouco apagada aqui no município. E aí eu vou focar mais na questão com os médicos né? de identificar doenças, diagnóstico.”</p>	<p>“Tem uns protocolos... tem o protocolo né, nota técnica que é o que a gente norteia, mas municipal não.”</p> <p>” Assim, como eu disse anteriormente, nós desde que eu da vigilância epidemiológica assumi, não havia acontecido ainda nenhum caso de Doença de Chagas diagnosticada. O único caso que eu <i>tô</i> tendo agora foi de um caso que foi diagnosticado na rede particular né, mediante uma ressonância que a pessoa fez e aí foi detectado. E aí a gente <i>tá</i> dando os encaminhamentos. Então assim, não tem uma estrutura, porque a gente não teve pacientes até o momento.”</p> <p>“[...]Então assim, essa nota técnica 1 de dois mil e dezessete é a que todas as unidades têm e aqui é que dá todo embasamento de tratamento.”</p>	<p>“Na verdade, não tem uma rede estruturada né? não assim, montada uma rede para a Doença de Chagas, justamente por nunca ter acontecido. Então assim é... agora que foi o primeiro caso a gente assim... entre aspas, montou uma rede né, entrou em contato... a Secretária de Saúde dá total apoio pra realização de exames e tudo, entramos em contato com a DIVEP, com o núcleo [...]”</p> <p>“Então, em relação a cirurgia é uma situação nova para gente. A gente viu que esse fluxo não é tão claro, foi nos orientado que essa paciente fosse inserida numa lista única porque a cirurgia de megacólon, desse caso que tem em Tremedal não faz em Conquista né?”</p>

<p>“Planejamento das ações na zona rural... é feito todo um planejamento... Do que vai ser feito... E o motivo da inclusão, se é positivo, quais são as localidades, quantos existentes, quantos programados.”</p> <p>“Esse planejamento ele é... realizado anualmente. E aí a gente faz ele é... semestral pra poder enviar né, pro núcleo.”</p> <p>“Então, no Estado tem esse GT de Chagas né, que é o grupo de trabalho de Chagas e que são essas pessoas que quando precisa, até o momento eu não... não havia precisado, agora precisou ela <i>tá</i> me dando um apoio de tentar dar direcionamentos e tudo.”</p> <p>“Tem. Tem fortalecido as ações né, porque assim, eles estão o tempo inteiro ou convidando a gente para um momento, pra apresentar nossa experiência, eles nos dão muito apoio, sempre que estão por perto eles vêm até Tremedal, é uma troca de experiências.”</p> <p>“<i>Oh!</i> no momento ela é uma doença subnotificada, entre aspas, porque assim nós nunca identificamos nenhum caso de Chagas agudo[...] Então não temos nenhum paciente em uso de medicação, desde que eu assumi nunca teve também nenhum paciente que teve, que diagnosticado e iniciou tratamento.”</p> <p>“Nós tivemos aqui né, porque foi encontrado <i>infestans</i>, o plano... Que aí ele já foi finalizado tudo não encontrou mais desde dois mil e onze. <i>Mais</i>, assim para doença não. Não tem nenhum plano.”</p> <p>“Assim esse ano nós incluímos né? A Doença de Chagas no PSE, e então ele está sendo discutido nas escolas, é ou pela equipe do NASF das unidades, já teve aquele momento em Conquista que... aquele momento inicial que falou também de Doença de Chagas todos os nossos médicos eles foram e aqui no município não. Só o material que</p>	<p>“É... toda essa questão, fase crônica, fase aguda, quando suspeitar quais exames fazer, então a gente segue ela.”</p> <p>“De um caso crônico geralmente, pelo fato da gente morar numa área endêmica, então geralmente suspeita quando o próprio paciente relata que teve alguém na família que já teve Doença de Chagas, alguma coisa assim é que começa a linha de investigação ou então quando como é mais comum, a questão né, cardíaca geralmente quando apresenta alguns sintomas assim, tem médico que suspeita e pede um eletro ou exame pra vê se é ou não.”</p> <p>“Nesse resuminho que a gente fez né, os exames que são disponibilizados pelo LACEN é o Chagas gota espessa e o Chagas IgM pra poder identificar Chagas agudo.”</p> <p>“Congênito, aí vai depender né, da fase que é até dez dias fazer da criança. Se for feito exame na criança até dez dias de nascimento aí é confirmado que é um... um... foi um caso de Chagas congênita. Pelo que eu sei é isso?”</p> <p>“É o... Vou lembrar agora de cabeça não. <i>É o Elisa...</i> tem que ser feito por dois métodos né, dois métodos, Elisa e o Quimioluminescência. E geralmente também solicita um eletro pra fazer a avaliação cardíaca.”</p>	<p>Passou pelo proctologista do CEMAE e tudo, ele indicou. A gente pagou uma consulta com um outro proctologista pra ter uma segunda opinião e ela indicou o uso da cirurgia, fez um relatório e através desse relatório a gente anexa numa lista única e aí estamos aguardando a marcação para essa paciente ser provavelmente encaminhada para Salvador para fazer uma consulta lá com o proctologista que faça esse tipo de cirurgia para daí encaminhar a cirurgia [...]”</p> <p>“Aí assim, no caso de marcapasso, no geral né, geralmente esse paciente, na maioria das vezes, ele é internado no hospital, quando é caso de internamento, e aí esse procedimento é via SUREM, então insere ele numa central e é anexado todos os exames, tudo que ele tem e aí aguarda a marcação. Geralmente, no IBR que faz.”</p> <p>“Geralmente quando é um paciente que está grave, ele dá entrada no hospital e aí via SUREM ele é transferido pra uma unidade de alta complexidade”</p>
---	---	---

<p>foi confeccionado aqui pela <i>VIÉP</i>, baseado nas notas técnicas para poder enviar para as unidades né, pra discutir sobre Doença de Chagas. Foram as ações que foram realizadas até o momento.”</p> <p>“[...] Um projeto que foi desenvolvido em uma escola, específico sobre Doença de Chagas onde foi trabalhado durante toda a unidade a Doença de Chagas e aí os alunos no final do projeto eles é que apresentaram sobre a doença, sobre as experiências e aí foi um projeto bem legal que foi feito na escola. Então o foco até o momento foi os alunos e é... uma pequena parcela com os profissionais, médicos, enfermeiros que foi esse momento de Conquista e aqui.”</p> <p>“Não acontece com tanta frequência, nesse ano já teve três momentos assim, que foi esse do projeto e esses dois com os médicos, fora os que acontece com o <i>PSE</i> né, que acontece vários?”</p> <p>“[...] Toda feira de saúde que tem, nós estamos lá com um <i>stand</i> de Chagas, está divulgando para a população, leva os vetores. Então ela é informada nesse sentido.”</p> <p>“As principais facilidades é o fato do servidor, ele ser efetivo então assim ele já é um programa que realmente funciona ele não é um... né, não tem aquela questão de a cada quatro anos, como geralmente é em cidade pequena que muda todos os profissionais não, só a coordenação que não é <i>mais</i> assim a questão dos agentes de endemias no campo serem efetivos eu vejo como uma grande facilidade. E também a questão do apoio que é dado total pelo por parte dos gestores né então assim, nós já... já adquirimos com recursos próprios é... microscópio, montamos o laboratório, então assim são facilidades que a gente encontra.”</p>	<p>“Não sei te falar quais são as formas... <i>hãm</i>... a crônica geralmente cardíaca ou digestiva e aí vai depender da associação com sintomatologia né, se de um eletro deu alterado ou se fez outros exames específicos e não foi nada da parte digestiva, então é a cardíaca e tem aquelas também que são indeterminadas né, não tem como fecha se é de um caso o outro.”</p> <p>“Aí é mais a questão educativa mesmo na... no dia a dia né, quando a gente vê que <i>tá</i> numa área mais endêmica que tem pacientes e tudo na questão do boca a boca de... de falar mesmo nas visitas, nos momentos das unidades.”</p> <p>“<i>Oh</i> a aguda, a primeira medicação utilizada é o Benzenidazol.”</p> <p>“Tem, depende... depende, tipo assim pra entrar com essa medicação vai depender se o paciente tem tipo agravamento, por exemplo na questão cardíaca tem a questão se ele é maior de cinquenta anos então, vai ter que se avaliar né, não que faça mal como que foi discutido lá é porque em relação à eficácia, isso eu falando da fase crônica...”</p> <p>“Tem alternativo que é o... Nifurtimox.”</p> <p>“Aquele... Não. Até o momento não, está pensando em fazer um rastreamento por meio dos agentes comunitários de saúde pra poder ver quem se declara</p>	<p>“Isso se aplica a todos os pacientes que assim... com complicações ou que não estejam bem, ele sai da atenção básica, dar entrada no hospital, o hospital regula para Vitória da Conquista, se for um caso por exemplo, cirúrgico que é eletivo, então ele vem para a central de regulação da Secretaria que a gente encaminha pra Conquista ou nessa lista única pra Salvador.”</p> <p>“Olha gente não... não... nunca precisou solicitar né, então assim nunca fiz na prática como é, mas pelo que me falaram tipo, faz um relatório e envia o farmacêutico envia para o farmacêutico do núcleo e ele é que faz o pedido dessa medicação e envia para o município.”</p>
--	---	--

<p>“Oh! obstáculo nós temos uma área muito grande, principalmente da zona rural e é onde principalmente mais se encontra os vetores, no momento uma das dificuldades mais assim é a questão do transporte né, nós temos um transporte que é o que precisa é essencial para que o trabalho funcione, é um transporte exclusivo para Chagas nós temos mas ele não tá em boas condições né, ele foi doado pelo estado na época por conta do plano e tudo, e aí assim já está bem velhinho, essa é uma das dificuldades que a gente enfrenta, porque são localidades muito distantes, tem localidades que a cada duas horas da sede precisa ir para fazer pesquisa e depois voltar para fazer borrifação então tá aí uma dificuldade. Outra dificuldade é a questão também que nós tínhamos antes médicos cubanos então agora entrou médicos novos que <i>tão</i> se sensibilizando, e aí toda essa questão ainda para focar na questão mesmo da identificação da doença.”</p> <p>“Tem, tem o <i>PITS</i>, todas as unidades são cadastradas, todas as unidades tem e também tem o centro de endemias aqui que também recebe é de fácil acesso à população conhece.”</p> <p>“Eles são analisados no próprio centro de endemias né, por um laboratorista específico e aí depois é dado um retorno <i>pra</i> a população se é positivo ou não e aí a depender do que foi encontrado se for <i>intra</i> domicílio ou <i>peri</i> domicílio aí é feita borrifação, análise sorológica dos pacientes.”</p> <p>“[...] É feito sorteio, uma parte por sorteio, uma parte de prioridade e aí eles vão <i>pro campo pra</i> poder fazer essa pesquisa entomológica, diariamente.”</p>	<p>com Doença de Chagas, mas fora isso nenhum rastreamento.”</p> <p>“Oh, eu creio, eu não tenho certeza, eu acho que esse tratamento o paciente ele pode ser é... paciente leva para casa e faz uso da medicação, o ideal é que se faça hemograma a cada dez dias para poder estar acompanhando e que eu saiba é... ele não precisa de ficar em ambiente hospitalar, nem nada assim especial pra poder fazer o uso do tratamento.”</p> <p>“Óh, em relação ao eletro todas as unidades têm, né? Realizam o eletro. Acho que das 8 umas 4 a 5 unidades, porque depende da internet. Então a maioria delas realiza eletro e os que não podem fazer na unidade são encaminhados pra fazer no hospital.”</p> <p>“[...] O raio x é realizada a marcação pela central daqui da secretária e realiza também no hospital daqui. Nos casos assim que até o momento né que houve necessidade de ecocardiograma aí a secretaria arca com essa despesa, porque aqui na cidade tem uma clínica que faz particular e aí geralmente autoriza pra fazer quando é um caso assim de extrema necessidade.”</p> <p>“O fluxo ele não tem dificuldade, o médico faz a solicitação na unidade, geralmente, na unidade básica de saúde, faz a solicitação o paciente vem até a central de marcação da secretária, é passado pra ele</p>	
--	--	--

<p>“Eles realizam a captura do triatomíneo é... faz a busca toda né, no domicílio, peri domicílio, passa também orientações para os familiares e aí traz ele pra poder ser analisado em laboratório.”</p> <p>“Nos casos em que encontrado positivo é... segundo a nota técnica só se fosse intra domicílio, mas a gente faz mesmo quando encontro fora do domicílio a gente ainda faz borrifação a depender da situação.”</p> <p>“Mais no caso por exemplo, se tiver um caso de Chagas aguda, aí não tem como seguir esse fluxo né, porque é uma notificação imediata. Então assim, quando acontece esses casos atípicos que não... nunca aconteceu no caso de Chagas agudo que é um... que é notificado, geralmente quando tem uma suspeita ele já entra em contato com a vigilância e aí eu já sou acionada <i>pra</i> poder tomar as devidas providências.”</p> <p>“Depende do caso né, tem caso que é espontâneo, o paciente tem sintomas ele procurou um hospital, atenção básica e aí ele é diagnosticado. No caso de ativa geralmente acontece no caso de Chagas crônica né, que aí o paciente já tem alguém na família que teve Chagas aí a gente parte para poder investigar se tem mais gente na família aí se faz dessa forma, mas se não é demanda espontânea, paciente com sintomas.”</p> <p>“Não, só eles usam os EPIs né, eles têm... é acessível a eles o uso de EPIs. E só. Só tem uma pessoa que tem acesso, que é o que analisa.”</p>	<p>uma data que não demora muito essa marcação. A coleta é feita aqui mesmo no município e é enviada para o LACEM. Então faz aqui, centrifuga e manda para lá.”</p> <p>“Esses exames eles não têm dificuldade de marcação, pelo menos uma vez na semana tem essas coletas, né? E dentre essas coletas esses pacientes são inseridos”</p> <p>“Ó, nos últimos que teve demora um pouco, demora assim uma média de uns 15 a 20 dias. Em um desses eu tive dificuldade porque não veio o resultado e aí eu entrei em contato com o LACEN, a DIVEP, esse exame teve que ser transferido pra Salvador, pra o LACEN de lá, por conta de alguma coisa, deu algum problema no LACEN de Conquista de aparelho e esse exame teve que ser enviado para ser analisado para Salvador. Então assim, as vezes acontece essas dificuldades, mas na maioria das vezes, no mínimo, a partir de 15 a 20 dias sai o resultado.”</p>	
--	--	--

G3M1	<p>“Hoje a proposta é trabalhar a vigilância ativa e passiva. Também nos temos os ciclos semestrais de borrições na área do <i>triatoma infestans</i> – isso significa que a cada ano a gente está indo nessas localidades. Durante muito tempo a gente passou fazendo borrições, independente da presença ou ausência de barbeiros. Hoje a gente faz essa pesquisa de seis em seis meses nessas áreas. E também atendendo os PIT’S em todo município, com uma programação anual em vigilância ativa em todo o município.”</p> <p>“No caso eu, junto com a vigilância epidemiológica... e também com a equipe. A equipe... vamos dizer assim tem a sua parcela de contribuição, mas a sua grande parte é realmente ali no campo, fazendo a vigilância. A equipe – a turma de controle de doença de chagas [...]”</p> <p>“Geralmente esse planejamento... ele acontece às vezes anualmente tem um planejamento.”</p> <p>“[...] O núcleo acaba vindo, acaba orientando. Nós tivemos uma capacitação em doença de chagas e também outras endemias. O Estado tem contribuído dessa forma – capacitações, em orientações, trazendo por exemplo algumas orientações por via de nota técnica – dessa maneira eles tem contribuído.”</p> <p>“A gente tem feito. Uma coisa que deu bastante certo aqui foi a gente trabalhar com pesquisa situacional - a gente chama até de pesquisa-diagnóstico. É uma pesquisa antes de iniciar os trabalhos, antes de um plano, de um projeto e uma pesquisa depois pra gente melhorar, ver o que a gente tem avançado, onde a gente precisa avançar um pouco mais. Aí já entra o projeto anual para os trabalhos.”</p>	<p>“[...] Mas o que a gente precisa avançar é ter uma noção, por exemplo de quantas pessoas com chagas, com doença crônica. Então obstáculo seria talvez uma equipe maior pra tá voltado a essas informações, ou firmar parcerias pra que a gente consiga ter uma noção de todos os pacientes com doença de chagas no município.”</p> <p>“[...]É transmitida pelas fezes do barbeiro. Que existe no município, ou já existiu há um tempo (nós temos seis anos sem a presença do <i>infestans</i>), mas que existe uma espécie que merece uma maior atenção. Os cuidados, porque existe a transmissão oral, a vetorial, a transmissão congênita, hoje se fala também da relação sexual (que é possível a transmissão), pelo leite materno.”</p> <p>“Na verdade, a coleta não é feita por nós. A coleta ela é encaminhada para o laboratório onde o município tem o convênio – lá é feita a coleta e essas coletas. A gente entra em contato com VIEP e ela faz todo esse encaminhamento, marca o dia.”</p> <p>“A gente tem tido (acesso aos resultados das sorologias), até porque pra gente faça um trabalho diferenciado, seja na casa, ou na localidade quando tem alguém, mas até o momento não tem tido casos de doença aguda não.”</p>	<p>“Ele é encaminhado para a Unidade de Saúde. Todos os dos detalhes eu não sei, mas eu sei que eles dão uma certa prioridade por ser um paciente de doença de chagas, tem uma certa urgência.”</p> <p>“Os casos crônicos já vai para atenção especializada, embora a nossa realidade aqui a gente não tem acompanhado os casos agudos.”</p>
------	--	---	--

<p>“Seria trabalhar em todas as localidades positivas do ano passado e também atingir algumas outras localidades que entraram na programação desse ano por sorteio, ou seja, a gente está trabalhando nas localidades que foram encontrados barbeiros o ano passado e também em outras localidades que entraram por sorteio, ou seja, mesmo que ela esteja silenciosa (sem o barbeiro) ela está entrando na programação anual. Então a gente acaba fazendo isso.”</p> <p>“Com relação à vigilância ativa a gente tem seguido a programação. Nós também temos os PIT’s (que é na vigilância passiva), onde a gente tem encontrado alguns barbeiros – tem chegado alguns barbeiros desse PIT – e temos encontrado... por exemplo: esse mês nós encontramos barbeiros positivos. Pra ser mais exato tem uns 15 dias. Esse barbeiro foi da vigilância ativa – o agente foi fez a pesquisa e trouxe. A espécie foi um <i>sordida</i>, encontrado no peridomicílio e positivo para <i>T. cruzi</i>. Aí enviamos esse barbeiro pra o Núcleo (para o laboratório do Núcleo). O núcleo também confirmou a presença de <i>T. cruzi</i> e provavelmente eles devem ter enviado pra o LACEN também. A gente tem esse respaldo quando positivo. Então nós temos observado aparecimento de casos crônicos para doença de chagas, com barbeiro sendo encontrado no peri e no intradomicílio e com barbeiro positivo. Então essa seria a situação.”</p> <p>“A gente desenvolve um projeto, tem o projeto saúde na escola. Inclusive ontem eu estava fazendo as ações nas escolas. E a gente tem uma parceria com a secretaria de educação também com relação à doença de chagas [...]. A gente vai e faz palestras nas escolas, faz a pesquisa e captura esses barbeiros que acabam aparecendo nos prédios</p>	<p>“Se eu não me engano mês passado foi diagnosticado em uma unidade aqui. O médico suspeitou de doença de chagas com comprometimento até digestivo, que não é tão comum, e foi confirmado – doença de chagas crônica.”</p> <p>“A forma cardíaca, por exemplo, raios-X do tórax [...] É via secretaria de saúde [...]”</p>	
--	--	--

<p>escolares. Aí a nossa parceria também é com igrejas – a gente tem desenvolvido ações com igrejas também, fazendo palestras nesses espaços.”</p> <p>“O indicador que a gente tem já está dentro dos formulários que a gente acaba preenchendo todo mês. Lá ele vai dizer o índice de infestação, a quantidade de barbeiros intra e peri, as regiões específicas onde a gente tem encontrado – a gente tem esse controle de espécie positiva.”</p> <p>“Recentemente a gente teve capacitação pelo núcleo. Mas nós temos aqui. Nós tivemos vários momentos com enfermeiros e com agentes comunitários também. Eles precisam estar informados, porque a gente trabalha a vigilância passiva e com os PIT’s, então esses momentos com enfermeiros e com agentes comunitários a gente sempre tem tido.”</p> <p>“[...]Ali nós fazemos a palestra, levamos o laboratório móvel – a gente leva os barbeiros, leva lupa, ovos pra que eles conheçam a espécie, pra que eles conheçam os ovos [...] A gente pode colocar aí que os encontros são semestrais.”</p> <p>“Eu sempre olho para o PIT. O PIT tem facilitado muito o nosso trabalho, porque aqui nós temos 256 localidades, então são várias localidades e distantes. Tem localidades que a gente gasta de uma hora e quarenta a duas horas para chegar lá na localidade... então o PIT favorece muito isso, porque mesmo a equipe fazendo a vigilância ativa, trabalhando em todo o município ela não consegue suprir a necessidade do município. Então o PIT funciona muito bem, porque a gente é acionado pelo PIT, então a gente encaixa ali no nosso itinerário uma nova programação para o atendimento ao PIT. Então eu diria que o PIT, devido à extensão territorial do município e a quantidade de</p>		
--	--	--

<p>localidades, o PIT facilita muito a gente atender todo o município, ter como ter uma noção de como está mesmo com uma equipe que esteja trabalhando em um outro local a gente tem como[...]"</p> <p>“Foi feita uma proposta, e nós fizemos isso, de numeração dos anexos, principalmente na área de <i>infestans</i> – que seria a numeração do... por exemplo poleiro, chiqueiro – a gente fizesse uma numeração pra que a gente fizesse uma pesquisa futura (por exemplo: resistência do barbeiro ao inseticida... a gente já fez essa atividade). Existe no município casos que precisariam de um apoio da gestão pra que construísse uma nova casa, para que desse uma melhor condição de moradia para os moradores.”</p> <p>“São oito locais para entrega no caso dos barbeiros – nesses locais existe o PIT (que é essa caixinha onde a gente faz essa coleta). E são nas Unidades de Saúde.”</p> <p>“Ele tem chegado vivo, tem chegado em boas condições de análise e identificação de espécie, até mesmo pelas capacitações que a gente tem feito, pelas orientações de acomodação, de como transportar, de como capturar. Então o barbeiro é trazido pra cá, é identificado a espécie e é feito análise pra ver se tá com <i>T.cruzi</i>. Uma vez com <i>T. cruzi</i> a gente entra em contato com a família já de imediato e encaminha toda essa família pra exames de laboratório. São coletados aqui”</p> <p>“Provavelmente eu acho que via LACEN. E uma outra resposta que é dada é a borrifação, independente do barbeiro positivo ou não é agendado um dia para que os agentes de endemias voltem a essa casa e faça borrifação nesse domicílio. Independente do local.”</p>		
--	--	--

	<p>“Nós fizemos um projeto. Foi até quando a Funasa estava recebendo esses projetos. A gente já tentou fazer por uma vez, enviamos todo este projeto pra Funasa – de melhoria habitacional. Na época a gente não teve uma resposta, já faz algum tempo, faz alguns anos, mais de quatro anos. No município eu sinalizei uma casa na região de <i>Infestans</i> para que o município construísse uma nova casa para a família. Aí a gente esteve lá, já tivemos uma conversa, o pessoal que trabalha da prefeitura na área de infraestrutura já esteve. A gente está caminhando pra tá fazendo em situações específicas.”</p> <p>“A gente aqui do setor costuma fazer (investigação). Por exemplo: ir na casa, fazer uma entrevista, ver a necessidade de uma borrifação, ver se tem barbeiros lá, mesmo sinalizando que foi chagas - uma doença não aguda, a gente dá essa informação ao morador.”</p> <p>“É mais demanda mesmo. Geralmente ele procura a Unidade de Saúde e a maioria dos casos é identificado lá.”</p> <p>“Geralmente a gente acaba divulgando nas ações, nas palestras. Mas assim algo oficial, algo por nota técnica, por exemplo, não tem sido divulgado.”</p> <p>“A gente acaba seguindo todos aqueles protocolos de segurança, sempre usando EPI’s, tomando todos os cuidados.”</p> <p>“Sim. A gente tem abordado bastante. É um tema que está até em evidência agora, ou já esteve muito mais (orientação sobre manipulação de alimentos).”</p>		
G4M1	<p>“Assim, a gente não tem, até porque a gente não tem casos, assim é silenciado sem os casos existentes, então assim a gente não tem casos,</p>	<p>“Então a gente sabe o que chega para a gente aqui, eu vi de um caso ou outro que, que, de suspeita, mas assim, a gente não tem... casos confirmados em</p>	<p>“A regulação quando precisa aí tem o, vai para o hospital e coloca no SUREM, é um</p>

<p>então a gente não tem programa e nem tem nada implantado para Chagas.”</p> <p>“Agora a gente começou mais a introduzir, né? a patologia, aí começou a se falar, né? através de palestras [...]”</p> <p>“A gente tem a equipe, né? e no centro de endemias, a equipe de Chagas que eles atuam, né? em campo, quando é solicitado, ou também na prevenção, né? então a gente tem um centro de endemias, né? tem uma equipe de Chagas que eles são assim, o único aporte que a gente tem mesmo para poder nos direcionar ao agente causador, né? que é da doença, então assim o que nos leva a ainda ter alguma coisinha, o que a gente tem ainda é isso, para que a gente pode suspeitar e investigar através deles mesmo.”</p> <p>“Eu acredito que seja recurso mesmo, né? o obstáculo, porque a gente precisa de recursos, a gente precisa de profissionais, montar uma equipe, a gente tem também uma rotatividade de profissional muito grande, porque os profissionais que são concursados, então é um pouco complicado, mas para montar uma equipe eu acredito que, né? precisaria de um recurso para isso.”</p> <p>[...] Às vezes os próprios usuários ou os agentes de saúde, ou os profissionais das unidades ou entregam (os barbeiros) na vigilância epidemiológica, ou no centro de endemias mesmo.”</p> <p>“Aí eles analisam para ver se tem, eles analisam lá.”</p> <p>“Aí eles utilizam, né? a parte de veneno para poder acabar com os barbeiros todos e tudo, eles sempre que tem algum foco ou eles, quando eles fazem a busca, ou quando eles são sinalizados eles vão ao local e aí eles, né? tem a ação deles para acabar com o barbeiro, com o inseto.”</p>	<p>tratamento, a gente desconhece, não tem... notificação de pacientes, né? diagnosticados com Chagas.”</p> <p>“O farmacêutico entrega para a coordenadora da vigilância epidemiológica que disponibiliza para o paciente que vem aqui.”</p> <p>“[...] Eu acredito que devem ter muitas pessoas doentes porque tem muitos barbeiros contaminados e a gente sabe só que assim é uma coisa negligenciada, é uma doença negligenciada, então assim a gente não tem acesso, a gente tem algumas informações, mas assim a gente queria, precisaria ter um fluxo, né? no nosso município de como fazer com esses pacientes, como encaminhar, como acompanhar só que acredito que tinha que ter uma equipe né? para isso e a gente precisaria de algum recurso para implantar isso no nosso município [...] porque eles (os pacientes) ficam soltos e às vezes quando chega, e às vezes o paciente, né? vem a óbito e a gente não sabe porque e pode ser que tenha sido por Chagas [...]”</p>	<p>sistema que aí regula e solicita a vaga para o paciente.”</p> <p>“Eu acredito que não, porque quando um paciente chega ele já sabe que ele tem a doença, ele já está com algum problema cardíaco, alguma coisa e chega no hospital, eu acredito (AB como porta de entrada para doença de Chagas).”</p>
--	--	---

	<p>“Sim, a gente faz em feiras de saúde, faz exposição, e aí tem as palestras.”</p> <p>“A gente tem o impresso, né? e a notificação, então se ele chega ou na atenção básica, ou no hospital, onde seja é notificado, preenchido esse formulário e entregue na vigilância epidemiológica que é alimentado no sistema.”</p> <p>“As ações elas são realizadas pelos agentes de endemias, esse ano a gente colocou a doença de Chagas também no programa saúde na escola, implementou aí as equipes já estão conversando, fazendo, né? as ações com o tema, então a gente iniciou assim, inicialmente só eram mesmos os agentes de endemias e aí esse ano a gente colocou para os o programa, né? para poder os, todos os profissionais abordarem já nas escolas também.”</p> <p>“Eu acho que é demanda espontânea.”</p> <p>“[...] Tem um desconhecimento muito grande ainda, o pessoal associa a, a só o barbeiro, então lá tem barbeiro e aí tem Chagas, mas não tem conhecimento de, né? e da doença, de como tratar, como funciona, como é, faz o diagnóstico e exames.”</p>		
G5M1	Não contemplou.	<p>“Nós começamos a olhar a doença de Chagas como uma doença do município que a gente não sabia que tinha quando apareceram dois casos aqui no hospital. Veio com a falta de ar, diagnostiquei no raio X como cardiomegalia depois uma cardiopatia dilatada depois que nós vemos que era doença de Chagas, dois casos. Tudo cardíaco. Daí é que nos foi alertado</p>	<p>“Estão sendo encaminhados pelo cardiologista do município”</p> <p>“[...] No momento que nos detectamos eu entrei em contato com “coordenadora da vigilância epidemiológica” e ela já fez toda uma cadeia de apoio para esses pacientes, e eles já ficaram em contato</p>

		<p>que teríamos doença de Chagas no município. Que até esse momento não sabíamos de nada. Aí “coordenadora de vigilância epidemiológica” falou que iria ver isso e pronto, só isso. Até agora não sei de mais nada.”</p> <p>“Não foi uma surpresa. Eu só entrei em contato com a coordenadora de vigilância sanitária e com a coordenadora da atenção básica para falar com a equipe que poderia estar havendo esses casos passando despercebidos [...] Mas como no hospital eu recebo o paciente descompensado, estabilizo e libero. Eu realmente não tenho esse acompanhamento, seguimento.”</p> <p>“Só obstáculo normal do SUS, falta de exames, falta de condições de fazer os exames mais agéis, só.”</p> <p>“Não, é assim o paciente chega, é cardiopata faz o raio-x dá o diagnóstico cardiopatia dilatada, como a gente já tá sabendo que tá tendo casos aí pede o exame ou então encaminho para o cardiologista para destrinchar o problema.”</p> <p>“O que a gente sabe de forma geral que o raio x apresenta cardiopatia dilatada. Já pegamos o paciente final. A gente não pega o paciente no início, a gente pega o paciente em franca insuficiência cardíaca, em anasarca, em anasarca, hepatomegalia, né?! Já com dispneia noturna, essas coisas.”</p>	<p>com o cardiologista já tiveram consultas e todo um atendimento.”</p> <p>“Chamei a vigilância porque a gente tem um grupo de Whats App, já passei para a “coordenadora da vigilância epidemiológica” que já entrou em contato com a coordenadora da atenção básica para fazer a busca ativa dos contactantes também. Então a rede foi boa, porque até o momento que nos diagnosticando aqui ninguém sabia de nada.”</p> <p>“A gente regula a via SUREM ou a própria secretária paga. Ou então manda para o LACEN”</p> <p>“Não sei, porque esses pacientes que eu recebi aqui não tinha o diagnóstico [...]”</p> <p>“A gente só foca mesmo na parte sistêmica, cardiopatia, o megacólon a gente vai encaminhar para o cirurgião, essas coisas.”</p> <p>“(encaminha via) SUREM e demora mais ou menos uns 15, 20 dias. Enquanto isso o paciente fica internado.”</p>
--	--	--	---

		<p>“Aqui no hospital raio x, eletro e a bioquímica, laboratoriais, hemograma, essas coisas, a sorologia para Chagas é colhido mas vai para o LACEN”</p> <p>“A gente vê aqui, a gente tem a telemedicina. O eletro, o resultado sai em uma hora. Já saí laudado. O raio x somos nós que vemos.”</p> <p>“Só pegamos formas crônicas, em franca insuficiência cardíaca. Nós pegamos aqui uma paciente com megacolon, uma paciente, inclusive, que o diagnóstico foi bem difícil e tal. Não pensamos no caso, aí nós tivemos um megacolon aqui”</p> <p>“Geralmente o paciente chega para gente com problema cardíaco. Esse paciente com megacolon a gente pensou até que fosse uma tumoração, depois é que foi pesquisado, colonoscopia e tudo que chegamos a esse diagnóstico.”</p> <p>“Nunca peguei uma cura. Porque na verdade só pegamos dois casos aqui no hospital. Nós não temos esse tipo de acompanhamento, nós não temos o prontuário eletrônico. Então a gente atende o paciente, interna, depois arquiva e o feedback realmente a gente não tem.”</p> <p>“Na verdade, a gente não tem muita informação sobre isso que é uma coisa que vem acontecendo de um ano para cá, a gente não tinha uma estatística, a gente não sabia, se teve algum caso passou batido</p>	<p>“Daqui do hospital, se o paciente estiver estável ele vai para o TFD mas se tiver instável (vai) daqui mesmo.”</p>
--	--	---	---

		<p>porque nós não sabíamos que tinha isso no município, leishmaniose, muita neoplasia, mas Chagas realmente doença de Chagas não [...]”</p>	
G1M2	<p>“Tem essa equipe que visita tanto a zona urbana quanto na rural a gente intensifica até mais a zona rural mesmo devido ao número maior de casos. E essa equipe aí que faz toda a visita, temos o transporte para poder fazer toda essa visita, faz uma programação e eles vão visitando e acompanhando toda a população.”</p> <p>“Os obstáculos é que a gente tem uma equipe muito reduzida de agente endemias e o agente endemias tem que se dividir em várias outras perspectivas no município. Então hoje a gente tem um grupo focado para Chagas, porém, um grupo de pessoas se eu não me engano são seis pessoas que trabalham Chagas.”</p> <p>“A gente tem um laboratório do município, é encaminhado para lá e os meninos verificam.”</p> <p>“Quando a na investigação é visto o barbeiro ele já faz esse controle (borrifação).”</p> <p>“[...] Na verdade faz acompanhamento daquelas casas que a gente percebe que tem o risco. Então como a equipe é pequena vai e demora a voltar nessa casa que a gente percebe que tem um risco, porque está avaliando todas as casas possíveis, então esse rastreamento não é feito de forma contínua [...]”</p> <p>“Sala de espera pelos técnicos de saúde, e esse grupo técnico de saúde faz algumas (palestras) nas escolas, quando é solicitado por empresas eles também fazem, mas sempre fazem nas escolas.”</p>	<p>“A gente faz tudo para identificar aquele portador da doença e fazer a sua notificação e tratamento tudo que está de acordo com o Ministério da Saúde, a gente vai seguindo.”</p> <p>“Segue o Ministério da Saúde. A gente segue todo protocolo do ministério não existe um protocolo municipal.”</p> <p>“A meta é reduzir os números da doença, que aqueles que já tem a gente tem fazer tratamento correto e notificar 100% dos casos.”</p> <p>“Esse grupo (de endemias) já faz educação saúde no momento, encaminha esse paciente para unidade de saúde para fazer solicitação de exames. E aí essa unidade de saúde fica responsável por receber esse paciente solicitando exames e avaliando os exames quando já estiverem prontos.”</p> <p>“[...] Já tem a central de marcação implantada junto delas (unidades de saúde) e já fazem a marcação dentro da unidade de saúde.”</p> <p>“Aí tem um Laboratório Central que esse laboratório também está vinculado ao laboratório do Estado, uma vez que não é realizada aqui a depender de algum material que esteja faltando a gente</p>	<p>“A gente tem a atenção básica que faz sala de espera e dá continuidade. A gente a equipe hospitalar para algum acontecimento, se tiver algum caso evoluído, a gente tem também o pessoal da rede hospitalar e a rede municipal como um todo, desde a atenção básica, a epidemiológica e zoonoses junto com endemias toda essa equipe tá reunida.”</p> <p>“É a rede hospitalar, tá dentro da rede hospitalar a gente faz acompanhamento (das complicações da doença de Chagas), se ele tá no hospital a gente só sabe o acompanhamento pelo hospital, se ele tiver em casa, a unidade de saúde, agente comunitário e de endemias visita para saber como está [...]”</p> <p>“Paciente chegou na unidade de saúde fez tratamento detectou que ele tem outro tipo de problema faz os outros encaminhamentos tanto para rede hospitalar, quanto para rede credenciada.”</p>

	<p>“Então pelos dois na verdade (ativa e passiva). Tem aquele que procura tem aquele também que a gente já identifica.”</p> <p>“Não, nunca foi feito nenhum boletim, sala de situação se algum caso diferenciado na unidade de saúde eles fazem sala de situação dentro da unidade de saúde, mas de boletim, a gente nunca fez.”</p> <p>“Agente faz panfletos divulgando a doença mas não números de Vitória da Conquista.”</p> <p>“Na verdade, não é específico para <i>T. cruzi</i>. Faz de alimentação como um todo.”</p> <p>“A gente não tem um recurso específico para doença de chagas o que a gente trabalha com recurso da vigilância em saúde dentro do recurso que a gente faz essa movimentação de como deve-se trabalhar.”</p> <p>“[...] A gente tem tantas doenças no município e tem uma equipe muito restrita para trabalhar com isso, além da atenção básica, a gente tem uma equipe de endemias, talvez se a gente tivesse uma equipe maior conseguiria fazer bem mais, por ser endêmico a gente conseguiria alcançar muito mais [...]”</p>	<p>encaminha para o laboratório no Estado. Mas sempre é feito esse diagnóstico, algumas unidades de saúde tem a coleta dentro da própria unidade de saúde, aqueles que não tem a gente encaminha para o laboratório central.”</p> <p>“A gente tem a farmácia da família que faz a distribuição de medicamentos para unidade que não tem as farmácias e a própria farmácia das unidades naquelas que tem farmácia fazem monitoramento.”</p>	<p>“Tem uma coordenação da assistência farmacêutica ela que faz todo esse encaminhamento de solicitação. Então a gente tem o estado que fornece, caso o estado não estiver fornecendo mais, terá cobertura municipal.”</p> <p>“Ele chega vindo da CAF. Havendo a solicitação da atenção básica, a gente faz essa de descentralização para atenção básica.”</p>
G2M2	<p>“Bem, a gente vem é... agora principalmente né? mais recentemente entrando em colaboração com o Projeto INTEGRADTNS pra tá implantando as propostas do projeto que é voltado também para a Doença de Chagas, fora isso a gente trabalha com as propostas da própria equipe, que é coordenada pelo coordenador do centro de controle de endemias né? A gente vem com as propostas tanto de ações voltadas para o vetor da doença, com as ações que a gente executa no município, ações de campo, através dos agentes de combate as endemias né? a gente faz busca ativa dos vetores, a gente faz borrifação</p>	<p>“Municipal eu acredito que não, a gente trabalha mesmo com as diretrizes do Ministério da Saúde e último guia de vigilância né? que era o de dois mil e dezessete agora em dois mil e dezenove já saiu a atualização.”</p> <p>“Geralmente a partir da queixa de um paciente... né? a gente... a partir daquela queixa a gente tenta fazer ali... isso é mais voltado pra atenção básica, que é como eu disse, é mesmo a porta de entrada pra</p>	<p>“É... a gente tem uma rede integrada, a gente já, inclusive teve momentos outros integrados de discussão né?, junto com por exemplo a diretoria de regulação, principalmente com a... junto com a coordenação de regulação que hoje é a representante da central de marcação do município, é... pra tá garantindo todo o acompanhamento e principalmente</p>

<p>das localidades, das residências tanto a gente faz atendimento via, algum tipo de denúncia, ou por ouvidoria, ou o próprio morador, faz uma ligação via telefone direto da coordenação a gente atende dessa forma, em relação a vetor, quanto a gente trabalha também com propostas também, voltadas a detecção, diagnóstico e tratamento dos casos humanos.”</p> <p>“Geralmente a gente faz anual né? o planejamento para execução de ações, com os monitoramento e acompanhamentos a cada sala de situação que a gente realiza mais ou menos de três em três meses, trimestral né? esse acompanhamento e monitoramento. E planeja as ações a cada ano.”</p> <p>“É... na verdade a gente, é... tenta fazer essa busca de pacientes porque a gente viu, que... nosso banco de dados... de informação né? voltado pra Chagas, ele é deficiente. A gente conseguiu ver quando cruzamos os dados é... laboratoriais com os dados do sistema de identificação, o próprio SINAN e não bate. Os dados registrados no SINAN é bem a menor, então hoje a nossa prioridade tá sendo mesmo o sistema de informação, pra gente tentar captar esses pacientes que não foram inseridos anteriormente, ver o porquê não foram, fazer essa busca ativa e inserir, não só pra complementar nosso sistema de informação e enriquecer esse banco de dados, como também ter um acompanhamento mais de perto desses pacientes.”</p> <p>“[...] Hoje a gente conta ainda com a equipe do PET, que é o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde que tem um dos seus sub projetos voltado, ao trabalho voltado para a Doença de Chagas, então tanto também a partir das análises junto com a equipe do PET a gente vem</p>	<p>aquele paciente. Partir daquela queixa, a atenção básica já tenta fazer uma anamnese completa, pra tentar buscar eu acho que a gente tem mesmo que está sensibilizando cada vez mais para tentar também alargar o olhar né? E tentar pensar mais em Chagas, porque, as vezes o paciente chega com certas queixas, a gente as vezes pensa em qualquer outro agravo, menos Chagas, então eu acho que é mais ou menos dessa forma também [...]”</p> <p>“A gente trabalha né? com a sorologia, a partir da sorologia a gente identifica [...] O paciente é encaminhado geralmente via unidade de saúde, o médico prescreve ali os exames... faz a solicitação dos exames e encaminha o paciente ao LACEN.”</p> <p>“A depender de cada caso de cada complexidade, de cada gravidade, de cada estadiamento de fases do caso, aí é mesmo o encaminhamento dentro da rede via central de marcação.”</p> <p>“A gente sabe que a doença em seu estágio mais avançado já crônico apresenta é... alterações cardíacas, muitas vezes alterações gastrointestinais, mais, acho que é mais ou menos voltado pra isso né?”</p> <p>“O nome em si (do medicamento) eu não vou saber te dizer aqui, mas sei que a gente tem assistência... a coordenação de assistência farmacêutica que</p>	<p>itinerário terapêutico desse paciente né? no que diz respeito na garantia nos exames que são necessários no acompanhamento da Doença de Chagas e até mesmo ao acompanhamento deles a um especialista quando for o caso.”</p> <p>“Ah! E lembrando, a gente também nesse sentido dessa integração nessa discussão, a gente também acaba que já envolveu a discussão com a diretoria programática especializada também, que foi esse último caso que eu disse quando a gente tem que encaminhar o paciente ao especialista aí já envolve mais outra diretoria né? no caso.”</p> <p>“Graças a Deus a gente tem uma rede potente hoje, uma... que vai desde realmente a atenção primaria desse paciente lá no território, onde ele reside, onde ele tem essa interlocução né? diretamente com essa equipe de saúde, que é a equipe de saúde da família, desde o agente comunitário de saúde, até o restante da equipe que fica dentro do estabelecimento de saúde, até os outros segmentos da rede. Segmento né? hospitalar, o segmento especializado, o</p>
--	--	--

<p>notificando essas falhas no eu se refere ao sistema de informação e consequentemente é... entre aspas, uma falta de acompanhamento assim mais de perto desses pacientes. A gente sub entende que esses pacientes estão assistidos em seus territórios, de abrangência dentro da unidade de saúde da família, mas a gente precisa também, está acompanhando de perto né? esses pacientes, não só a questão humana como eu já disse, mas a questão vetorial também. Não só voltado pra casa daquele paciente, mas também todo raio que abrange ali aquela localidade.”</p> <p>“[...] A gente sente uma certa deficiência por parte do estado no que compete a algum tipo de apoio, no que compete a colaboração técnica com os municípios, é... né? em relação a qualquer agravo. Ter tem, mas a gente ainda sente uma deficiência nesse sentido.”</p> <p>“Não. A gente não tem assim um plano que... nos direciona para uma formação, uma capacitação específica, só pra Doença de Chagas é o que eu falo, a gente e na vigilância em saúde quando a gente, vai pra capacitar a rede, principalmente a rede de atenção primária, a gente acaba que abrange os agravos de vigilância epidemiológica [...]”</p> <p>“Geralmente a gente capacita os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, de enfermagem, que estão diretamente ligados ao serviço de saúde sobretudo da atenção primaria. A cada nova nota técnica ou normativa do Ministério da Saúde tudo o que sai de atualização ou questões norteadoras, novas diretrizes a gente sempre encaminha para toda rede [...]”</p> <p>“É... dentro das unidades de saúde, são feitas salas de espera. Então é como eu disse tanto uma iniciativa do próprio município e principalmente quando se tem algum tipo de parceria junto as IES, essa</p>	<p>contempla todo tratamento pra esses pacientes. No município a gente tem duas farmácias da família além das farmácias que existem nas próprias unidades de saúde que garante e contempla o tratamento pra esses pacientes”</p> <p>“Se for medicamento que... por ventura com seu uso continuo prolongado, provoca algum tipo de efeito colateral, ou dano de forma sistêmica. Esse paciente tem que ser acompanhado laboratorialmente conforme o próprio protocolo já preconiza, esse acompanhamento é feito e ai geralmente é pela equipe de assistência a saúde das unidades de referência daquele paciente. Então certamente o médico faz sim esse acompanhamento e o município garante a realização desses exames.”</p> <p>“Se for um caso agudo, ele for ali obter a cura e for um caso encerrado geralmente a gente fica mais a cargo da unidade de saúde enquanto vigilância, a gente infelizmente não tem perna pra está voltando pra tá fazendo esse acompanhamento. Não sei se seria uma busca ativa desses pacientes já acometidos por Chagas... acometidos por Chagas, mas fica mesmo eu acredito a critério da equipe de saúde do território fazer esse acompanhamento uma vez que o caso se dá por encerrado quando é o caso de obter a cura.”</p>	<p>segmento laboratorial, o de exames complementar. A gente tem uma rede muito potente hoje no município, mas é logico que... a gente tem que buscar cada vez mais se aperfeiçoar. Então eu acho que é mesmo, acaba que recai no que a gente discutiu anteriormente no... na detecção mais precoce mesmo desses pacientes e uma detecção mais próxima ou mais acertada desses pacientes para evitar esses desencontros que hoje o sistema de informação nos mostra e nos diz também que a gente precisa tá, com olhar mais voltado a esse agravo.”</p> <p>“É... via central de marcação mesmo esse paciente ele tem... sua porta de entrada é mesmo a unidade de saúde e aí então, a equipe que é responsável por esse paciente é... faz os contatos e os encaminhamentos necessários a marcação de seus exames e procedimentos via central de marcação.”</p> <p>“Geralmente todos os casos agudos, eles já... ou caso agudo ou crônico, mais geralmente o agudo ele é dado é logico uma menor complexidade ao caso,</p>
--	--	--

<p>abordagem educativa junto a comunidade ela é muito mais presente, porque os alunos, sejam eles estagiários ou alunos bolsistas de algum tipo de programa com os já citados, acaba que aborda né? com mais frequência os assuntos dentro das unidades através das salas de espera principalmente.”</p> <p>“Na verdade, hoje nós não temos uma equipe tão grande né? é... voltada pra o trabalho é... da Doença de Chagas, talvez se a gente tivesse uma equipe maior né? é... facilitaria mais. Mas hoje, um dos entraves mesmo é o contingente de pessoal, é um entrave que eu considero importante para o trabalho de Chagas, sobretudo para gente conseguir abranger o município em sua totalidade, tanto no que diz respeito a zona rural, quanto a zona urbana.”</p> <p>“A gente possui um laboratório próprio de entomologia... Aqui mesmo o município é... são agente de combate de endemias do nosso quadro de pessoal municipal que são os responsáveis pelo trabalho do laboratório [...] Mas enfim, hoje a gente tem um laboratório próprio onde todos os vetores capturados em todo campo do município, é levado para o laboratório, lá a gente faz toda a análise [...]”</p> <p>“[...] Aí a gente sempre orienta a comunidade, ou entrega por próprio... a gente não tem um local que é engessado, um ponto de referência digamos, mas a gente sempre orienta a comunidade, os agentes de saúde também estão orientados, eles sempre trazem ou pra gente aqui na secretaria de saúde pro setor de endemias ou é... para... entrega diretamente pra o agente de saúde, ele também trás pra cá pra gente, ou entrega direto pros agentes de combate as endemias que estão no</p>	<p>“Ah, o paciente retira o medicamento né? [...] ele tem todo o acompanhamento através da... com a equipe de saúde a orientação e faz em casa mesmo.”</p>	<p>geralmente ele é acompanhado somente na atenção básica. Se necessário for a gente faz um cruzamento com outras áreas, mas os segmentos para os casos crônicos é como eu falei tanto a gente envolve a atenção primária, quanto a especializada quanto a parte de regulação pra tá garantindo todo o... que o paciente precisa, desde os exames complementares sorologia, a própria parte do tratamento que acaba que envolve outra parte da vigilância também que é a assistência farmacêutica e todo acompanhamento investigativo desse paciente.”</p> <p>“Na verdade, em Conquista não tem serviço de referência pra Chagas, né? a gente atende na nossa rede de assistência mesmo a saúde. Esses medicamentos sim a gente tem uma CAF municipal central de abastecimento farmacêutico, de lá a gente dissemina a distribuição de medicamentos, tanto para as duas farmácias da família do município, quanto pra algumas unidades de saúde, é... a depender do caso ocorrido, a depender da necessidade da equipe já sinaliza</p>
---	--	--

<p>campo, tanto as equipes de rotina que faz o trabalho de endemias como um todo, quanto pra própria equipe que é voltada só pra Chagas.”</p> <p>“A gente tem, na verdade a gente tem uma equipe específica de Chagas né? que eles fazem esse trabalho de busca ativa de... trabalho de rotina mesmo, é uma equipe específica pro trabalho voltado pra Chagas.”</p> <p>“A equipe trabalha com um cronograma previamente estabelecido, sobretudo no de zona rural, né? a gente faz esse cronograma, inclusive Eliezer tem as localidades trabalhadas, depois a gente pode ver com ele como é feito esse cronograma através da equipe que é específica de Chagas. E aí tem esse cronograma pré estabelecido e os meninos vão seguindo ao longo do mês, trabalhando em cada localidade.”</p> <p>“[...] A partir das análises entomológicas e alguns estudos que a equipe faz. Faz um levantamento prévio de identificação tem... um número, tem todo um protocolo que eles seguem dá... do agravo e sempre que necessário eles realizam essa borrifação...”</p> <p>“Existe. A gente acaba... é, cada atividade que a gente desenvolve dentro do campo, a gente já aproveita aquele momento pra fazer a educação em saúde. Para além da própria equipe que faz as ações e atividade de campo, o setor de endemias tem também uma equipe somente de educação popular e saúde. Então eles também trabalham com o agravo de Chagas, além dos outros e aí a gente realiza essa atividade também.”</p> <p>“Aí a cada notificação que chega de um caso de Chagas a gente faz toda a parte de investigação e busca daquele caso, como eu disse também, não só voltado para o aspecto humano mais também pra o vetor é... pra analisar todo ali o ambiente que a pessoa vive. Faz toda investigação</p>		<p>diretamente pra equipe de assistência farmacêutica e já passa na CAF e retira seu medicamento.”</p>
---	--	--

<p>mesmo conforme o protocolo de vigilância é... e aí quem realiza isso é a própria equipe de endemias, porque essa parte, a gente divide não fica somente com a coordenação de vigilância epidemiológica, mas a coordenação de endemias também, assume essa parte e tem uma equipe técnica que é destinada a essa parte de vigilância que entra mais pro caso... pros casos humanos né? e quando não são casos notificados, no caso não são casos agudos é... isso que a gente agora, a partir de agora estamos implementando no município que foi a partir da pesquisa que a gente fez com a pesquisa laboratorial e a gente viu que existem esses pacientes no município e a gente tá colocando essa equipe pra ir em busca tanto desses pacientes a partir do endereço que consta no sistema, quanto a gente tem feito também, busca em prontuários dos hospitais. A gente fez um ofício, a gente disparou esses ofícios pros hospitais, por onde esses pacientes já passaram, como a gente viu a partir dessa investigação feita, e a gente vem buscamos também, informações nos prontuários no físico mesmo dentro dos hospitais.”</p> <p>“As duas coisas, acaba que acontece das duas maneiras (detecção passiva e ativa).”</p> <p>“Geralmente a gente trabalha com notas, mas a gente precisa ainda avança no que diz respeito a... produção de boletins epidemiológicos.”</p> <p>“A gente precisa avançar muito ainda nessa parte de comunicação e mobilização social[...] A gente é... conversa, discute, aborda a temática, a gente fala também nos conselhos, tanto no conselho municipal quanto nos conselhos locais [...]”</p> <p>“Bem, toda equipe é treinada tanto pra fazer a captura, inclusive a gente tem essa dificuldade, que nem é todo usuário, não é toda pessoa que lá</p>		
--	--	--

	<p>no seu território, na sua casa que as vezes acha ali o inseto e sabe manejar... como deveria, as vezes já chega morto, eles matam, chega morto pra gente, então a gente tem essa dificuldade em relação ao usuário, mas em relação ao profissional que lida diretamente, a gente... esse profissional ele é capacitado, ele é treinado, ele sabe lidar, ele sabe manejar o vetor, dentro do trabalho de laboratório, e aí é logico com todos os EPIs, com toda técnica que é utilizado evitando esses riscos de acidentes.”</p> <p>“Na vigilância sanitária... Tem não... A não ser o controle... assim, a... o acompanhamento da vigilância ambiental né? que tá dentro da vigilância sanitária assim, de uma forma assim muito ampla, muito genérica. Mas assim, específica voltada pra Doença de Chagas não.”</p> <p>“Assim, nós da vigilância sanitária municipal, é... trabalha com a legislação específica das boas práticas e manipulação de alimentos. Agora dentro da RDC a gente já completa de uma forma geral né? [...]”</p>		
G3M2	<p>“Sim a gente tem acompanhado né? cada protocolo e... diretrizes né? cada documento que é lançado em relação ao programa, a gente vem acompanhando né? é... especialmente desde dois mil e oito quando foi realizado o PETI né? na nossa região que foi um programa voltado mesmo pra erradicação de espécie de triatomíneos que é o <i>Triatoma Infestans</i> né? lá pra cá a gente vem tendo um olhar diferenciado pra essa questão.”</p> <p>“Olha a priori, é... a gente fazer um levantamento já que nós, nossos dados são bastante defasados né? eles são ainda da época da FUNASA, né? atuação da FUNASA, então a gente tá fazendo este levantamento e de posse dessas informações desses dados que estamos coletando nós</p>	<p>“Eu não estou me lembrando bem, <i>mais</i> existe um protocolo ministerial né? pra se seguir todas as normas de avaliação né? É... tanto que se houver um caso né? de Doença de Chagas aguda a gente precisa avaliar toda a população que teve contato com aquela unidade domiciliar, ou que frequentou, etc.”</p> <p>“Sim. Atenção básica ela é... tem sido sempre a porta de entrada e... para o atendimento desse paciente. É... e porém alguns chegam por outras vias né? especialmente pelas é... atendimento particular de saúde né? mais acabam vindo.”</p>	<p>“[...] Nós temos aqui um hospital de referência, o hospital de base de Vitória da Conquista. Temos o laboratório central de Vitória da Conquista né? que são referência e em casos de maior complexidade eu acredito que nós que seja recorrido aos hospitais na capital em Salvador.”</p> <p>“Assim. Tem, tem essa articulação das unidades, ou melhor dizendo, as unidades hospitalares. Quando notificam um</p>

<p>pretendemos implantar a vigilância entomológica né? que é o segundo passo que nós pretendemos de fato implantar em parceria com a atenção básica.”</p> <p>“Olha, elas são panejadas a partir das localidades que tinha um histórico de ocorrência de presença de triatomíneos, como disse a você desde o princípio né? do trabalho realizado na SUCAM e FUNASA, nos levantamos esses dados anteriores e... a partir daí a gente fez um cronograma nessas localidades. São localidades todas rurais onde elas têm a possibilidade maior de ter a presença de triatomíneos né? nas casas e estamos desenvolvendo a pesquisa e estamos tendo êxito na busca né? na busca, na captura desses triatomíneos.”</p> <p>“A gente tem trabalhado nele plurianual, aliás bianual. A gente pensou em fazer um trabalho, a pesquisa bianual [...] E a partir daí articular a implantação da vigilância entomológica com a instalação de PITs que são postos de criação de triatomíneos nas unidades de saúde da família, ou em unidade de saúde de uma forma geral é... com a parceria com os ACS né? e atenção básica.”</p> <p>“[...]A gente percebe que existe uma preocupação. O estado ele tem fomentado o interesse do município em desenvolver as ações de controle de Doença de Chagas [...]”</p> <p>“É... o controle vetorial principalmente né? e o... a notificação e investigação de todos os casos né? agudos e crônicos a proposta hoje né? inclusive para os casos crônicos, eles estão fora da proposta nacional de investigação de notificação, e o acompanhamento desses pacientes né? pela rede pública de saúde.”</p>	<p>“Do município e nós temos tanto o atendimento né? do paciente, quanto como também nós disponibilizamos do laboratório pra exames.”</p> <p>“Não, municipais não, os protocolos seguidos são os protocolos nacionais.”</p> <p>“É, no laboratório central em Vitória da Conquista, laboratório central municipal, ou é o lacem né? <i>lacemzinho</i> chamado.”</p> <p>“Sim, é... a Doença de Chagas na forma aguda ela trás, algumas, alguns sinais sintomas né? que são até confunde com outros agravos bem mais simples né? [...]”</p> <p>“Na fase crônica, são bem definidos né? são problemas cardíacos, digestivos né? e de intestino. Eles são mais bem definidos.”</p> <p>“[...] Orientação com relação a melhoria habitacional, orientação os cuidados internos e externos com unidades né? domiciliar e... a orientação com relação a informação da presença ou não do triatomíneo né, do domicílio.”</p> <p>“Existe sim, até porque é... em conjunto com núcleo regional de saúde que é o responsável pela distribuição inclusive, do laboratório... da farmácia central da Bahia, existe toda uma recomendação né? de protocolo e também uma orientação a população que de uso, faz uso né, ao medicamento.”</p>	<p>agravo elas já encaminham para vigilância epidemiológica do município e a vigilância já toma as informações, já busca fazer as notificações e o lançamento no sistema nacional de notificação.”</p> <p>“É...os casos crônicos com maior gravidade né? é especialmente situação cardíaca eles são encaminhados pra o atendimento especializado. Os casos crônicos assintomáticos né? ou mesmo é... um caso vamos dizer assim, crônico. Claro <i>mais</i> que o paciente está com um estado geral bem, esse são feito um acompanhamento pela rede pública sem precisar ou necessitar da... da rede especializada, é rotina no caso né?”</p> <p>“Oh, a vigilância epidemiológica, ela através da indicação, indicação médica ela vai acionar a regional de saúde, que por sua vez vai fazer a... essa ponte né, entre o município e o estado para que seja fornecido o medicamento.”</p> <p>“É disponibilizado a partir da... farmácia central do estado né? é um produto... um medicamento que vem do ministério de saúde pra ser distribuído nessa situação e</p>
--	---	---

<p>“O primeiro momento (educação permanente) que estamos vendo isso, é com a implementação da Universidade Federal da Bahia, né? então estamos começando a ter esse deslumbre, até aqui não tinha essa visão.”</p> <p>“Nós temos, uma equipe de educação e saúde... educação popular e saúde compõe a equipe de controle de endemias, onde nós temos feito essas abordagens nas comunidades né? especialmente aquelas mais é... vulneráveis ao agravo temos realizados várias ações nesse sentido.”</p> <p>“[...] Temos um contingente hoje mínimo né? em relação ao necessário. É... nos temos outras dificuldades como transporte, haja vista durante se faz o controle, especialmente na zona rural, né? do caso de Vitória da Conquista. E, a gente tem encontrado assim algumas dificuldades na verdade né? mais do que facilidades.”</p> <p>“[...] Havendo achado a unidade é passiva de borriificação. Se ele estiver positivo para o T. Cruzei, aí já é outro procedimento, aí é avaliação do estado de saúde do paciente em relação a Doença de Chagas pra população exposta né? os residentes e etc.”</p> <p>“Nós temos o laboratório municipal né? de entomologia, onde eles são classificados, examinados né? e no caso de positivos, aí há um retorno para se fazer avaliação da população exposta.”</p> <p>“A nossa referencia é o centro de endemias (entrega de triatomíneos)”</p> <p>“Olha, nós estamos realizando é... até meados de dois mil e dezenove por exemplo, dois dias por semana né? é... final do ano nós por uma circunstância nós reduzimos pra uma vez na semana, um dia da semana, mas não deixamos de <i>tá</i> realizando.”</p> <p>“[...] Temos dois critérios, o primeiro é a partir da... da ação passiva né? ou seja quando o morador trás e formula uma denúncia pra gente e o</p>	<p>“Existe, existe, existe o rochagan que é um dos paliativos para o caso crônico e outros remédios né, na linha de paliativos na linha de agravo (medicamento alternativo).”</p> <p>“Existe um protocolo nacional também de acompanhamento né, e de orientação ao paciente. Inclusive por conta de... muitos deles né, estarem impedidos de uma vida laboral né? enfim, está assim, essa não impedido, <i>mais</i> limitado em relação a isso e toda uma orientação, todo um cuidado que ele tem que seguir, também deve seguir através dessa orientação.”</p>	<p>a partir da necessidade do paciente. Então seguindo os protocolos é liberado.”</p>
---	---	---

<p>segundo critério é a partir de um cronograma é... de visitas que nós temos nas localidades.”</p> <p>“É... tendo conhecimento de um caso, a gente vai buscar essa informação né? e se for numa unidade hospitalar a gente busca na unidade se houve a notificação, mesmo quando não há notificação, quando há prontuário a gente faz a notificação, a nossa equipe faz a notificação e é lançada no sistema nacional de notificação do agravo.”</p> <p>“Passiva... Demanda espontânea (descoberta de casos).”</p> <p>“Nós só tivemos... o ultimo inquérito realizado que eu me lembre em Vitória da Conquista foi pelo Ministério da Saúde, como inquérito nacional.”</p> <p>“Não. Mais sala de situação, porque nós não temos boletins (para a divulgação de dados).”</p> <p>“[...] Nós temos feito as recomendações né? aos profissionais né? tomar todos os cuidados pra evitar acidentes. Inclusive nós tivemos um momento... na UFBA, lá no laboratório da UFBA, onde o professor, né, ele passou algumas técnicas, mostrou algumas formas de se trabalhar com o triatomíneo, manuseá-lo pra não ter risco de contaminação.”</p> <p>“Especificamente pelo <i>T. Cruzi</i> não sei te informar, <i>mais</i> a vigilância sanitária tem promovido eventos né? de conhecimento pra população de manejo de alimentos... de manejo correto é... de manipulação correta pra evitar contaminações em geral. <i>Mais</i> assim contemplante de Chagas, não me lembro se tem feito algum evento.”</p> <p>“[...] Nós é um trabalho técnico né? mais voltado pra o controle vetorial né? e é... as orientações a população, nas versões... na questão de melhoria habitacional, de cuidados enfim e o fluxo também de</p>		
---	--	--

	informação da presença de triatomíneos né? então estamos mais na área técnica operacional né? então essa é nossa ressalva.”		
G4M2	<p>“[...] A gente não dá a atenção devida mas é claro que a gente se preocupa né? então assim a pergunta é se a doença de Chagas era uma prioridade para a gestão municipal? é prioritário sim mais assim no meio do meu processo de trabalho cotidiano para te falar a verdade a gente entende que deixa muito a desejar tem muito a ser feito.”</p> <p>“ Bom... É agora muito recentemente na reunião de ontem inclusive, Elaine coordenadora técnica de saúde do adulto passou para nós sobre esse problema de pesquisa no SUS e ela comentou em linhas gerais com nós que isso envolveria né pesquisas na área, no território, no domicílio né? e aí uma vez que casos fossem identificados né tantos casos de riscos, vamos supor que barbeiro se fossem encontrados ou situações positivas para a doença, ia precisar do apoio da equipe, então, ou seja, muito recentemente a gente tem falado sobre isso muito em virtude desse programa mesmo né?”</p> <p>“Então eu tô aqui como apoiadora há 1 ano e 5 meses como eu te falei e ainda não houve nenhum tipo de treinamento ou capacitação nesse sentido, mas como é como eu tô te falando estou na expectativa dessa conversa com a coordenadora técnica, talvez agora a gente tenha algum planejamento nesse sentido né?”</p> <p>“Não sei e quando acontecesse isso eu teria que, como apoiadora, correr no setor, ligar para poder procurar saber e entender esse fluxo, porque realmente ainda não aconteceu comigo (entrega de triatomíneos).”</p>	<p>“É feito laboratório central né que a gente tem, e aí eu não sei nem te dizer se é o tipo do exame que tem que ser enviado para fora ou não. Mas assim é disponibilizado e a pessoa tem uma facilidade de marcar porque um caso desse seria priorizado embora a gente tenha filas no município para outras coisas.”</p> <p>“Não... Eu tenho um pouquíssimo conhecimento sobre doença de Chagas, o mínimo conhecimento que eu tenho e eu falo isso né? meio constrangida porque a gente enfermeira quando não está atuando com determinadas coisas simplesmente conhecimento a gente vai esquecer e como eu disse para você eu com 1 ano 5 meses como apoiadora eu estou totalmente afastada de assistência e de um estudo relacionado à parte né clínica epidemiológica das coisas então o que que acontece? O mínimo que eu sei que é uma doença causada por um protozoário, esse protozoário, deixa eu relembrar aqui, ele infesta aquele barbeiro triatomíneo. Nem sei se esse mesmo o nome do bichinho, então quando a gente vê casas infestadas pelo barbeiro significa um risco muito alto mas não significa que aquele barbeiro vai estar</p>	<p>“Ah... A estratégia saúde da família que a gente tem né? a gente tem uma cobertura que não é tão grande, mas a gente tem equipes bastante e comprometidas né? acho que qualificá-las ainda que elas não estejam tão qualificadas assim é um ponto facilitador porque são pessoas receptivas a isso, que quando são capacitadas se tornando cada vez mais sensíveis né para esses problemas, comprometidos mesmo em ser resolutivas com a situação de saúde da comunidade então eu acho que as equipes que a gente tem são um ponto facilitador e temos também essa equipe de apoio aqui na Secretaria né? a gente tem o pessoal da vigilância, tem área técnica agora né? graças a Deus. Ficamos um tempo sem área técnica também, que bom que já temos, então tudo isso são pontos facilitadores né?”</p> <p>“É... quando o paciente precisa né de determinados exames, consultas especializada e tal, a gente tem a central</p>

<p>“Eu não sinto à vontade para responder isso não, mas provavelmente passiva (detecção de casos).”</p> <p>“Nem sala de situação a gente não está incluindo esse tipo de temática né? A gente acaba falando muito sobre produtividade de profissionais e não fala sobre essa parte assim, sobre esses retornos, desses boletins epidemiológicos, da mesma forma é uma crítica nossa também que a vigilância epidemiológica não tem mantido assim uma frequência nos boletins epidemiológicos né? então muito menos acho que específico para Chagas, mas se isso for apenas uma falha na comunicação e esses dados existirem eu como apoiadora não estiver tendo acesso né isso pode acontecer você vai ficar sabendo quando você entrevistar a vigilância.”</p> <p>“Pois é, se a gente que é profissional e trabalha aqui dentro da Secretaria de Saúde tem essa dificuldade em ter conhecimento, para a comunidade é mais difícil ainda.”</p> <p>“[...]Às vezes as equipes né que a gente apoia elas optam por fazer utilizar determinadas temáticas para sala de espera para as atividades mais rotineiras que não são eventos educativos mas comemorativos e a gente aqui não fica nem sabendo.”</p>	<p>infectado realmente né? e aí a pessoa sendo cometida porque o barbeiro tem um hábito de se alimentar do sangue né à noite, aí a pessoa sendo acometida, eu acho que os sintomas são tão... eu não lembro justamente porque eu acho que os sintomas são inespecíficos. A doença de Chagas da cardiomegalia né, então todos aqueles, mais a cardiomegalia já é uma complicação, então todos aqueles sintomas associados a esse tipo de mal cardíaco né essa insuficiência cardíaca mas eu não me lembro por exemplo de sintomas anteriores, sintomas agudos, esse tipo de coisa. É o tipo da coisa que a gente estuda na faculdade e depois se a gente não está atuando diretamente a gente é um conhecimento que a gente vai perdendo.”</p> <p>“Eu duvido que uma equipe de saúde da família que tenha o caso de uma pessoa em tratamento de Chagas, né? Em uso da medicação, não realmente se coloque nessa posição de estimular a adesão ao tratamento, os agentes comunitários, os profissionais de nível superior, eu duvido que isso não ocorra, mas é como eu estou dizendo para você eu como apoiadora não tomei conhecimento de nenhum caso na área das unidades que eu apoio, isso não significa que não aconteça, isso não significa que deve haver uma sub notificação gigante e inclusive eu posso até</p>	<p>de marcação e algumas unidades têm a marcadora descentralizada na unidade o que ajuda bastante mas é eu tenho por exemplo a maioria das minhas equipes são de zona rural que não tem a marcadora então as equipes separam, priorizam e tem um acesso na central de marcação onde eles são recebidos pessoalmente para poder dizer o que que é prioridade, o que que tem que marcar o que que não tem determinados casos são considerados assim é mais urgentes onde o próprio paciente vai até o central marcar, então dependendo do caso do paciente né gente fala assim que às vezes não é nem o procedimento de alta complexidade, é o paciente de alta complexidade, exemplo um paciente com câncer que precisa fazer uma hemograma, hemograma não é alta complexidade mas ele vai direto à central porque o caso dele é importante que seja dada prioridade, uma celeridade no processo, então da mesma forma os casos de doença de Chagas que tiverem quadros mais agudos sendo sinalizado pela equipe,</p>
---	--	--

		<p>vir a descobrir que tem casos na minha área que está em tratamento que está tudo sendo feito eu vou dizer que não fiquei sabendo.”</p> <p>“Não sei, não sei, mas eu sei de uma coisa, se são situações graves são complicações graves e isso tem prioridade no nosso município então se esse tipo de paciente precisa de qualquer tipo de tratamento de alta complexidade eles vão conseguir.”</p> <p>“É... os obstáculos são principalmente aquilo que eu comentei né? a cobertura baixa, então as áreas descobertas sempre são um desafio né para nós e o acúmulo de funções também dos profissionais lá na ponta, que embora, como eu disse muito comprometidos, embora muito comprometidos, o acúmulo de funções para eles também né que sempre se queixam disso toda vez que a gente chega com nova capacitação, sensibilizados eles ficam, muitas vezes se queixando da falta de tempo para atuar em tantas frentes, né?”</p>	<p>vai direto na central, não teria dificuldade para isso não.”</p> <p>“Não. A vigilância pode ter e eu como apoiadora não conhecer significa que estamos com essa falha nesse processo caso vocês verifiquem que a vigilância tem protocolos bem definidos e eu como apoiadora não tô tendo, de novo eu vou abrir esse parentes é às vezes as nossas equipes podem saber mais do que eu apoiadora sobre esses fluxos por terem um contato direto com a vigilância epidemiológica e eu apoiadora envolvida nessas questões que às vezes não tem muito a ver com a parte técnica da área da saúde eu fico envolvida com outras coisas e eu não tenho essa facilidade né de acesso a essas mesmas informações, eu percebo isso e tá aí um ponto positivo esse canal aberto de comunicação entre os profissionais e a própria vigilância epidemiológica.”</p>
GE	<p>“Olha o estado da Bahia, eles vem já ao longo dos anos depois que eu cheguei aqui, sempre desenvolvendo projetos e... e metas para serem cumpridas principalmente para os municípios que são de alto risco. A gente tem recebido a visita deles, eles tem ido aos locais de maior risco,</p>	<p>“[...] E a vigilância dos casos humanos, através da nossa é... do SINAN a gente entra, vê quais são os casos notificados solicita investigação, fala com... conversa com o município, acompanha o tratamento</p>	<p>“Olha, como é feito tudo através do município, o que a gente na verdade indica pra eles é buscar um tratamento, por exemplo, os que usa o nosso</p>

<p>mais nosso maior embate não é nem do que tem planejado é a execução desse planejamento pelo município. Então a gente vê a equipe pequena, muitas vezes nem existe equipe pra Chagas, a gente tem incentivado isso na conversa com o gestor em locus e também aqui nos nossos encontros. Mais existe uma certa, um certo silêncio do ministério quanto ao município. Ele não faz, ele não tem um programa e ele não é penalizado por isso, entendeu? Então a gente fica no incentivo, na conversa, na solicitação, mostra os dados, conversa com os municípios a necessidade de equipar a equipe pra isso, porém muitos municípios, eles fecham os ouvidos e não colocam em pratica e ai todos esses relatório de como o município está comportando é mandado pro estado, com certeza do estado pra o ministério. Mas não é falta de programa e planejamento é falta de empenho dos municípios em colocar em pratica aquilo que a gente orienta, que o ministério também orienta.”</p> <p>“[...]Porque na Doença de Chagas, nossos dezenove municípios, nós temos cinco em alto risco e o restante, né? quatorze, tudo em médio risco, então era pra todo mundo está trabalhando. Claro que o alto risco nas características deles né? e o médio risco nas características deles, mas tem município que tem anos que não trabalham, por mais que na gente solicita e o que eles dizem é a falta de recursos humanos que a prefeitura não tem, então eles pegam os ACS, que são os agentes e colocam nas arboviroses que é uma doença mais aguda que acomete todos os anos, que a população reclama muito e deixa os outros agravos sem o servidor.”</p> <p>“Oh, o planejamento é feito pelos... principalmente pelos municípios, a gente orienta a fazer o planejamento quadrimestral né? ele... na verdade</p>	<p>do paciente quando por ventura né? [...] O grande problema da Doença de Chagas é que há pouco tempo, só se notificava casos agudos né? não se notificava casos crônicos. Então o que que acontece, nos últimos dez anos, nós só temos duas notificações, na... nossa região no sudoeste, duas, porque é muito difícil você pegar doença de Chagas na fase aguda, porque o pessoal de roça, aí aparece com chagoma, aparece com um sinal que possa lembrar Doença de Chagas, ele vai pensar em qualquer coisa, ele vai pensar “ah, foi um marimbondo que me mordeu” não vai procurar o serviço por conta disso, então não há notificação, a notificação é totalmente falha. Então nesses últimos dez anos duas notificações, mais quando a gente vai ver o óbito por Chagas. A gente tem cinquenta, quase cinquenta nos últimos dez anos, então o que acontece, a doença é muito silenciosa, negligenciada, porque é... o gestor... as pessoas não e manifestam porque a doença vai acontecendo em você e você não dá sinais, só vai dar sinais lá na frente quando <i>cê</i> já tá com monte de problema né? Acontecendo. Então é um grande problema. Agora já estamos né? Com a possibilidade da notificação doenças de casos crônicos. O que melhora, porém se você não identificar o caso crônico também você não</p>	<p>município, eles não têm uma estrutura nos seus municípios eles trazem... pro hospital de base e aí faz todos os exames... exames diagnostico, porque quando o paciente aparece, já aparece na fase crônica... aí tem todo um conjunto de profissionais pra atender né? então a gente orienta o hospital de base como referência no atendimento desses casos”</p>
---	---	---

<p>o planejamento é feito no ano anteriormente então ele é anual ou bianual dependendo da que classificação que o município está de alto médio ou baixo; nós não temos baixo, temos médio e alto. Então o planejamento é feito de dois anos ou um ano, depende, dependendo do município. Então eles fazem o planejamento e mandam o relatório pra gente de quatro e quatro meses. Mandam mensalmente pra gente ir acompanhando, depois faz o consolidado quadrimestral, é isso que eles tem que fazer pra gente. Então os municípios são silenciosos não mandam, zeram né? A gente tem poucos municípios que tem esse cuidado de mandar todo quadrimestre.”</p> <p>“A gente na verdade faz o contato direto com as coordenações da VIEP dos municípios e nos dispomos a fazer juntos o planejamento. Eles vêm pra aqui, já teve várias reuniões onde a agente senta com o município, vê a realidade, pega um mapa, faz a direcionamento, ensina fazer o planejamento, junto com o coordenador.”</p> <p>“[...] A entomologia, ela é ainda do estado, não ainda municipalizou, as outras ações todas tão municipalizadas mais entomologia não, então nós temos nosso técnico que é biólogo e entomólogo também, então ele faz o planejamento baseado em que? baseado nos casos se o SINAN nos aponta, baseado nas informações se o município manda de triatomíneos e as vezes dão positivo pra <i>T. Cruzi</i>, então a gente planeja baseado nessas informações. Agora mesmo hoje, “o técnico” e a equipe tá em Cordeiros, porque uma das casas deu triatomíneo positivo pra <i>T. Cruzi</i> e nas testagens dos moradores um deu é... positivo com IgG, na verdade foi IgM ou IgG positivo. Então eles se deslocaram pra lá pra fazer toda a parte entomológica e orientação ao município.”</p>	<p>vai ter a notificação. Por isso que eu falei ontem na... até inclusive com eles que a gente precisa fazer o programa funcionar pra que a gente possa é... testar essas pessoas com risco pra você detectar a doença. Não esperar os casos agudos, porque eles não vão aparecer, dois em dez anos sinal que as pessoas não vão procurar.”</p> <p>“É... inclusive os médicos que atendem nesses postos de saúde, eu sempre falo sobre isso, precisam... contratou um médico novo, vamos dizer o que tem no município e quais são as doenças endêmicas, pra acender a luz... né? [...] pode ser uma Doença de Chagas, pode ser uma leishmaniose pode ser né? uma leptospirose pra saber a realidade do município, isso é importante.”</p> <p>“Tem é... o que já é posto que o município faz a coleta e manda pro LACEN daqui. O LACEN municipal.”</p> <p>“O tratamento, é o médico diagnostica a doença né? no caso ai já na parte crônica e ai ele solicita uma medicação na farmácia aqui do núcleo, a gente envia a medicação né? há uma... um acordo entre a gente que qualquer medicação pros nosso agraves, primeiro eles vem aqui e mostra a notificação que notificou, a gente dá uma olhada no relatório, dá uma olhada na dose que foi prescrita, a gente dá uma</p>	
--	--	--

<p>“[...] Nós tivemos um ano de pandemia o ano passado que é... ficou tudo muito difícil de se trabalhar. Esse ano, esses dois primeiros meses a gente não fez planejamento por conta exatamente da questão da pandemia e este, essa... na verdade início deste mês, início do outro nós estaremos sentando pra fazer o planejamento para o ano inteiro das ações, tanto entomológicas quanto de... ida ao município para tentar fazer nossos trabalhos.”</p> <p>“Oh, o apoio (federal) é feito através dos materiais de consulta de orientações, o apoio nesse sentido nós temos. Até porque nós temos bons manuais, temos normas técnicas que nos direciona o trabalho, isso a gente tem, mas o maior problema é ... é o cumprimento das ações do município, a gente não tem poder sobre eles no sentido de penalizados, ou retirada de verbas para fazer com que o município entenda que é importante trabalhar. A gente não tem poder sobre isso, então eu acho que tem uma lacuna aí de ação, que eu não acho que é só através de punição, mas através de uma conduta mais firme com relação ao município e cobrança mesmo. A gente como gestão, a gente já utiliza aqui a CIR como um método de tá colocando pro município junto com todos os secretários e de saúde que acontece periodicamente aqui no núcleo, nós participamos e falamos pra eles como que tá o município, até pra eles se sentir constrangidos a trabalhar. É um trabalho difícil por conta dessa questão da conscientização do gestor.”</p> <p>“Olha, os recursos eles são feitos no bloco de vigilância e saúde. É, vem não é mais separado assim “isso é pra Chagas”, não tem isso não... É... na verdade o recurso ele vem pra vigilância e saúde e distribui pras áreas ali. Então aí pode se utilizar como queira né? [...]”</p>	<p>checada nisso e ai dá o ok e eles despacham... lá pro município.”</p> <p>“é o farmacêutico aqui do núcleo, que ele que faz uma média e solicita, fica uma... um certo estoque aí... Fica, um estoque pequeno, mais fica, pra se precisar a gente já mandar, e ele vai repondo este estoque. Como o número não é tão grande assim de solicitação, a gente nunca teve problema com isso não, eles solicitam aqui no núcleo a... o tratamento.”</p>	
--	---	--

<p>“[...]Cada município recebe um valor baseado na população, mas assim de qualquer forma, o mínimo, mínimo as vezes eles não proveem, que é um EPI pro funcionário, é um carro pra poder levar a equipe pra trabalhar, então essas todas são dificuldades, todo ano a gente fala pros gestores.”</p> <p>“Olha, pra todos os agravos de endemias, nós temos a vigilância do vetor que é através da entomologia né, tem também a vigilância do reservatório animal que no caso da Doença de Chagas a gente faz essa vigilância e treina a equipe pra fazer a vigilância no cão e nos animais em reservatórios né?...</p> <p>“<i>Oh</i>, a educação e saúde hoje é uma... pra mim é a mola mestre de todos os programas né? você precisa educar pra você... nós tivemos há um tempo atrás um curso pra os agentes de saúde, os agentes de endemias sobre a polivalência em endemias e dentro do contexto do... da programação dessa polivalência nós falamos muito reiteradamente sobre a questão de educação e saúde né? inclusive a gente estimula a não ter uma pessoa na equipe, todos são educadores o tempo inteiro, essa é a nossa visão e a gente atualiza esse pessoal com o material né, mandamos pra eles... hoje não tem mais nada impresso mais a gente manda, o município produzir, aí é outra dificuldade o município não produz o material, então é toda uma dificuldade que esbarra no município de fazer [...]”</p> <p>“[...] E no próprio município, estimulamos essa parceria com secretaria de educação pra que eles façam essa parceria juntos com eles nas escolas, nas instituições sempre... é... orientando essa integração entre os serviços, ninguém trabalha só né?... é uma coisa integrada.”</p>		
---	--	--

	<p>“Nós temos, aqui no núcleo nós temos um laboratório né? que faz essa identificação é... dos triatomíneos aqui, né. Inclusive é uma das metas nossas esse ano é... distribuir essa... na verdade é... municipalizar o... laboratório. Por que? Porque nós temos os técnicos da FUNASA que faz esse trabalho aqui só que eles já estão aposentando não vamos ter técnicos [...] A gente vai fazer um treinamento pra laboratório, pra técnicos pra identificar o triatomíneo.”</p> <p>“A gente tem orientado como mandar né? como ar condicionar e muitas vezes chega morto, seco de tempos.”</p> <p>“[...] Na verdade pra mim o maior obstáculo é o município.”</p> <p>“[...] <i>Oh</i>, só dois casos notificados nos últimos dez anos, porque só... agudos, vieram a óbito, <i>oh!</i>, só Conquista vinte e cinco... Somando aqui da cinquenta casos... Nos últimos dez anos [...]”</p> <p>“[...] Estamos preparando esse ano pra lançar Chagas e leishmaniose, que tinha muitos anos que não e fazia boletim. Tem o boletim do estado.”</p> <p>“: Tem alguns é... já teve, não foi na minha época aqui, mas eles falam que teve um financiamento né? o município precisava fazer um projeto e eles mandavam um recurso pra fazer essa melhoria habitacional [...]”</p>		
P1M1	<p>“[...] A gente estava fazendo uma busca ativa sobre casos de chagas. A equipe de endemias procurou a gente e falou que o índice do município estava subindo de novo. Encontraram muitos casos de barbeiro em vários locais e focando nesse assunto.”</p> <p>“Eu não sei dizer exatamente, mas que a equipe de endemias, como eu disse, estava dando a devida importância e fazendo a busca ativa e nos</p>	<p>“Não sei dizer. Na minha área de trabalho não conheço nenhum caso de doença chagas, não conheço.”</p> <p>“É... eu sei que é adquirida pela picada do barbeiro ou pelos alimentos contaminados, ou até por outros animais que foram picados e estão com a doença. Eu</p>	<p>“Às vezes o paciente procura a unidade, a central de marcação, e aí a depender do que é às vezes marca, às vezes consegue se for um atendimento pelo SUS.”</p> <p>“Tem uma certa dificuldade de uma maneira geral. Às vezes acontece assim:</p>

<p>orientando a fazer o mesmo, entendeu? Buscar, no caso de entregar comunicar a unidade de saúde, os agentes de endemias e orientar a família.”</p> <p>“Há uns anos atrás foi encontrado na minha área de trabalho – nós acionamos a equipe de endemias, que fez (também não sei se foi analisado, se deu positivo ou se não deu, mas eu acho que se sim), mas que foi feito a dedetização na casa, isso eu sei que foi feito.”</p> <p>“Aqui de vez em quando tem uma capacitação, um reforço sobre o assunto. Geralmente somos nós agentes de saúde, a equipe de saúde em geral – agentes de endemias e o restante da equipe de saúde. Eu não sei dizer, mas de vez em quando tem [...]”</p> <p>“Antigamente era cobrado que nós fizéssemos alguma ação educativa na nossa área, a gente escolhia algum tema, A equipe escolhia algum tema e a gente fazia. Hoje em dia fazemos em sala de espera. Abordamos sim doença de chagas, sempre tem um tema diferente.”</p> <p>“[...] As facilidades assim... bom... na minha área poderia estar trabalhando de forma preventiva, com palestras (na minha área eu não tenho lugar pra palestra não, até a igreja que tinha lá praticamente está acabada). Não tenho nenhum colégio na minha área de trabalho, então o que é mais fácil de se fazer aqui mesmo é a sala de espera do médico.”</p> <p>“Olha eu conheço que a gente pode entregar (barbeiro) nas unidades de saúde e no próprio centro de endemias, na secretaria de saúde eu não sei, mas eu creio que sim também.”</p> <p>“Se ele ainda estiver vivo ele é examinado [...] Não sei dizer se é aqui ou se manda pra outro local.”</p>	<p>não sei exatamente, eu só sei que o coração cresce, é só isso que eu tô lembrando.”</p> <p>“Olha tem período que o fluxo vai bem (exames laboratoriais) tem períodos que é marcado com uma certa facilidade. Faz aqui a depender, não é sempre que temos vaga disponível pra todos.”</p> <p>“Tem o dia. A depender de como está, porque eu não sei como controla isso, mas tem vezes que marca até duas no mês, a questão do exame de sangue especificamente, mas tem vez que é uma vez no mês por agente, ou chegou tal dia chegou e não tá marcando, a pessoa da central de marcação já avisa: “vou marcar dia primeiro, ou dia 30... nós agentes comunitários passamos isso pra a comunidade.”</p> <p>“Ele (ECG) está sendo realizado aqui agora, não era, nos postinhos.”</p> <p>“No hospital normal. A demanda é: a pessoa chega tem uma certa facilidade, porque já tem os aparelhos aqui (raio X).”</p> <p>“Não faço ideia, mas assim... imaginando pelos casos de hanseníase eu creio que deve ter algum medicamento feito na unidade de saúde, com a equipe, e em domicílio, em dose supervisionada”</p>	<p>tem um mutirão pra cirurgias, igual acontece agora, tem certos pacientes que... tem tipos de pessoas que te falam assim “ó, eu preciso disso”, mas tem as pessoas que não falam, que guardam pra elas... Mas no caso da secretaria é passado, como passou pra gente, sempre passa como vai acontecer, em qual dia, qual tipo de cirurgia. É sempre aqui. O primeiro passo é a central de marcação. Passou daí eu não entendo muita coisa não.”</p> <p>“Eu acho que só em caso de suspeita (casos atendidos na AB).”</p> <p>“Sei dizer não, mas creio que vão encaminhados para os especialistas indicados, não sei.”</p>
---	--	---

	<p>“Eu acho que é quando encontra muito, eu não sei, dependendo da quantidade e a frequência em que é encontrado, porque tem um caso lá na minha área de serviço que sempre que é solicitado eles vão e fazem a borrifação, porque sempre encontra. Acho que a cada três anos por exemplo, não chega nem a quatro, porque parece que antigamente eles faziam a borrifação a cada quatro anos, mas lá nessa área de serviço que a mulher onde ela mora é bem fechado, o local é fechado, tem muita árvore e sempre que ela solicita eles fazem.”</p> <p>“Eu acho que é passiva, por encaminhamentos.”</p>		
P2M1	<p>“Mas comunicação com os moradores, borrifando as casas, passando orientação para o morador a respeito da doença (atuação dos ACEs).”</p> <p>“Pesquisas, contato com os moradores, palestras nas escolas (atuação dos ACEs).”</p> <p>“A gente vai em todas as áreas do município.”</p> <p>“A pesquisa a gente faz dentro da casa e fora da casa.”</p> <p>“(PITs)Tem aqui, tem no PSF, agente de saúde também né que passa na casa dos moradores.”</p> <p>“[...] Às vezes os barbeiros que a gente pega na zona rural traz para aqui e examina.”</p> <p>“São examinados e se detectar que foi contaminado aí vai um órgão da Saúde lá coletar o sangue dos moradores da casa para ver se estão com a doença.”</p> <p>“A gente preenche os formulários e volta com um tempo para dedetizar essas casas.”</p>	<p>“Descobri que o paciente está com doença de chagas, vai um grupo daqui o pessoal da saúde coleta o sangue dos moradores da casa para verificar se estava contaminado. Quando está contaminada tem os medicamentos que o governo manda.”</p>	<p>Não contemplou.</p>

	<p>“São todos registrados os casos em que aparece, a gente avalia de um ano para o outro o que aconteceu.”</p> <p>“A prefeitura, o pessoal de Salvador que sempre esta apoiando a gente.”</p> <p>“Tá bem está controlado, mas às vezes aparecem casos da doença.”</p> <p>“As palestras são as facilidades”</p>		
P3M1	<p>“Assim... como eu sou nova aqui, só tem três meses, eu tive pouco contato com essa parte ainda com os meninos da vigilância, mas eles me passaram que realmente tem uma área que abrange o centro de saúde e que realmente precisa ter um olhar mais detalhado, mas... assim, de ir lá, e conhecer ainda não.”</p> <p>“Assim... pelo pouco que eu conheço no município... eu acho que é mais a conscientização mesmo, a busca ativa dos agentes comunitários e dos agentes de endemias mesmo.”</p> <p>“[...] Teve até alguma coisa em Conquista só que só foram mesmo os enfermeiros das unidades que tinham esse problema tanto Chagas como hanseníase, mas eu não participei desse momento”</p> <p>“Assim... a questão do município ser muito grande, acho que talvez deve ter áreas que a gente ainda nem saiba que tem o problema, a dificuldade é a questão territorial mesmo”</p> <p>“Não sei informar, eu acredito que sim (pontos para entrega de barbeiros)”</p> <p>“Então, assim, sempre tem a conscientização, né?! Tem projetos, palestras, tem o PSE nas escolas que a gente mantém o tema para ser abordado”</p>	<p>“Assim... nunca chegou pra mim caso novo, nem eu tive também na minha área, mas eu sei que em outras áreas tem [...]”</p> <p>“Então, geralmente quando tem alguma suspeita a gente encaminha pro médico, aí o médico vai solicitar os exames e ele que vai dar o diagnóstico se é ou não.”</p> <p>“Vai depender dos sintomas do paciente, do estado social, onde mora, essas coisas.”</p> <p>“Creio que sim... essa questão de acompanhamento independente que seja crônica ou não, sempre tem esse acompanhamento.”</p> <p>“Geralmente quem faz essa primeira busca são sempre os agentes, então, assim, sempre quando eles suspeitam, eles comunicam a gente, a vigilância e aí vai fazer essa busca.”</p>	<p>“Na verdade, como a atenção básica é a porta de entrada, então sempre vai ser o início e aí no decorrer de acordo com necessidade de cada paciente vai ser encaminhado.”</p> <p>“Não sei informar assim certo porque como eu nunca tive pacientes, mas eu geralmente a gente encaminha para o hospital, aí eu não sei o restante.”</p>

	<p>“No geral, dependendo do que é somos nós que investigamos e aí dependendo do resultado a gente encaminha e creio que Chagas seguiria o mesmo fluxo”</p> <p>“Eu acho que os dois (detecção de casos passiva e ativa)”</p>		
P4M1	<p>“Nunca me foi dito isso. Antes daquela reunião que teve, não. Que teve em Conquista sobre a pesquisa de vocês em DTN’s. Nunca tinha sido falado sobre chagas e hanseníase aqui.”</p> <p>“Nenhuma. Nunca foi abordado com agente. Vindo da coordenação? Não, nada.”</p> <p>“A cidade é pequena, então existe uma facilidade de acesso aos pacientes, de contato, de locomoção, de ir atrás. Tendo o programa, acho que não seria difícil a gente buscar esses pacientes”</p> <p>” Um outro obstáculo – ano que vem é ano político, sempre quando é ano político nos municípios pequenos certas atividades preventivas são colocadas um pouco de lado. E, talvez, o município tem zona rural muito distante. Apesar de a sede ser mais fácil de a gente acompanhar, mas tem zona rural que é difícil o deslocamento das equipes de saúde, tem comunidades que são bem distantes – o obstáculo maior é esse.”</p> <p>“Os agentes de saúde são de muito tempo, mas o resto da equipe não. Eu entrei em dezembro, essa enfermeira que tá aqui acho que está a uns dois anos, porque ela era de outro posto e foi feito um rodizio no município – as enfermeiras foram trocadas dos postos. Acho que teve um problema ano passado e eles resolveram mudar as enfermeiras, é tanto que agora que ela está começando a ter um vínculo maior com a comunidade, tem essa dificuldade.”</p>	<p>“Nunca foi passado informação pra gente. Não se sabe. Tenho uma paciente que tem, veio até há pouco tempo comigo. Ela está fazendo acompanhamento em Conquista, porque ela tem megacólon chagásico - está em acompanhamento. Foi a única paciente que eu vi. Ela já faz acompanhamento com proctologista e só passou comigo, porque o procto tinha dito pra ela que não tinha como mais fazer tratamento. Aí a coordenadora da vigilância epidemiológica me procurou pra fazer o encaminhamento para um outro procto – acho que ela ligou pra Conquista e pediu ao centro de Conquista um ajuda, porque queria uma segunda opinião, aí ela precisava da referência – foi quando eu fiquei sabendo desse caso, mas já veio com o diagnóstico fechado.”</p> <p>“O paciente que tem uma história epidemiológica de contato com o barbeiro; que já morou em uma região endêmica que tenha barbeiro; que já morou em casas de taipa, de pau-a-pique; que tenha contato, ou que tenha tido parentes com contato; ou mãe que teve chagas, tem a transmissão vertical também – são</p>	<p>“Não. Geralmente todos esses casos aí, inclusive um cardiopata desses mesmo que esteja num estágio inicial da doença e mesmo tendo essas medicações da rede, seria encaminhado a um cardiologista, quem introduziria a medicação seria o cardiologista.”</p> <p>“[...] Provavelmente seria encaminhado ao especialista, porque colonoscopia, aqueles exames de função de esôfago, que são mais caros, geralmente não é pedido pela atenção básica, então teria que passar pelo especialista.”</p> <p>“O único caso que eu tive a própria vigilância epidemiológica fez o encaminhamento pra Conquista, entrou em contato com Vitória da Conquista, com o serviço de lá e pediu, solicitou uma avaliação desse paciente – então foi via vigilância epidemiológica para o especialista.”</p>

<p>“Não. O trabalho dos agentes de endemias nunca acompanhei. Nunca foi me passado nada sobre o trabalho dos agentes de endemias.”</p> <p>“Não, que eu saiba, não. Eu sei que tem o trabalho dos agentes de endemias, mas assim... não que eu saiba de busca ao barbeiro.”</p> <p>“Provavelmente deve ser a vigilância sanitária. Aqui tem vigilância sanitária, então se tiver algum quadro de contaminação alimentar provavelmente quem vai fazer essa investigação é a vigilância sanitária. Aí eu acho que o pessoal de endemias que faz isso.”</p> <p>“Passiva – demanda espontânea. Se o paciente vier com alguma queixa e a gente pensar em chagas a gente investiga.”</p>	<p>pacientes com epidemiologia positiva pra chagas – ingestão de alimentos possivelmente contaminados, aqui a gente não tem açafá, mas tem a cana. Então é uma investigação. Além da parte epidemiológica tem as queixas geralmente de alteração cardíaca, que você pensa na alteração eletrocardiográfica que pode suspeitar de doença de chagas, aí sim faria uma investigação sorológica. E alterações intestinais também e digestivas, de trato digestivo alto e baixo que levaria a desconfiar de chagas.”</p> <p>“Aguda? Que eu me lembre é aquele teste a fresco de você visualizar o parasita, tem esse e tem outro que eu não me lembro... de concentração de hemácias, de sangue... não me lembro agora.”</p> <p>“Sorologia. Que tem Elisa, imunofluorescência e tem um outro que não me lembro o nome (para diagnóstico de DCC).”</p> <p>“Pois é... não existe esse fluxo [...] Não teve nenhum caso agudo, esse caso crônico meu que teve a paciente já tinha diagnóstico, o resultado, mas assim... é tanto que na época que ela veio a vigilância epidemiológica ninguém tinha o fluxo, ninguém sabia pra onde mandar geralmente, entendeu? [...] Então se eu desconfiar e pedir uma sorologia eu vou entrar em contato diretamente com a coordenadora da vigilância epidemiológica, mas eu não sei como</p>	<p>“Geralmente os procedimentos de alta complexidade tem a central de regulação aqui do município, então geralmente tudo é por via da central de regulação.”</p> <p>“Até onde eu sei essa paciente está sendo acompanhada. Ela passa pelo especialista. Ela já passou comigo algumas vezes, mas é por outras queixas também, mas é mais com o especialista.”</p> <p>“Aqui basicamente o paciente com epidemiologia positiva. Então a gente poderia fazer o rastreio todo aqui e constatado alguma lesão, aí sim encaminharia para o cardiologista, para os especialistas.”</p> <p>“Eu acho que a vigilância epidemiológica. Quem providencia essa medicação é a vigilância.”</p>
---	--	--

está sendo essa marcação. Exame de laboratório é feito aqui no município, coletado aqui, tem laboratório conveniado aqui. Provavelmente manda para o LACEN, quando é essas doenças mais específicas geralmente o convênio é o LACEN.”

“Eletrocardiograma é feito aqui dentro do posto, tem o aparelho, e é via telessaúde, então já vem o laudo.”

“No hospital tem o aparelho de raio X, mas não ele é sem laudo, então eu solicito o raio X e eu que olho. Se for uma coisa mais específica aí a secretaria encaminha acho que pra Conquista pra fazer o raio X com laudo.”

“[...] Se tiver um caso desses com caso agudo, tanto o caso agudo quanto o caso crônico tem que ser rastreado todo mundo”

“Benznidazol, acho que é esse.”

“Eu já vi no protocolo que pode ser usado, exceto pacientes maiores de 50 anos tem que reavaliar se realmente vale a pena, mas esse caso mesmo dessa paciente minha o especialista não prescreveu pra ela, não preconizou o tratamento, ela tem menos de 60.”

“[...] Tem diferença pra adulto e pra criança, mas tem o protocolo pra cada idade.”

“Pode ser em domicílio, o paciente tomar sozinho.”

“Pelo que eu me lembro geralmente é betabloqueador, que é fácil na rede SUS (atenolol,

		propranolol também), diurético (furosemida, hidrocloro, espirolactona) que tem também, faz parte da rede e a digoxina para insuficiência cardíaca (quando tem) – basicamente essas medicações anti-hipertensivas que você pode usar, incluindo os betabloqueadores.”	
P1M2	<p>“[...] (na) localidade onde eu trabalho, pessoal sempre pergunta. “como fazer com barbeiro” assim, eu nunca soube informar para isso, como que fazer com o barbeiro, [...] uma visita mesmo eu já flagrei barbeiro nas paredes da casa.”</p> <p>“Na época que eu vi fiquei sem informação né, fui na secretaria pra pedir... na época a enfermeira falou que não sabia, que eu procura-se a secretaria, fui na secretaria não tive informação nenhuma de como fazer.”</p> <p>“[...] já tem uns quinze anos atrás aí fiquei sem solução, aí até hoje estou sem solução como fazer com o barbeiro.”</p> <p>“Não, só na época da SUCAM (busca ativa de triatomíneos)”</p> <p>“Que na época que eu falei, o rapaz falou assim que “o barbeiro deixou de ser prioridade” que “tinha encontrado um remédio pra tratamento”, que antes a SUCAM batia nisso aí que não tinha... parece que não tinha remédio para o tratamento, e agora já existia o remédio que.”</p>	<p>“É porque eu nunca me liguei assim a Doença de Chagas.”</p> <p>“[...] Teve um paciente uma vez que veio a óbito, acredito que foi Doença de Chagas.”</p> <p>“Faz (tempo), praticamente morreu na casa [...]”</p> <p>“O que eu sei é assim, no nosso sangue e cresci o coração, mas as outras coisas não tem.”</p> <p>“Aí tem que fazer o exame de laboratório né, e tem que dedetizar a casa né.”</p>	<p>“Sempre encaminha pra central né, a equipe encaminha pra central.”</p>
P2M2	<p>“Acredito que mais ou menos, existe um trabalho, mas não existe um trabalho assim tão bem feito por devido algumas faltas de material, tipo carro, por exemplo.”</p>	<p>“ Eu não acho não, muito como você falou um apoio exclusivo, inclusive eu digo assim tem, eu encontrei um rapaz que ele tinha Chagas e ele tava ruim, tava andava um pouquinho e já sentia mal e não era</p>	<p>Não contemplou.</p>

<p>“Eu creio que esse ano está tendo até um trabalho junto com a UFBA que vai sair visitando os casos de pessoas que estão, que teve a doença ou casas que encontram o triatomíneo, e como vai ser feito coleta de sangue, vai ser feito também exame na família toda, vai coletar o barbeiro ali encontrado para fazer também o exame do mesmo.”</p> <p>“Tem feito de forma meio assim, finais de semana, a gente tem saído com o carro, feito captura, não tem sido feito no meio de semana por não ter o transporte para fazer.”</p> <p>“[...] A gente faz sempre um ciclo bienal, né? dois anos, e esse ciclo ele tem alguns povoados já, porque aqui na cidade você não encontra barbeiro, nunca encontrou, toda denúncia que a gente vai sempre é barbeiro que não, nem barbeiro é, são predadores oftófagos, então assim como... eu tava falando a gente sai com a equipe, sai com a equipe e nesses locais que foram de...predisposto a fazer dois anos faz essa visita nos lares, nas casas encontradas serão capturados os triatomíneos, feito o exame e também borrifado, por exemplo, os triatomíneos que foram positivos, as pessoas, eles passam por todo um exame, mas como eu te falei aqui antes na gravação, esse ano vai ser um trabalho diferente, vai ser se encontrar, já vai fazer exame também junto com a família.”</p> <p>“É priorizado no caso do trabalho da gente encontrar o barbeiro em si, capturar e depois retornar e fazer a borrifação e passar para frente.”</p> <p>“A situação é, nós estamos de médio risco, né? a gente encontra muito triatomíneo, barbeiro, que no caso é o sordida, mas nenhum deles está infectado, não tem nenhum barbeiro contaminado, então, é de médio risco.”</p>	<p>aposentado e não tinha nenhuma situação e nem ninguém acompanhado ele, ainda que provavelmente este ano deve acontecer, então assim eu acho que tem deixado assim, por ser uma doença silenciosa, que demora, então as pessoas acabam deixando ela um pouco, não tem a mesma importância que a da dengue.”</p> <p>“Assim como, que nem eu falei para você a gente conhece um pouco da doença, mas nada assim tão aprofundado, conhece sobre o <i>T. cruzi</i>, sobre como a pessoa pode adquirir a doença [...]”</p>	
--	---	--

	<p>“Existem algumas vezes, o pessoal, o profissional que vai acompanhar a gente, para que vai fazer o trabalho também, o pessoal do IECS... também tem feito algumas informações em colégios.”</p> <p>“[...] A boa aceitação dos moradores em receber o agente para fazer o trabalho.”</p> <p>“Os principais obstáculos é a dificuldade hoje em dia de locomoção, de material, de material físico e humano, então são essas as principais dificuldades.”</p> <p>“Hoje em dia não tem ainda os PITS colocados em Conquista, mas o pessoal tem, a gente tem informado aos agentes comunitários, eles têm encaminhado para a gente, para a secretária de saúde, a gente recebe aqui, faz o trabalho e retorna na localidade”</p> <p>“Quando vivos são examinados, são identificados, né? para saber qual a espécie, são examinados, né? para saber se tem a doença de Chagas, são examinados aqui mesmo em Conquista, são examinados e depois disso há um trabalho de ir na casa e fazer a borrifação.”</p> <p>“Ativa e passiva (detecção de casos).”</p> <p>“No laboratório, desses triatomíneos sim, a gente uso EPIs, né? dentre, tem também, utiliza no caso a luva de procedimentos, o uso de jaleco, os óculos, então a gente tem tentado dessa forma, então, até hoje graças a Deus nunca aconteceu, ocorreu nada assim desse tipo. E nos casos de ocorrência desses acidentes também não ocorreu, né? não ocorreu.”</p>		
P3M2	<p>“[...] No período né, na gestão de cinco anos que eu estou no município, nunca participei (atividade educativa).”</p>	<p>“Não. Assim, eu lembro muito relacionada a alterações cardíacas né? então geralmente pacientes cardiopatas que tem talvez por exames de imagem, de radiografia se avalia qualquer alteração em</p>	<p>“Eu acho que, assim como não é minha realidade, mas eu acho que vai conforme a também as complicações que o paciente apresenta no momento, se for é... uma fase</p>

<p>“Dentro da minha área, por não ser é... uma infecção assim recorrente né, que a gente tenha casos nunca... nunca priorizamos a abordagem não.”</p> <p>“Primeiro capacitação né, das equipes, é... estender é... levar o conhecimento dessas diretrizes que eu acredito que deve ser de desconhecimento de grande parte da... dos profissionais.”</p> <p>“Acredito que os obstáculos comuns com relação a presença é... comum dos profissionais né, às vezes a gente não consegue é... abarcar todas as... todos os componentes da equipe, nas capacitações é... acho que é mais questão de... não sei, planejamento das reuniões, não sei, algo desse tipo assim.”</p> <p>“Desconheço. Acho que nesse caso entraria em contato com o pessoal de Zoologia alguma coisa assim (locais para entrega de barbeiros)?”</p> <p>“Não assim, na unidade eu nunca tive caso relatado, agora se acontecer cabe né, geralmente o profissional médico ou enfermeira que realiza essas notificações.”</p> <p>“Ah... normalmente é a demanda né, espontânea. Programado paciente com uma queixa relacionada, procura a unidade.”</p> <p>“Eu acredito que dentro do município não é uma prioridade né, em detrimento de outras doenças que a gente tenta combater que é exige uma urgência maior. Então eu acredito que a vigilância ela não está muito direcionada para essa prevenção desses casos não.”</p>	<p>volume de coração ou outras patologias, mas acho que mais a nível de coração geralmente faz a pesquisa né, laboratorial, mas é outras sintomatologias assim específicas eu não tenho conhecimento não.”</p> <p>“Geralmente acho que tem que entrar né, em contato com a vigilância epidemiológica, talvez eu acho que técnica também faz busca né, da... das possíveis fonte de transmissão, vai fazer pesquisa né, do... é... tentar capturar barbeiros, essas coisas assim. E um acompanhamento dos domiciliados né, das pessoas que estão... e no convívio.”</p> <p>“[...] Esse é um paciente de prioridade né, que deve ter dado uma importância uma vigilância maior a saúde dele diante das complicações que ele pode apresentar.”</p> <p>“Os exames são encaminhados via central de regulação pra marcação nos laboratórios. LACEN ou laboratórios conveniados, mas é via cota.”</p> <p>“Agora eu acho que é... a gestão né, a nível municipal poderia trabalhar com os profissionais é... acaba sendo talvez a gente tenha muita subnotificação por desconhecimento né, por não associar algumas sematologias a isso, acho que a gente deveria receber um preparo, pra esses casos e</p>	<p><i>sei lá</i> mais é... mais crônica uma coisa que ele não é... tão sintomatológico né, se puder ser detectado acho que faz o acompanhamento básico e se for algo mais complexo encaminha pra rede especializada, pras urgências, emergências não sei depende [...]”</p> <p>“Eu acho que ainda há um grande abismo assim né, entre essa... entre a atenção básica e a especialidade. Porque a gente não... não... não... ainda os profissionais não trabalha com regulação, com referência, contra referência. Então muitas vezes é mais... a gente... acho que na presença de outros casos também se encaminhados, a gente não tem essa contra referência né, é... de algum... de algum... de algum acompanhamento na parte da rede especializada.”</p> <p>“Dentro da minha unidade é feita uma triagem dos exames né, que são deixados e aí conforme cota a gente encaminha para a central de regulação.”</p>
---	---	--

		conhecer né, é... os fluxos tudo pra tomar as devidas providencias na ocorrência de algum caso.”	
P4M2	<p>“As facilidades seria a própria conscientização sala de espera e formação para pacientes. Isso é de fácil acesso. A dificuldade, às vezes, se for necessário o rastreamento, solicitação de exames, às vezes a dificuldade será mesmo do financiamento para campanha específica, já que existem campanhas para várias outras doenças.”</p> <p>“Acredito que passiva, do tempo que eu trabalho lá na unidade [...], nunca vi nenhuma ação específica para doença de chagas, então busca ativa essas coisas não, a não ser que eles identifiquem algum paciente por outro meio em caminho para a gente para avaliar.”</p> <p>“Não se existe o boletim até a mim até a minha pessoa nunca chegou desconheço.”</p> <p>“[...] Fazer uma avaliação do ambiente que a pessoa vive para ser identificado se existe infestação do próprio vetor que seria o barbeiro, notificar para vigilância sanitária e epidemiológica para que faça uma visita e as pessoas também tem que ser investigadas para ver se também não estão já contaminadas com tripanossoma cruzi, principalmente para evitar que se cronificar.”</p>	<p>“Não, nunca tive, se existe os pacientes contaminados lá deve provavelmente ser ocultos. Porque nunca tive nenhum contato com paciente que seja com Chagas crônica ou Chagas aguda que foi identificado. O que foi o que me passaram esse caso anteriores, antigo, também nenhum caso.”</p> <p>“Eu não conheço assim que o município tenha, existem as cartilhas do Ministério da Saúde mas não específico do município.”</p> <p>“Uma forma com aguda ou paciente que vivem em área de risco tem contato com principalmente esses locais onde os, em que o animal, barbeiro ele se prolifera mais, às vezes, casas com estrutura de barro, de pau a pique, que a gente conhece popularmente, mais assim como zona rural que a nossa área para mim todo caso na área suspeito. Além disso para paciente que vem com sintomatologia inespecífica com febre mal-estar constante ali há mais de uma duas semanas tudo isso leva suspeitar que o paciente seja um caso agudo de chagas e o caso crônico seria mais um paciente que já tem alguma sequela decorrente da infecção por tripanossoma cruzi, aí poderia ser uma cardiopatia</p>	<p>“Além da notificação e encaminhamento do paciente ao setor responsável que aqui no município eu também desconheço que tem algum local específico para Chagas, mas geralmente a gente faz, a gente consegue fazer encaminhamento rápido para o especialista infectologista, cardiologista. Quando é o caso crônico, detecção de exames, mas a meu ver é algo extraoficial. Como se fosse assim eu consigo fazer um relatório encaminhando um paciente para fazer exames, consulta com especialista, tudo em contato com a central.”</p> <p>“Caso paciente necessite a gente faz o encaminhamento direto pela nossa cota de consultas. Geralmente faz essa conta mensal uma vez por mês, a gente desce exames, mas caso isso seja uma coisa aguda, a gente faz uma coisa extra esse fluxo aí. A gente encaminha diretamente para central de marcação diretamente para a secretaria de saúde para que seja realizado o mais rápido possível.”</p>

		<p>algum sinal mais específico assim da área cardíaca, já que 30% podem desenvolver essa sequela.”</p> <p>“Dos casos agudos, se eu não me engano é a pesquisa do tripanossoma cruz periférico. Nossa não tô me recordando aqui se faz um teste rápido também, mas acho que não eu acho que a pesquisa no sangue periférico do protozoário. Mas não tô me recordando.”</p> <p>“Pois é aqui em Vitória da Conquista não sei, mas acredito que no Laboratório Central deve realizar esse exame sim essa pesquisa.”</p> <p>“Para o diagnóstico dos casos crônicos senão me engano é realizado um ecocardiograma. Acho que sim, principalmente para saber sequela cardíaca, que eu acho que a principal. Mas conheço outras também, não estou me recordando não. Existe outra também que dá o mega esôfago é o nome dele certo é esofágico e tem outra coisa também que eu não estou me recordando agora.”</p> <p>“Provavelmente deve, a pessoa que vai receber tem que tá com tratamento adequado para não reativar doença ou se ainda existe residual da infecção pode reativar, recontaminar a pessoa. E do doador também tem que ser feita uma triagem com certeza, o paciente receber um órgão já contaminado também.”</p>	<p>“Eu acredito que os casos agudos devem ser atendidos inicialmente na atenção básica devem passar por um serviço especializado mas o seguimento eu acho que é a atenção básica mesmo no caso agudo, tratamento e acompanhamento.”</p>
--	--	--	---

		<p>“Se existe avaliação, sim tem com certeza eu tenho mas também mas também não sei o período que tem que ser acompanhado, de quanto em quanto tempo.”</p>	
U1M1	<p>“É o barqueiro. [...] Lá era dentro de casa encontrava. [...] Era pequeno. Matava.”</p> <p>“Não época nem existia esse negócio de endemias, esses trens.”</p> <p>“Aqui já vieram depois que soube. [...] Aqui eles fez visita e não achou nada.”</p>	<p>“Uma prima minha que está morando aqui na rua agora ela falou que lá na roça tá morando até no São Felipe tem uma um lá das... lá de lá também que tem doença de Chagas só não sei ne que é a dela.”</p> <p>“Porque eu tenho problema de ressecamento sempre e só faz coco com laxante, eu fiz muito muito exame e não descobria [...].”</p> <p>“Aí ele pediu exame de laboratório o novo e o velho. Aí eu peguei e fui fazer na secretaria não tinha aí eu fui e fiz particular aí levei para ele aí deu.”</p> <p>“É, porque aqui ninguém nunca desconfiava nada disso. Seu problema é no intestino.”</p> <p>“Ele falou que pode ser que eu fui picada há muitos anos atrás não sabe se eu era menina, muitos anos atrás, não sabe se mais de trinta anos.”</p> <p>“Não, (para) doença de Chagas não tomei nada.”</p>	<p>“É que a “coordenadora da vigilância epidemiológica” pediu para a gente fazer para ir para Salvador.”</p> <p>“Não está só fazendo esses negocinhos ajeitando para cirurgia.”</p> <p>“Demora. Para marcar exame é demorado estes agora está atrás por causa que descobriu a doença mas em relação a exame enrola a gente muito.”</p>
U1M2	<p>“Disse que é o barbeiro”</p> <p>“Isso aí é uma equipe. [...] Tem tempo que eles veio, esses dias eu tava até levando tem dia que o povo que vem pra lá , porque teve lugar aqui, algumas casas que disse que achou mesmo, mas dizer que eu conheço, não conheço não.”</p>	<p>“Eu tava grávida do meu menino que tá agora com 18 anos aí eu comecei a sentir cansa, dor nas pernas, falta de ar, muito falta de ar. Sentia dor nos rins. Aí eu passei né, comecei a passar num cardiologista. Aí ele fez bastante exame não dava nada aí quando foi em 2015 eu fui para São Paulo chegando no hospital das clínicas eu fiquei um dia,</p>	<p>“Eu faço eu faço com doutora (especialista), ela atendia no CEMAE aí ta com 6 mês que eu não passei mais com ela porque no CEMAE ela não está mais atendendo lá, eu nunca mais passei no cardiologista e eu tô com remédios e eu passei com doutora (atenção básica) mas</p>

		<p>uma junta de médico me atendendo e quando veio o resultado tava com problema no coração, que meu coração tava crescendo e não podia fazer cirurgia que era um problema que não podia ter cirurgia que era no sangue que o desenvolvimento depois de muito tempo que ele me picou e começou no sangue e passou pro meu coração e aí eu tomei comecei tomar remédio e tomar remédio direto. A última vez que eu fiz o teste tem dez anos que eu fiz aí tava bem desinchado coração aí eu comecei sentir depois de pressão, diabetes [...]"</p> <p>"[...] eu fiquei muito tempo em São Paulo fazendo tratamento lá, aí depois de ir lá o médico me encaminhou, que meu problema era incurável, que eu vinha para minha Bahia que o médico aqui me acompanhava, agora só tomar os remédios, que é o que eu faço, tomar remédio para o coração direto."</p> <p>"Senti melhor, sentir bem que passou uma dieta para mim um cado de coisa que me tirou para mim não comer aí eu fiquei bem magra [...]. E aí eu fui, fui me recuperei que eu era bem forte que eu tinha que emagrecer para poder o corpo ficar leve, aí eu fui desse tempo pra cá eu fiquei bem e aí agora graças a Deus eu tomo meus remédios, se eu fazer esforço que eu senti mais... se caminhar muito, depende do esforço, se uma pessoa chegar e me dar um susto eu</p>	<p>não foi o mesmo acompanhamento que eu fazia com ela."</p> <p>"Tem uns 2 anos que eu passei (com especialista), agora não quando ela passou... o último retorno que ela me deu me deu não chegou até hoje."</p> <p>"Quando foi o mês passado eu fui, eu tava sentindo cansada aí eu fui na UPA aí chegou lá a moça me fez uma chapa de tórax e ela disse que meu coração tava inchando outra vez aí ela me deu esse papel para aqui para me mandar pra médica mais essa... para a médica me encaminhar para um cardiologista."</p> <p>"No CEMAE eu gostava do atendimento da médica, ela atendia bem, ela me orientava as coisas."</p>
--	--	---	--

		<p>fico cansada, se eu subir ladeirinha eu fico cansada, se eu tomar chuva eu sinto arritmia, muita tosse, eu sinto meu coração acelerado porque o médico falou que se ia sentir sempre, será a rotina do meu corpo aí, mas Deus...”</p> <p>“Eu venho, mas a coisa mais difícil, que essa médica “da atenção básica” mesmo nunca passei, passei uma vez assim no início.”</p> <p>“Tem umas coisas que falta no atendimento, atendimento médico é pouco, pra gente é uma vez por mês como a população é grande, quando chega lá as vezes da gente e já não tem, já tá esgotado, então é só isso.”</p> <p>“Não só queria ter um atendimento assim mais especificado no meu problema né? Ter um médico pra mim atender né? Porque é difícil que tem, acho que tem uns cinco anos que eu fiz o teste no sangue para ver se ainda tem o sangue do barbeiro, se tem o veneno ainda.”</p>	
--	--	---	--