

Análise de Implantação do Programa Nacional de Controle da Doença De Chagas em Sistemas Municipais

Analysis of Implementation of The National Chagas Disease Control Program in Municipal Systems

Análisis de la Implementación del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas en los Sistemas Municipales

Taise de Alcantara Amancio
Hebert Luan Pereira Campos dos Santos
Hildebrando Antunes de Carvalho Neto
Maria de Lourdes Lacerda Lemos
Eliana Amorim de Souza
Níliá Maria de Brito Lima Prado

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.

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.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la implementación del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas en dos municipios del estado de Bahía, Brasil. Se realizó una valoración normativa de las dimensiones y análisis de aspectos del contexto organizacional, considerando el grado de implementación y el análisis de la influencia del contexto organizacional en los dos lugares considerados endémicos, clasificados como de alto y medio riesgo. El municipio 1 alcanzó un grado de implementación de 61,60%, y el municipio 2 obtuvo 64,49%, siendo ambos considerados intermedios, con una fuerte influencia del contexto organizacional en el grado de implementación obtenido. Entre los equipamientos se destacan la vigilancia entomológica pionera en el municipio 1 y la red de atención de salud estructurada en el municipio 2. Sin embargo, aún persisten obstáculos en los contextos evaluados, como los desafíos en la sostenibilidad de las acciones de vigilancia, la formación incipiente y la educación permanente en Enfermedad de Chagas, dificultades en el diagnóstico precoz y en la instauración de un tratamiento específico y oportuno. Se destacó la importancia de fortalecer las acciones de la atención primaria de salud para la identificación y atención ampliada de los casos de la enfermedad por equipos interprofesionales, con el fin de promover una mayor integralidad de las acciones.

Palabras clave: Políticas Públicas de Salud; La enfermedad de Chagas; Evaluación de la Salud.

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 (PNCDCh) 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

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.	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

FONTES: IBGE, 2021¹⁰; Atlas Brasil, 2010¹¹; e-Gestor AB, 2020¹²; Bahia, 2018¹³.

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 excertos¹⁴. 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)¹⁵, Guia de transmissão da doença de Chagas por alimentos (2009)¹⁶, Recomendações para o diagnóstico parasitológico e sorológico da doença de Chagas (2013)¹⁷, Atlas iconográfico de triatomíneos (2014)¹⁸, II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2015)¹⁹, Protocolo Clínico de Diretrizes terapêuticas em doença de Chagas (2018)²⁰, Guia de Vigilância em Saúde (2019)²¹, Boletim Epidemiológico da doença de Chagas aguda (2019)²², Portaria nº 1061 (2020)²³. Cabe mencionar, que conforme Amancio et al (No prelo^{1*}), a referida matriz foi anteriormente validada por especialistas da área. 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: $\text{Score} = \text{Pontuação obtida} / \text{pontuação máxima} \times 100$, 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 score 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).

^{1*} Amancio TA, Santos HLPC, Carvalho Neto HA, Araújo ALS, Souza EA, Prado NMBL. Validação do Modelo Teórico Lógico para as Diretrizes de Vigilância, Controle e Atenção à Doença de Chagas. Cad. Saúde Colet. No prelo.

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	
	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
		CUIDADO À SAÚDE	TRATAMENTO	Tratar etiologicamente indivíduos com doença de Chagas aguda.	0,92
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 – megasôfago.	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%
					INT	INT
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	
		Encaminhar as reações adversas graves ao benznidazol.	6,00	2,99	3,71	
	ATENÇÃO PRIMÁRIA	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	<i>[...]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</i>	<i>[...] 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</i>

VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE		<i>A gente está trabalhando nas localidades que foram encontrados barbeiros o ano passado e também em outras localidades que entraram por sorteio [...] G3M1</i>	<i>[...] 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</i>
	EPIDEMIOLOGIA	<i>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</i>	<i>[...] 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</i>
	SANITÁRIA	<i>Sim. A gente tem abordado bastante (orientação sobre manipulação de alimentos). É um tema que está até em evidência agora [...] G3M1</i>	<i>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</i>
	EDUCAÇÃO EM SAÚDE	<i>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</i>	<i>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</i>
CUIDADO EM SAÚDE	DIAGNÓSTICO E RASTREAMENTO	<i>[...] 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</i>	<i>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</i>
		<i>[...] 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</i>	<i>[...] 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</i>
	TRATAMENTO	<i>[...] 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</i>	<i>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,</i>

			<i>segundo os protocolos, é liberado. G3M2</i>
	SEGUIMENTO	<i>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</i>	<i>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</i>
RAS EM DOENÇA DE CHAGAS	ATENÇÃO PRIMÁRIA	<i>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</i>	<i>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</i>
	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	<i>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</i>	<i>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</i>

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 Agravos 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^{24,25}.

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^{7,25,26}, além da insuficiência de recursos humanos para o programa²⁶. 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^{27,28}. 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 acometidos²⁹.

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 saúde³⁰.

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^{8,26}, todavia, ainda há dificuldades da população em reconhecer os triatomíneos²⁶.

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

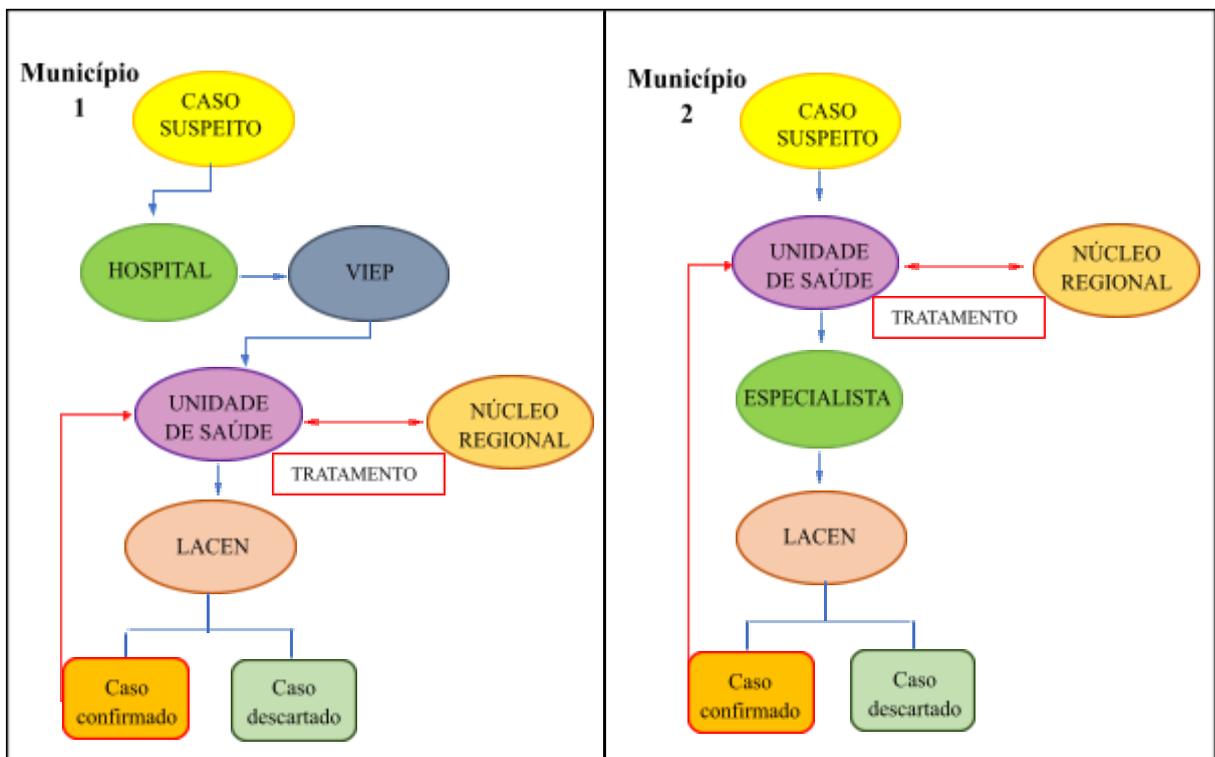
O presente achado coincide com Damasceno et al. (2020)³⁰, que evidenciam uma formação acadêmica inadequada de médicos para atuação frente à doença de Chagas, bem como a ausência de capacitações que abordassem a temática nos serviços de saúde. Tal fato converge com a existência de sistema de educação 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 Bahia³¹.

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 1 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 1. 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 ECG³⁰.

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 Chagas³².

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)²⁰ 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^{25,33}.

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 vida³¹. Já foi verificado que 56,5 % dos indivíduos acometidos por doença de Chagas não percebem uma boa qualidade de vida³⁴.

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)²⁰ 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 benznidazol³². Na mesma perspectiva, no

estudo de Mendonça, Rocha, Andrade e Silva (2020)²⁹, 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 benznidazol³¹.

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)³⁰ 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 família³².

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 doença³⁴. Nesse sentido, a coorte Sami-Trop notou que 31% dos usuários entrevistados morava a mais de 100 km de distância da unidade de saúde³². 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 gravidade²⁰. Quando houver necessidade, deve-se referenciar para a atenção especializada³⁰.

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)²⁹ 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 APS³⁰.

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 usuários²⁵.

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 cardiologista³⁰. 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 acometidas²⁹.

Vale mencionar que o cuidado individual em saúde no âmbito da atenção primária ou da especializada deve ser articulado em uma rede de atenção integrada³⁵, 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 PNCDCh 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 identificados²⁰; 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^{4,5,30}.

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 locais 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. 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/>
11. 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/>
12. 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/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
13. 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>
14. Bardin L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011: 229 p.
15. 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

16. 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 \(saude.gov.br\)](#)
17. 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.
18. 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
19. 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.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença de Chagas. Brasília: Ministério da Saúde; 2018, 145 p.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019a, 741 p.
22. 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.
23. 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>
24. 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.
25. Dias JCP. Vigilância epidemiológica em doença de Chagas. Cad. Saúde Pública. 2000; 16(Sup. 2):43-59.
26. 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.
27. Silveira AC, Dias JCP. O controle da transmissão vetorial. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2011; 44(Supl 2): 52-63.
28. 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
29. 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.
30. 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

31. 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.
32. 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>
33. 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.
34. 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>
35. 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.