



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS – CCJP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD

Sérgio Luiz Gomes da Luz

**POLÍTICAS PÚBLICAS E A (IN) EFICÁCIA DO PLANO NACIONAL DE CONTROLE
DA DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Rio de Janeiro

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS – CCJP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD

Sérgio Luiz Gomes da Luz

**POLÍTICAS PÚBLICAS E A (IN) EFICÁCIA DO PLANO NACIONAL DE CONTROLE
DA DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Direito (PPGD) na área de concentração Direito e Políticas Públicas na linha de pesquisa Direitos Humanos e Políticas Públicas como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Pereira de Lima Júnior

Rio de Janeiro

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E POLÍTICAS – CCJP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD

Sérgio Luiz Gomes da Luz

**POLÍTICAS PÚBLICAS E A (IN) EFICÁCIA DO PLANO NACIONAL DE CONTROLE
DA DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Direito (PPGD) na área de concentração Direito e Políticas Públicas na linha de pesquisa Direitos Humanos e Políticas Públicas como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Oswaldo Pereira Lima Júnior

Professora Dr^a Edna Raquel Santos Hogemann

Professora Dr^a Ana Paula Teixeira Delgado

Rio de Janeiro

2024

Dedico a D. Santinha, minha mãe (*in memoriam*),
aquela que me acalentou tantas vezes [...].

*“Você tem que estar interessado em desigualdades.
A questão da desigualdade e da pobreza não são
separáveis”.*

Amartya Sen

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram de maneira significativa para a conclusão deste trabalho científico.

Em primeiro lugar, dedico este trabalho à memória da minha querida mãe, que sempre me orientou e incentivou desde os primeiros passos na vida. Sua resiliência e amor são fontes de inspiração constantes para mim.

Agradeço também a minha filha Marcelle, por sempre me incentivar e apoiar nos momentos de desafio. Sua presença foi fundamental para meu equilíbrio e motivação.

A minha querida e amada Georgia Atella, companheira em todos os momentos, meu profundo agradecimento por todo o apoio, incentivo e compreensão ao longo desta trajetória. Seu amor e encorajamento foram essenciais para deixar a inércia e caminhar verticalmente rumo à academia.

Não poderia deixar de mencionar a professora Maria Paula pelas primeiras orientações fundamentais no início deste trabalho. Sua expertise e dedicação foram imprescindíveis para o seu desenvolvimento.

Ao meu orientador, o professor Oswaldo, cujas orientações foram indispensáveis para a elaboração e finalização deste estudo. Sua orientação e conhecimento foram fundamentais em todos os aspectos deste trabalho.

Agradeço também às professoras Edna Raquel e Ana Paula Delegado, que participaram das bancas de qualificação e defesa. Suas contribuições e observações enriqueceram ainda mais este estudo, sendo cruciais para sua qualidade final.

Quero expressar minha gratidão ao professor e coordenador Emerson e a todos do Programa de Pós-graduação em Direito da UNIRIO pela acolhida e suporte ao longo deste processo. Finalizo agradecendo a agência de fomento CAPES pelo apoio através do financiamento em bolsas para pesquisadores.

RESUMO

O presente estudo aborda o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas, política pública implantada pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), que é o principal programa de combate e controle desta enfermidade no país. A doença de Chagas (DC), também conhecida como *Tripanosomíase Americana*, figura no rol das doenças classificadas como negligenciadas (DNs) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e caracteriza-se por um conjunto de doenças endêmicas ocasionadas por agentes infecto-parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) que causam danos físicos, cognitivos, socioeconômicos e expressiva carga de morbidade. A estimativa feita pelo MS aponta que 1,9 a 4,6 milhões de pessoas no país, aproximadamente, estão infectadas pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), que tem como vetor os triatomíneos (insetos), popularmente conhecido como *barbeiros*, responsáveis pela transmissão da DC, e aproximadamente 4.000 pessoas morreram nos últimos 10 anos, tendo como causa básica a DC diretamente transmitida pelo barbeiro, pela ingestão de alimentos contaminados ou outras formas de transmissão. A baixa condição socioeconômica, descontrole migratório, concentração desordenada populacional em áreas urbanas são fatores sociais e condicionais que determinam a proliferação e contágio do *T. cruzi* no ser humano. Este estudo tem como objetivo analisar o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas e verificar sua implementação e efetividade como política pública de saúde no estado do Rio de Janeiro. A metodologia utilizada é a exploratória e revisão bibliográfica descritiva. O estudo também aborda a relação entre a pobreza e a DC, destacando a importância de compreender as causas e os impactos da doença no contexto da pobreza para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e tratamento.

Palavras-chave: Políticas Públicas; doença de Chagas; PNCDCh; pobreza; Rio de Janeiro.

ABSTRACT

The present study addresses the National Chagas Disease Control Program, a public policy implemented by the Brazilian Ministry of Health (MS), which is the main program to combat and control this disease in the country. Chagas disease (CD), also known as American Trypanosomiasis, appears on the list of diseases classified as neglected (NDs) by the World Health Organization (WHO) and is characterized by a set of endemic diseases caused by infectious-parasitic agents (viruses, bacteria, protozoa and helminths) that cause physical, cognitive, socioeconomic damage and a significant burden of morbidity. The estimate made by the MS indicates that approximately 1.9 to 4.6 million people in the country are infected by the protozoan *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), whose vector is triatomines (insects), popularly known as kissing bugs, responsible due to the transmission of CD, and approximately 4.000 people have died in the last 10 years, with the basic cause being CD directly transmitted by barbers, ingestion of contaminated food or other forms of transmission. Low socioeconomic conditions, lack of migratory control, and disorderly population concentration in urban areas are social and conditional factors that determine the proliferation and contagion of *T. cruzi* in humans. This study aims to analyze the National Chagas Disease Control Program and verify its implementation and effectiveness as a public health policy in the state of Rio de Janeiro. The methodology used is exploratory and descriptive bibliographic review. The study also addresses the relationship between poverty and CD, highlighting the importance of understanding the causes and impacts of the disease in the context of poverty to develop effective prevention and treatment strategies.

Keywords: Public Policies; Chagas disease; PNCDCh; poverty; Rio de Janeiro.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AGEVAP	Associação pró-hidrográfica do Rio paraíba do Sul
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
APS	Atenção Primária em Saúde
CEPERJ	Fundação centro estadual de estatística e pesquisa do Rio de Janeiro
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretário Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
COVID	Corona vírus disease
CRFB	Constituição da República Federal do Brasil
DC	Doença de chagas
DCA	Doença de Chagas aguda
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DNERu	Departamento nacional de endemias rurais
DNs	Doenças negligenciadas
ECO	Ecocardiografia
ELISA	Reação em cadeia da polimerase
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSESP	Fundação de Serviços de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HEMOBRAS	Empresa Brasileira de hemoderivados e biotecnologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por condições sensíveis à atenção básica

IESB	Instituto de educação superior de Brasília
IFI	Imunofluorescência indireta
IMDS	Instituto Mobilidade e Desenvolvimento Social
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INEA	Instituto estadual do ambiente do Rio de Janeiro
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
IPEC	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos sem fronteiras
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
P&D	Pesquisa e desenvolvimento
PCR	Reação em cadeia da polimerase
PES	Plano Estadual de Saúde
Phd	Philosophy Doctor
PIB	Produto interno bruto
PMHCDCh	Programa de Melhorias Habitacionais para Controle da doença de Chagas
PNCDCCh	Plano Nacional de Controle da Doença de Chagas
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PNVS	Política nacional de Vigilância Sanitária
PRI	Planejamento Regional Integrado
RJ	Rio de Janeiro
SES	Secretarias Estaduais de Saúde

SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SNM	Serviço Nacional de Malária
SUCAM	Campanha de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
<i>T. cruzi</i>	<i>Trypanosoma cruzi</i>
TJRJ	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
UNB	Universidade de Brasília

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1	Número de casos e taxa de incidência de doença de Chagas aguda.....	28
Tabela 2	Perfil sociodemográfico de casos de doença de Chagas aguda.....	29
Tabela 3	Subnotificação da suspeição e da confirmação de casos de Chagas aguda.....	29
Tabela 4	Percentual de moradores por condição de saneamento básico e situação de domicílio, 2015.....	77
Tabela 5	População absoluta e relativa, segundo sexo e vinculação a planos de saúde de modalidade assistência médica hospitalares), 2017.....	77
Figura 1	Ciclo de vida do Trypanosoma cruzi.....	16
Figura 2	A atual distribuição da doença de Chagas no mundo.....	18
Figura 3	Distribuição de casos de doença de Chagas aguda.....	32
Figura 4	Distribuição de caso da doença de Chagas segundo mês de início de sintomas.....	32
Figura 5	Mapa da divisão político-administrativa do estado do Rio de Janeiro.....	43
Figura 6	Mapa dos municípios do Rio de Janeiro com relato de captura de Triatoma vitticeps.....	50
Figura 7	Mapa do estado do Rio de Janeiro dividido em regiões de saúde..	78

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
1 DOENÇA DE CHAGAS ENTRE AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS NO PAÍS.....	15
1.1 Entendendo o que é a doença de Chagas.....	15
1.2 Síntese da Doença de Chagas nas Américas.....	17
1.3 Histórico da doença no Brasil.....	19
1.4 Os critérios para definição das doenças negligenciadas.....	27
1.5 As doenças negligenciadas existentes no país na contramão dos Direitos fundamentais à saúde.....	33
1.6 A doença de Chagas como doença endêmica da pobreza.....	34
2 O CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.....	40
2.1 Descrição geopolítica do ambiente de pesquisa.....	40
2.1.1 Contexto histórico da DC no Rio de Janeiro.....	43
2.1.2 Triatomíneos presentes no estado.....	45
2.1.3 A presença do <i>Triatoma vitticeps</i> e sua importância como vetor da DC...	46
2.2 Políticas Públicas relacionadas ao controle da DC no estado.....	49
3 POLÍTICAS PÚBLICAS E O CAMPO DA AVALIAÇÃO.....	51
3.1 O campo de políticas públicas.....	51
3.2 Avaliação das Políticas Públicas.....	56
3.3 Políticas Públicas no Brasil.....	60
3.3.1 Avaliação das políticas públicas na saúde.....	63
3.3.2 O sistema de proteção social e saúde no Brasil.....	66
3.3.3 Composição do Sistema Único de saúde brasileiro.....	72
3.3.4 Princípios do Sistema único de saúde brasileiro e as responsabilidades dos entes federados.....	73
3.4 Política governamental em saúde do estado do Rio de Janeiro.....	74
3.5 A organização da Rede de Atenção à Saúde.....	80
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS.....	86

INTRODUÇÃO

A presente dissertação, por meio da linha de pesquisa Direitos Humanos e políticas públicas, do Programa de Pós-Graduação em Direito da UNIRIO (PPGD), procura analisar através de método científico-jurídico, a eficácia das ações do Programa nacional de controle da doença de Chagas no estado do Rio de Janeiro, programa este, norteador de todas as ações da política pública de saúde no Brasil, sendo implementado pelos governos estaduais e municipais.

A pobreza é um problema social que assola diversas regiões do mundo sendo pauta de constantes discussões na busca de soluções a curto, médio e longo prazo. Essas propostas visam ao combate e consequente erradicação das condições de miséria, através de políticas públicas fomentadas por diversas organizações internacionais isoladas ou conjuntamente com os países interessados.

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2015, estabeleceu como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta para erradicação da extrema pobreza até o ano de 2030 em todo o mundo.

Não diferente da situação mundial, o Brasil, a partir desta data, começa a promover programas de combate à extrema pobreza no país, e tem como objetivo, reduzir pela metade a pobreza em nacionais homens, mulheres e crianças, independente de idade, até 2030.

O quadro socioeconômico instável no país é responsável pela variante de alteração no processo social e no âmbito da saúde e, como consequência, dificulta o acesso da população aos sistemas de prevenção e tratamento de doenças.

Essas doenças que não recebem a atenção necessária dos governos e que têm sua principal origem ligada à pobreza são chamadas de doenças negligenciadas (DNs).

Uma das principais DNs que ocorre em países tropicais em desenvolvimento e subdesenvolvidos, e que acomete, principalmente, a população pobre, é a doença de Chagas (DC), também conhecida como Tripanossomíase Americana, sendo uma doença tropical parasitária negligenciada, assim classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS), que apresenta elevada prevalência e expressiva carga de morbimortalidade, perpetuando o ciclo de pobreza (Martins-Melo Jr *et al.* 2016).

Por conseguinte, este estudo pretende analisar a eficácia do plano de controle da doença de Chagas (PNCDCh) do governo federal a partir de sua criação, objetivando estabelecer quais seus efeitos práticos no controle da DC no estado do Rio de Janeiro.

Procurar-se-á analisar a eficácia da política pública de saúde no controle da doença de Chagas, respondendo ao questionamento “O Programa nacional de controle da doença de Chagas do governo federal é eficaz no combate a contaminação da doença de Chagas no Rio de Janeiro?”.

Para tal, buscar-se-á na hipótese de que os desafios na implementação das políticas públicas para prevenção, diagnósticos e tratamento da doença de Chagas no Rio de Janeiro incluem a falta de recursos financeiros e humanos, a dificuldade no diagnóstico precoce da doença, a falta de articulação entre os diferentes setores envolvidos no combate da enfermidade, tais como gestores públicos e organizações envolvidas no programa.

Em vista disso, a hipótese será testada por meio de análise exploratória com revisão bibliográfica e os objetivos serão explorados para compreensão do problema apresentado, e para tal, a pesquisa se desenvolve com seu primeiro capítulo 1 apresentando o contexto histórico da DC, determinando o momento e os critérios para figurar no rol das doenças negligenciadas no país. Reporta-se sua incidência na camada mais empobrecida da sociedade, maculando seus direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988.

Serão abordadas as principais formas de transmissão da DC, sendo a tradicional através do vetor “barbeiro” em ambiente doméstico, hoje menos habitual, e pela transmissão através de alimentos contaminados pelo mesmo vetor, sendo esta a principal forma de transmissão nos dias atuais.

Esta mudança de quadro deve-se pela implementação de políticas públicas sociais para a melhoria das condições sanitárias e de habitação da população pobre e interiorana dos estados brasileiros, principalmente nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, onde a DC era mais prevalente.

Já o aumento da transmissão da DC por alimentos contaminados está relacionado à ingestão, principalmente, de alimentos consumidos “in natura”, como o açaí, pelo consumo de sucos feitos por trituração, como o caldo de cana-de-açúcar, e pela ingestão de carne de animais silvestres.

No capítulo 2, as discussões recaem sobre a implementação do PNCDCh no campo das políticas públicas, destacando as responsabilidades dos diferentes níveis de governo: União, Estados e Municípios como entes fundamentais para a formulação das políticas sociais e a integração com outras áreas, como a Saúde, a Educação e a Assistência Social, que também figuram como aspectos cruciais para a efetiva redução do impacto da doença na população.

O cenário das políticas públicas brasileiras no enfrentamento da DC, especificamente no Estado do Rio de Janeiro, será abordado no capítulo 3 deste estudo. Analisou-se os efeitos da realização destas políticas e a existência de projetos para a prevenção, o controle e a erradicação da DC no estado.

Baseado nessas premissas, foi adotado como marco teórico as teorias levantadas no livro Desenvolvimento como liberdade de Amartya Sen no qual o autor traz uma nova compreensão referente a conceitos como miséria, pobreza, fome e bem-estar social. No âmbito jurídico, serão analisadas as ocorrências jurídicas a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CRFB), sendo, historicamente, o maior instrumento democrático e de avanço na proteção e reconhecimento da saúde como direito fundamental.

O estudo terá em sua conclusão, as considerações e reflexões atingidas referente a eficácia da política nacional de controle da doença de Chagas no Estado do Rio de Janeiro.

1 DOENÇA DE CHAGAS NO CAMPO DAS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS NO PAÍS

Neste capítulo, será realizada a descrição da DC, incluindo seu agente transmissor, características, fases, sintomas pós-contaminação e formas de transmissão.

Além disso, um breve panorama histórico da enfermidade será apresentado, com foco nas perspectivas globais e nas Américas, com ênfase no contexto brasileiro.

Serão discutidos os critérios estabelecidos pela comunidade de saúde internacional e nacional para categorizar certas doenças como negligenciadas pelos seus governos, especialmente nas áreas onde são mais prevalentes.

Diante disso, buscou-se analisar a violação dos direitos fundamentais da pessoa humana pelos governos, bem como as decorrências decorrentes para a população menos favorecida, privada de direitos básicos como saúde, educação e vida.

Buscou-se delinear os mecanismos pelo quais o ciclo da pobreza afeta esse estrato social marginalizado, independentemente de raça, gênero, idade e sexo, sendo a restrição ao acesso à saúde, educação e ao emprego, fatores preponderantemente agravantes.

1.1 Entendendo o que é a doença de Chagas

A doença de Chagas (Tripanossomíase americana) é a infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. Ela se apresenta em uma fase aguda (doença de Chagas aguda – DCA) que pode ser sintomática ou não, e uma fase crônica, que pode se manifestar nas formas: indeterminada (assintomática), cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva (Brasil, Ministério da Saúde). Apresenta três formas distintas de sua evolução da fase do ciclo ao qual se encontra e do hospedeiro que está colonizando (Chagas, 1909).

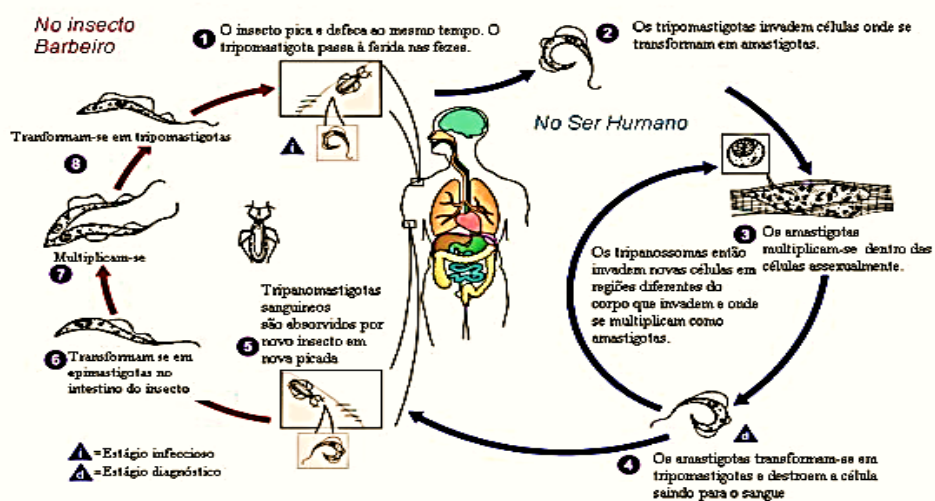
Os sintomas da DC podem ocorrer em duas fases distintamente, ou seja, fase aguda e crônica. Os principais sintomas, na fase aguda são: febre prolongada (mais de 7 dias); dor de cabeça; fraqueza intensa; inchaço no rosto e pernas; no caso de picada do barbeiro, pode aparecer uma lesão semelhante a um furúnculo no local. Caso a pessoa não receba o tratamento adequado e oportuno, pode desencadear a fase crônica da doença, inicialmente sem sintomas (fase indeterminada), progredindo

com o passar dos anos, apresentando sérias complicações como problemas cardíacos (insuficiência cardíaca), problemas digestivos, como megacólon e megaesôfago (Id).

As formas de transmissão conhecidas da DC compreendem a vetorial que é feita pelo contato com as fezes dos triatomíneos (barbeiros) infectados. A transmissão não é feita diretamente pela picada do inseto, mas sim ao coçar a ferida e espalhar as fezes depositadas na região da picada. A oral se realiza por meio da ingestão de alimentos contaminados com parasitos ou por seus excrementos. A vertical ou congênita, que é a contaminação de mulheres infectadas que transmitem para seus bebês, durante a gravidez ou o parto. Por transplante de órgãos ou transfusão de sangue por doadores infectados. E, finalmente, a acidental, que se caracteriza pela exposição a materiais contaminados em contato com pele ferida ou com a mucosa (figura 1) (Ibid).

Estima-se que a doença afete mais de seis milhões de pessoas em todo o mundo, com aproximadamente 30 mil novos casos e 14 mil mortes registradas a cada ano e 8.000 recém-nascidos infectados durante a gestação, somente em 21 países das Américas. É estimado que cerca de 70 milhões de pessoas vivem em áreas de exposição e correm risco em contrair a doença (Organização panamericana de Saúde, 2023). Porém, devido ao aumento dos movimentos populacionais na última década, a doença se espalhou para outros países (Figura 1), modificando seu perfil epidemiológico como resultado da urbanização e da globalização (Hotez et al., 2013).

Figura 1: Ciclo de vida do *Trypanosoma cruzi*



1.2 Síntese da doença de Chagas nas Américas

A doença de Chagas afeta a população latino-americana desde os tempos muito remotos. Estudos de paleoparasitologia utilizando técnicas de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) conseguiram identificar o DNA de *Trypanosoma cruzi* em múmias de povos da América do Sul. Foi encontrada a mais antiga infecção da DC no povo Chichorro, que viveu na região desértica do Atacama, no norte do Chile, data de 9 mil anos (Araújo et al. 2009). Os mesmos estudos mostram acometimento em povos primitivos habitantes do Chile e Peru.

Acredita-se que a doença protozoária tenha sido causada pela ingestão de alimentos silvestres contaminados com *T. cruzi*, mas a infecção não pode ser eliminada pelo método vetorial clássico, apesar do limitado conhecimento da presença de triatomíneos em áreas remotas (Orellana-Halkyer; Arriaza-Torrez, 2010).

A disseminação da DC tem sido atribuída ao processo de colonização europeu, através de fortes fluxos migratórios internos e ao desmatamento florestal, visto que a doença era quase restrita aos mamíferos silvestres como tatus, gambás e roedores (Araújo et al., 2009. Coura, 2007).

Esses estudos demonstraram que a endemicidade da doença alcançou seu ápice na primeira metade do século XX (Dias, 1985; Forattini, 1980). Sendo que, a tendência, nos dias de hoje, é uma “urbanização” da endemia. Isso se deve em função dos movimentos migratórios, que são originados do modelo urbano-industrial, e do empobrecimento progressivo das áreas rurais latino-americanas, forçando um crescimento da importância dos mecanismos não-vetoriais de transmissão do parasito (Dias, 1985; TDR, 1980).

A transmissão vetorial continua sendo a principal causa da doença de Chagas humana em nível continental, ocorrendo em grandes áreas do México, América Central e América do Sul. Diversas investigações epidemiológicas nos últimos dez anos revelaram a possibilidade da presença de triatomíneos infectados pelo *T. cruzi* e a localização da distribuição dos casos humanos de esquizotripanose (doença de Chagas). Existem mais de 100 espécies de triatomíneos descritas nas Américas, algumas das quais merecem atenção especial da Saúde Pública. São essas espécies que têm maior probabilidade de colonizar os ecótopos artificiais, tornando-se responsáveis pela total maioria de casos humanos da doença (Dias, 1992; WHO, 1991): *Triatoma infestans*: Cone Sul e Peru; • *Triatoma brasiliensis*: Nordeste do

Brasil; • *Panstrongylus megistus*: nordeste e Centro-Sul do Brasil; • *Triatoma dimidiata*: Colômbia, Equador e América Central; • *Rhodnius prolixus*: Colômbia, Equador, Venezuela, América Central e México; • Outras espécies, como *T. sordida* e *T. pseudomaculata* (Brasil), *T. maculata* (Venezuela), ou *T. barberi* e *T. longipennis* (México), apresentam importância crescente devido ao seu potencial de domiciliação em circunstâncias especiais.

Fatores sociopolíticos e biológicos indicam a localização das endemias nas áreas rurais pobres do país, onde ocorrem a domiciliação de triatomíneos infectados em habitações de baixa qualidade (Forattini, 1980; Zeledón, 1981). Estima-se que, em mais de 70% dos casos humanos da doença de Chagas, a forma vetorial seja a principal forma de transmissão, apesar da crescente urbanização da endemia que hoje alcança grandes metrópoles e países tradicionalmente não afetados (Dias, 1992; Schmunis, 1991).

De acordo com o relatório de atividades América Latina de 2022, da organização internacional Iniciativa Medicamento para Doenças Negligenciadas (DNDi, 2022), estima-se que, pelo menos, 6 milhões de pessoas sofrem com a contaminação da DC e a maioria está localizada na América Latina, no qual 21 países são endêmicos para a enfermidade, segundo a OMS.

Entretanto, esse quadro sofreu algumas mudanças nos últimos anos, pois a emigração (principalmente de latino-americanos) foi registrada em países não endêmicos como Canadá, Estados Unidos, países europeus e alguns países asiáticos (Fidalgo et al., 2018 Garcia et al., 2015; Mendez et al., 2015, Schmunis, 2007).

Diante disso, esses casos estão ajudando a fechar o ciclo da enfermidade nesses países onde o vetor triatomíneo está presente, todavia sem a ocorrência do agente etiológico, expandindo sua distribuição geográfica (Miranda-Schaeubinger, et al., 2019). Na América Latina, os países com maior incidência de DC são Argentina, México, Bolívia e Brasil (Coura, Borges-Pereira, 2010; Arnal et al., 2019).

Figura 2: A atual distribuição de casos da doença de Chagas no mundo:



A enfermidade é endêmica em 21 países da América Latina, porém existem casos em locais não endêmicos como a América do Norte, Europa e Oceania. Isso ocorre, principalmente, devido ao aumento dos fluxos migratórios da população mundial. Fonte: Adaptado de *Drugs for Neglected Disease initiative* (2002).

1.3 Histórico da doença no Brasil

A Doença de Chagas foi descoberta em 1909 pelo sanitarista Carlos Justiniano Ribeiro Chagas, conhecido como Carlos Chagas, que nesse período realizava pesquisas para combater a malária no interior de Minas Gerais. O sanitarista observou um grupo de insetos da família do percevejo, o *Triatoma*, popularmente conhecido como barbeiro, como sendo o hospedeiro do protozoário *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*). Convém destacar que o nome científico foi dado em homenagem ao cientista Oswaldo Cruz. O nome “barbeiro” se deu pelo hábito do inseto picar as pessoas na região do rosto. Iniciou-se, então, as pesquisas para conhecer mais sobre esse processo saúde-doença e as possibilidades de intervenções para o controle da enfermidade (Kropf, 2006).

Em 1916, foram criados os primeiros Postos de Saneamento e Profilaxia Rural com a finalidade de fomentar a melhoria dos domicílios rurais que apresentavam riscos; no ano de 1943 foi implantado o Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas para realizar testagens e controle vetorial para implementar campanhas de combate à infecção pelo *T. cruzi*. Pouco depois, ocorreu a implantação do Departamento nacional de Endemias Rurais (DNERu), tendo a DC ocupado espaço institucional formal (Dias E Coura 2006; Silveira 2011; Silveira e Dias, 2011).

A partir dos anos de 1940, deu-se início às ações de controle da transmissão da DC no Brasil com a criação do Centro de Estudos e Profilaxia da Moléstia de Chagas da Fundação Oswaldo Cruz de Bambuí, em Minas Gerais. Tendo o seu principal objetivo diminuir a disseminação da doença no âmbito residencial.

O Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) foi instituído a partir de 1950 pelo Serviço Nacional de Malária (SNM) para combater a doença no país. Em 1970, o Ministério da Saúde passou por reestruturação, sendo criado a Superintendência de Campanha de Saúde Pública (SUCAM) que centralizou todas as endemias rurais, tendo então, a DC reconhecida e considerada como doença prioritária. A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), sucedeu a SUCAM em 1991, reunindo todas as doenças endêmicas e controlando todas as unidades e serviços do MS e implementou o Programa de Melhorias Habitacionais para Controle da doença de Chagas (PMHCDCh) como medida de controle do vetor da DC, que constituía na restauração e reconstrução habitacional (BRASIL, Funasa).

O PNCDCh tem como objetivo principal reduzir a incidência da doença de Chagas no país. A legislação que regula o programa define as diretrizes para o controle e a prevenção da doença, incluindo a realização de atividades de vigilância, diagnóstico e tratamento da doença. O programa também prevê ações de educação em saúde para a população e capacitação de profissionais de saúde.

Em 1961, a notificação passou a ser obrigatória em casos suspeitos ou positivos da DC no Brasil, através do Decreto 49974-A. Este intervalo de tempo contribuiu para caracterizar nacionalmente a DC como problema sanitário e foi legitimada cientificamente e socialmente, tornando-se objeto de políticas públicas de saúde (BRASIL, 1961).

Em 1975, foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), poucos anos depois, em 1975, foi instituído o programa de âmbito nacional de controle à doença de Chagas e do Sistema nacional de Vigilância Epidemiológica, que possibilitou a organização de ações de vigilância e controle entomológico em todo país. O combate às doenças rurais ganhou notoriedade nos projetos políticos de natureza desenvolvimentista, quando os objetivos de desenvolvimento foram sintetizados na grande operação de interiorização da capital do país (Brasil, 1975; Villela et al., 2009; Silveira e Dias, 2011).

Em 1983, o Governo Federal injetou recursos aproximados de 15 milhões de dólares, a princípio, quantia considerada suficiente para cobrir toda a área endêmica, representada por 2.450 municípios do país.

A partir da década de 1980, com a adição de medidas preventivas a outros fatores (por exemplo, êxodo rural), as doenças transmitidas por transfusões de sangue começaram a receber mais atenção, como a epidemia da síndrome da imunodeficiência (AIDS). A gestão do uso médico de sangue e hemoderivados melhorou bastante (Dias, 2006).

Vale ressaltar o grande desenvolvimento da saúde que foi proposto em 1988, com a promulgação da Constituição Federal brasileira, que passou a incentivar, entre outros programas organizativos, a descentralização das ações e dos serviços de saúde que focam na integração e municipalização das intervenções citadas, de acordo com a instituição e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1988, Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). Diante disso, levando-se em conta a falta de experiência dos municípios na implementação de medidas relacionadas a endemias, baseada na estrutura e organização, se tornou um desafio dar continuidade e operacionalização aos programas de controle como o Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) (Villela et al. 2009).

Nos anos compreendidos entre 1991 a 2002 ocorreram movimentos em consonância ao processo de descentralização, apesar da criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) cujo objetivo principal era a de centralizar todas as ações de combate neste órgão, abrangendo todos os serviços prestados pelas 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, 2006; Silveira e Pimenta, 2011; Silveira e Dias, 2011), juntamente com 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 a enfermidade propiciou a definição da reativação da DC 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, 2015).

Oportuno salientar que há expressiva prevalência desta doença no país. Em estudos recentes, as estimativas variaram de 1,9 a 4,6 milhões de pessoas (Id), provavelmente, mais próximo atualmente à variação de 1,0 a 2,4% da população. Reflexo disso é a elevada carga de mortalidade por DC no país, representando uma das quatro maiores causas de mortes por doenças infecciosas e parasitárias (Martins-Melo Jr *et al*, 2016).

Faz-se necessário também ressaltar que cerca de 2,5 milhões de indivíduos ainda estejam infectados, a maioria dos quais na fase crônica da doença. Um terço destes indivíduos são sintomáticos ou terão manifestado algum sintoma grave, sintomas cardiovasculares ou sistêmicos, que, na maioria dos casos, conduzem à incapacidade, afetando populações rurais pobres e com pouca alfabetização invisíveis no contexto político social, dependendo das políticas públicas de prevenção e cuidados de saúde instituídos pelos entes governamentais. Notadamente, a baixa expressividade de infectados pela doença e a lenta progressão de sua evolução crônica traduzem a baixa priorização na agenda política (Dias, 2007b; Dias, 2011; Silveira *et al.*, 2017).

Embora algumas publicações mostrem tendências baseadas em dados entomológicos e no impacto dos locais de doenças, a análise histórica, baseada nas leis e recomendações atuais, ainda está em seus estágios iniciais, por isso, os planos para combater a doença em todo o país está cada vez mais forte (Dias, 2006a; Villela *et al.*, 2009; Silveira e Dias, 2011).

A transmissão direta pelo barbeiro era o mecanismo de maior incidência até o início dos anos de 1960. Os casos concentravam-se, em sua maioria, nos estados de Minas Gerais, Bahia e Goiás. Devido ao desenvolvimento do país e ao êxodo rural, a doença chegou até as áreas urbanas e a transfusão sanguínea passou a ser uma via importante de contaminação, principalmente nas grandes cidades onde há maior concentração populacional.

Visando diminuir a transmissão pelo barbeiro nas regiões endêmicas, o governo federal, através do MS, no período de 1967/1969, deu início ao Programa de melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas, implementado no estado de Minas Gerais pelo DNERu e pela Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), a partir do ano de 1976.

Em 1991, a Sucam e FSESP fundiram-se e foi criada então, a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, sendo todas as operações de combate ampliadas e levadas para todas as áreas endêmicas.

Com a implementação do PMHCDCh veio em consequência a melhoria das residências nas regiões atendidas, evidenciando a contaminação peridomiciliar, composta por galinheiros, chiqueiros, montes de lenha, construções vazadas de depósitos de alimentos e pernoite para cães, representando, hoje, o habitat natural do barbeiro.

Entretanto, existem outros mecanismos de transmissão fora do ambiente domiciliar importantes na transmissão desta enfermidade, tais como a contaminação por transfusão de sangue; a transmissão congênita/vertical; o transplante de órgãos; a ingestão acidental de alimentos contaminados que necessitam igualmente sua vigilância e controle.

Em 2006, o Brasil recebeu o selo de Certificação Internacional de interrupção de contaminação por vetor e por transfusão de sangue, devido à implementação de políticas de controle e prevenção.

Nos últimos 10 anos, o principal meio de contágio e notificação de novos casos no país é o por via oral na ingestão de alimentos, sendo assim, alterado o eixo geográfico, tendo a região amazônica, especialmente o estado do Pará, o local de maior incidência.

Análises realizadas por Fujita *et al.* (2019) demonstram que, no Brasil, o desenvolvimento da DC por via oral tem representado um aumento de 60%. São casos em que a transmissão da doença por alimentos contaminados se caracteriza em forma de surtos, com os insetos responsáveis por transmitir a doença esmagados durante a produção de alimentos ou as fezes dos vetores presentes na produção de insumos. Fujita e colaboradores ainda descreveram que a produção de açaí no Brasil, durante o período de 2007 a 2016, teve um aumento de 99,57%, acompanhando de maneira significativa a contaminação da doença. O estado do Pará apresentou um crescimento considerável de 13 casos no período de 2010 para 166 casos em 2014.

Diante disso, surge a preocupação das autoridades sanitárias sobre a qualidade na produção de alimentos, fiscalizando os aspectos sanitários, assim como a preocupação com os impactos na saúde pública, de forma a minimizar essa nova maneira de transmissão da doença (Ferreira *et al.*, 2018).

A deliberação CIB-RJ nº 6.475 de 12/08/2021 pactua, em caráter preliminar, a macrorregião do estado do Rio de Janeiro que é composta pelos 92 (noventa e dois) municípios, que corresponde ao território do Estado. A deliberação organiza e integra a Rede de Atenção à Saúde do PROADI/SUS.

Em 2020, foi realizado por pesquisadores da Universidade de Brasília (UNB), estudo que avaliou a implementação do PNCDCh em municípios do estado de Minas Gerais. Os resultados mostraram que a capacitação dos profissionais de saúde foi insuficiente e que a população não tinha acesso adequado ao diagnóstico e tratamento da doença e que muitas atividades previstas pelo programa não são realizadas ou são realizadas de forma inadequada. Além disso, a população não recebe informações suficientes sobre a doença e as formas de prevenção. Isso pode ser atribuído à falta de recursos, falta de treinamento adequado para profissionais de saúde e falta de engajamento das comunidades locais.

Dados levantados pelos Médicos sem Fronteiras (MSF) apontam que em cinco meses do ano de 2020, foram registrados 1.746 óbitos por DC tendo como causa básica. A migração humana descontrolada, a degradação ambiental, as alterações climáticas, o aumento da concentração populacional nas cidades e as condições socioeconômicas, são responsáveis pelos determinantes sociais e culturais da transmissão do T. cruzi aos seres humanos (Dias, 2016).

A dimensão territorial do país e as enormes diferenças socioeconômicas tornam a vulnerabilidade de exposição e contágio alarmante, em virtude, visivelmente, de falhas nas intervenções de prevenção e baixa qualidade no serviço de Atenção Primária em Saúde (APS), aumentando consideravelmente a perspectiva de agravamento da doença.

A negligência se apresenta em variadas facetas, tais como o baixo conhecimento de profissionais de saúde, comunidade e gestores sobre a identificação de casos existentes e de novos casos, fazendo com que a prevenção e diagnóstico seja tardio e o tratamento seja dificultado, podendo o indivíduo ser acometido de sequelas graves ou mesmo chegar ao óbito.

Atualmente, o principal programa do escopo do PNCDCh é o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, MS). Ele é o responsável pela APS que visa detectar precocemente a DC através do exame de sangue, e, sendo detectado, iniciar o tratamento imediatamente. Além de elaborar estratégias singulares no controle da endemia de DC, destacando as diferenças territoriais e suas especificidades. Desta

forma, a base de conhecimento epidemiológico da DC juntamente com dinâmica de sua transmissão, tendem a aumentar a perspectiva de vigilância, controle e atenção à saúde, sendo mais coerente, efetiva e eficaz.

O caminho encontrado para reestruturação das unidades fundamentais de referência e fortalecer o escopo de atenção à saúde foi a territorialização; devido à grande extensão territorial do país, existem enormes diferenças no contexto de desigualdades econômicas e sociais, gerando dados diversos que necessitam ser territorializados para melhor compreensão e interpretação. O Pacto de Gestão SUS visa uma maior estruturação das organizações e administração dos recursos que podem dar origem a diferentes padrões de interdependência entre lugares, atores, instituições, processos e fluxos.

Devido a isso, os programas de políticas sociais e de saúde recorrem à territorialização de informações há alguns anos como ferramenta para localização e demarcação de áreas de atuação.

Reconhecidos os aspectos críticos à vida das pessoas e das famílias, os contextos locais, assim como as barreiras ao acesso à vigilância e atenção e cuidados integrados, tornar-se-á possível determinar quais os fatores mais importantes para o controle da transmissão, identificando lacunas no diagnóstico, tratamento e recursos físicos, a reabilitação psicológica e social (Brasil, SUS). Os maiores desafios que os setores de saúde enfrentam é mapear todas as pessoas acometidas pela DC, tendo enorme limitação da definição de áreas prioritárias para os casos, visto que as últimas décadas foram marcadas por intensa migração populacional.

Através da portaria nº 1.061 de 2020 do MS, a DC foi definida como uma doença de notificação compulsória nacionalmente. Este procedimento é uma tentativa de ver fortalecida a ação de combate à doença e ter uma postura contundente na atenção à saúde das pessoas infectadas, principalmente dos casos mais graves, tendo maior controle da transmissão, visando diminuir os acometimentos e mortalidade no país.

A maioria dos casos confirmados da DC nos últimos 10 anos ocorreu por transmissão oral, seguida por transmissão vetorial e outras formas, incluindo a indeterminada. É importante investigar os casos em que a forma de transmissão não foi determinada para melhor compreender a disseminação da doença.

Em diversos estudos realizados, O Rio de Janeiro nunca foi considerado como área endêmica para a DC (Silveira *et al.* 2011; Silveira & Dias 2011), todavia, 3,7%

(69) dos pacientes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no período de 1986 a 2011, são naturais do estado do Rio de Janeiro.

Segundo Sangenis (2013), 67% dos pacientes contaminados viviam em áreas urbanas do Estado e 33% eram oriundos das áreas rurais. A forma, mais frequente de contaminação, foi a congênita, representando um percentual de 40% dos casos, seguida de 22% de forma autóctone de forma natural e 15% da forma transfusional.

Ainda em seu estudo, verificou-se que os pacientes moradores em áreas rurais residiam em casas de pau a pique e consumiam animais silvestres e caldo de cana *in natura*, prática que é veículo para contaminação pela ingestão de alimentos. Foi relatado em 19% dos casos o conhecimento de barbeiros, entretanto, em 56,5% dos casos houve indeterminação da forma de transmissão.

Entretanto, ainda que não tenha tido confirmação de transmissão direta pelo vetor barbeiro, no Estado foram notificados focos de *T. cruzi* encontrados na década de 1970 na Baixada Fluminense, nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, determinando a inclusão do Estado no mapa de ações de combate e controle da DC em 1984 (Aragão & Souza 1971; Coura *et al.* 1971; Silveira & Dias 2011).

No início dos anos 2000, foram notificados focos da DC nos municípios de Miguel Pereira e São Fidélis, da zona rural do Rio de Janeiro, onde foram capturados vetores intradomicílio (Lorosa *et al.* 2003; 2008).

Em anos posteriores foram notificados novos casos na localidade de Guarani, no município de São Sebastião do Alto, região Serrana do Rio de Janeiro (Sangenis *et al.* 2012).

Em 2012, houve nova notificação de DC em Mangaratiba, tendo vetores infectados por *T. cruzi*.

A infestação direta pelo barbeiro deixou de ser a principal forma de transmissão. A predominância da ocorrência da doença de Chagas nos dias atuais é pela ingestão de alimentos contaminados, principalmente pela ingestão de sucos, caldo-de-cana e açaí, por meio da disposição de fezes nestes alimentos que são consumidos “*in natura*”, pelo esmagamento ou mesmo durante seu processamento. A contaminação geralmente acontece quando o indivíduo consome alimentos em locais de higiene precária e de procedência duvidosa.

1.4 Os critérios para definição das doenças negligenciadas

As Doenças Negligenciadas (DN) são um conjunto de doenças endêmicas, causadas por agentes infecto-parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos), que causam importantes danos físicos, cognitivos e socioeconômicos em crianças e adolescentes (Souza, 2010). Dengue, doença de chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose e outras doenças parasitárias são listadas pelo Ministério da Saúde do Brasil como doenças que precisam de atenção prioritária no contexto dos negligenciados. A compreensão de suas causas, que incluem também as sociais, econômicas, culturais e comportamentais, vai além da compreensão de sua causa biológica (Brasil, 2020).

Essas doenças negligenciadas são caracterizadas pela falta de investimento em pesquisa, prevenção e tratamento, além de afetarem principalmente populações mais vulneráveis, como as que vivem em áreas rurais e periféricas. O combate a essas doenças requer uma abordagem integrada que envolva não apenas o setor da saúde, mas também outros setores como educação, saneamento básico e políticas sociais.

Estima-se que mais de um bilhão e setecentos milhões de pessoas, ou um sexto da população mundial, esteja infectada com uma ou mais doenças negligenciadas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). As doenças negligenciadas são aquelas que não oferecem incentivos econômicos para o desenvolvimento de medicamentos, seja por sua baixa prevalência ou por afetarem populações de regiões subdesenvolvidas.

Como resultado, pouco financiamento está sendo fornecido para o estudo dessas doenças por agências de fomento, porque essas doenças não despertam o interesse de grandes empresas farmacêuticas multinacionais. Essas doenças podem prejudicar o desenvolvimento infantil, o crescimento intelectual, bem como a produtividade humana, além de dificultar a pesquisa para o desenvolvimento de novos medicamentos. Essa falta de investimento e pesquisa também pode resultar em dificuldades no diagnóstico e tratamento adequado dessas doenças, afetando diretamente a qualidade de vida dos pacientes.

A falta de recursos destinados a essas doenças pode perpetuar desigualdades sociais e de acesso à saúde, uma vez que as populações mais vulneráveis são as mais afetadas.

Nesse contexto, além de ocorrerem com maior frequência em áreas

economicamente deprimidas, são condições que favorecem a pobreza (Brasil, 2020). Contribuem na manutenção do triângulo da desigualdade, uma vez que são importantes portas de entrada para o desenvolvimento nacional (id). Além disso, essas doenças também aumentam os gastos com saúde pública, já que demandam tratamentos de longo prazo e cuidados intensivos. Isso sobrecarrega ainda mais os sistemas de saúde, já fragilizados, dessas regiões empobrecidas, dificultando o acesso a outros serviços de saúde essenciais.

No Brasil, as principais doenças negligenciadas são a doença de Chagas, Malária, a Leishmaniose, a Filariose, a Hanseníase, o Dengue, a Chikungunya, a Esquistossomose, entre outras, sendo responsáveis por grande incidência de morbidade e mortalidade no país.

Três doenças deste grupo de DNs são consideradas como extremamente negligenciadas, sendo a DC, a Leishmaniose, e Doença do sono, tendo o menor investimento ante todas as outras doenças, apesar dessas doenças acometerem mais de 500 milhões de pessoas no mundo, conforme relatório da G-Finder², organização internacional de estudo e pesquisas de doenças.

A DC se apresenta como uma doença endêmica em muitas áreas do Brasil, principalmente entre populações pobres e vulneráveis que não têm acesso a condições básicas de vida, como saneamento básico adequado e cuidados de saúde adequados, segundo o MS. Conforme o boletim epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2020 (tabela 1), ocorreram 2193 casos suspeitos, dos quais, 146 casos foram confirmados de DC, tendo uma letalidade de 2% (3/146). Todos os óbitos foram registrados no estado do Pará, sendo a região Norte (Tabela 1) onde sua incidência é prevalente. Dos casos notificados, a maioria era de pessoas do sexo masculino e aproximadamente 6% dos contaminados eram mulheres gestantes.

TABELA 1 Número de casos e taxa de incidência de doença de Chagas aguda, segundo Região, Unidades Federadas de infecção e ano de início de sintomas. Brasil, 2020.

Região/Unidade Federada de Infecção*	n°	%	Taxa de incidência /100 mil habitantes
Rondônia	1	0,68	0,05
Acre	1	0,68	0,12
Amazonas	5	3,42	0,12
Roraima	0	0,00	0,00
Pará	129	88,36	1,49
Amapá	2	1,37	0,24
Tocantins	0	0,00	0,00
Norte	138	95	0,74
Maranhão	0	0,00	0,00
Piauí	0	0,00	0,00
Ceará	0	0,00	0,00
Rio Grande do Norte	0	0,00	0,00
Paraíba	0	0,00	0,00
Pernambuco	0	0,00	0,00
Alagoas	0	0,00	0,00
Sergipe	0	0,00	0,00
Bahia	3	2,05	0,02
Nordeste	3	2,05	0,01
Minas Gerais	1	0,68	0,00
Espírito Santo	0	0,00	0,00
Rio de Janeiro	3	2,05	0,02
São Paulo	0	0,00	0,00
Sudeste	4	2,74	0,00
Paraná	1	0,68	0,01
Santa Catarina	0	0,00	0,00
Rio Grande do Sul	0	0,00	0,00
Sul	1	0,68	0,00
Mato Grosso do Sul	0	0,00	0,00
Mato Grosso	0	0,00	0,00
Goiás	0	0,00	0,00
Distrito Federal	0	0,00	0,00
Centro-Oeste	0	0,00	0,00
Brasil	146	100	0,07

*Para Unidade de Infecção em branco, considerou-se a Unidade Federada de Residência (1% dos registros).

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/MS. Data de atualização dos dados: março/2021. Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Em relação à cor/raça, 85% dos casos confirmados declararam-se de cor parda tabela 2.

TABELA 2 Perfil sociodemográfico de casos de doença de Chagas aguda, segundo ano de início de sintomas. Brasil, 2020.

Variável	Casos de DCA	
	n	%
Sexo (N=146)		
Masculino	93	63,70
Feminino	53	36,30
Gestante (n=53)	3	5,66
Raça/cor (N=146)		
Parda	125	85,62
Branca	15	10,27
Indígena	4	2,74
Preta	1	0,68
Amarela	1	0,68
	Média	DP
Idade	33,80	18,27

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/MS. Data de atualização dos dados: março/2021. Dados preliminares, sujeitos à alteração.

A transmissão dos casos em percentual foi de 56% por via oral, 15% ignorada; outras formas (Figura 3). Em 2020, considerando 2019, houve uma redução de 47% suspeitos de fase aguda e 63% de casos confirmados por doença de Chagas (o decréscimo está visualmente representado na figura 4:

TABELA 3 Subnotificação da suspeição e da confirmação de casos de doença de Chagas aguda. Brasil, 2019-2020.

DCA	2019	2020	Decréscimo (%)
	Nº	Nº	
Notificações de suspeitos	4169	2193	47,39
Casos confirmados	387	146	62,27

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)/MS. Data de atualização dos dados: março/2021. Dados preliminares, sujeitos à alteração.

Figura 3: Distribuição de casos da doença de Chagas, segundo a provável forma de transmissão. A transmissão oral tem se mantido como a principal forma de transmissão da doença de Chagas no Brasil, desde 2007. No entanto, o controle dos outros tipos de transmissão, principalmente a vetorial, ainda são importantes para evitar a disseminação da patologia no país. Fonte: BRASIL, 2021.

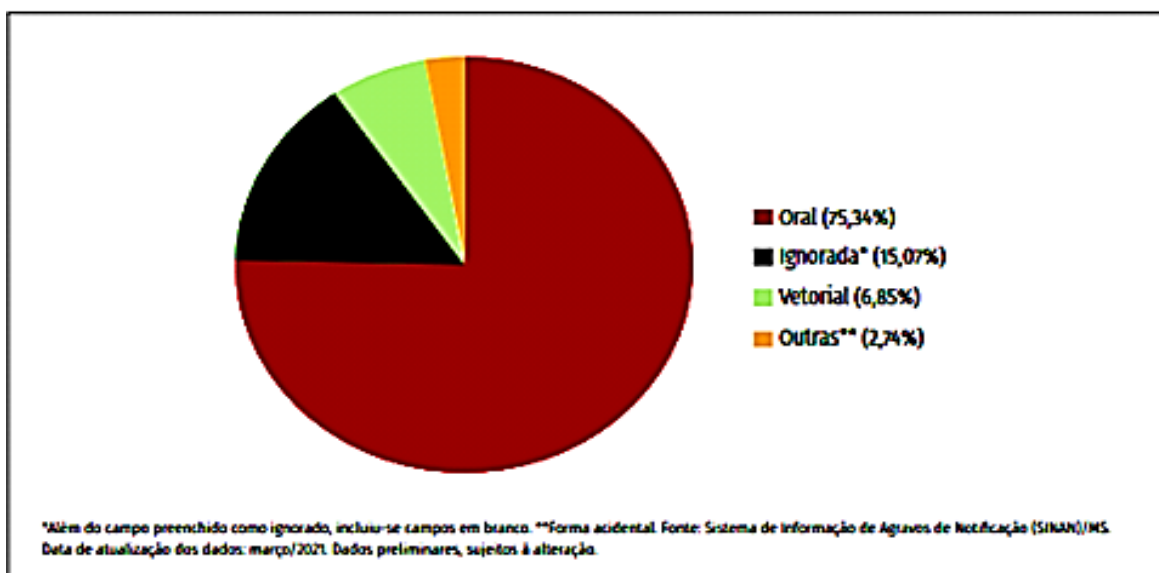
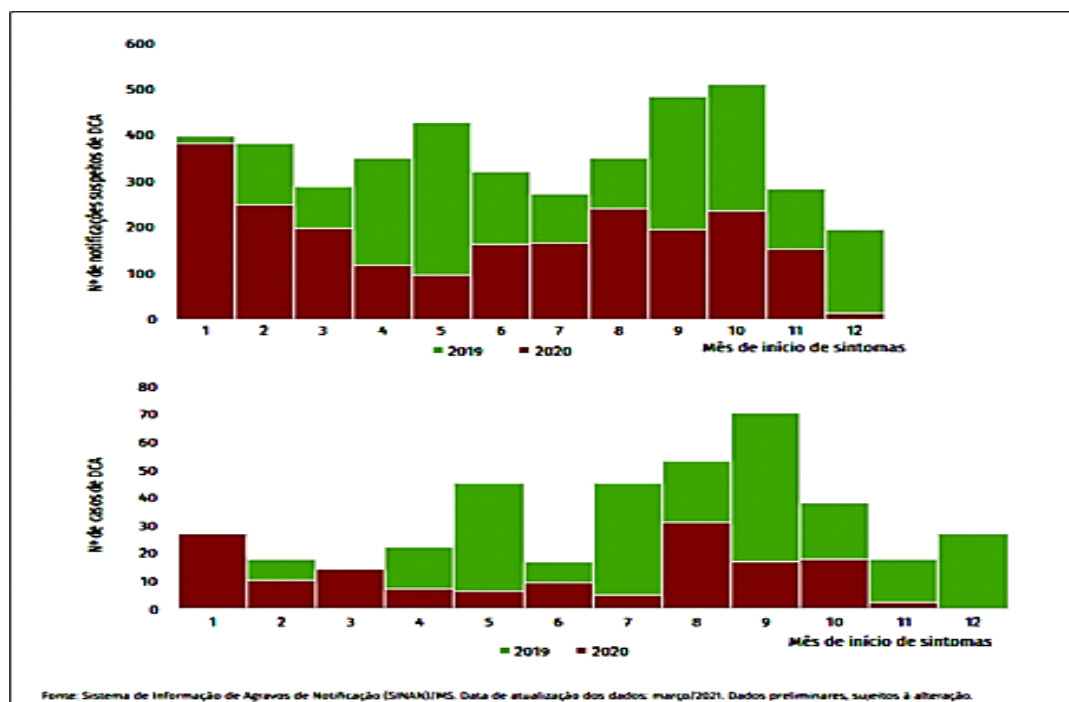


Figura 4: Distribuição de caso da doença de Chagas segundo mês de início de sintomas.



. Fonte: Brasil, 2019 e 2020.

As DNs afetam principalmente populações de baixa renda e em áreas com condições precárias de saneamento básico e acesso à saúde. Isso contribui para a perpetuação do ciclo de pobreza e falta de desenvolvimento nessas regiões.

Os desafios para a implementação de políticas públicas de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças negligenciadas no Brasil, em especial a doença de Chagas, incluem a falta de recursos financeiros e humanos, dificuldade no diagnóstico precoce da doença, falta de capacitação dos profissionais de saúde para o manejo da doença e falta de articulação entre os diversos setores envolvidos no controle da doença, como governantes, organizações da sociedade civil e profissionais de saúde.

Além disso, a falta de conscientização da população sobre a doença e suas formas de transmissão também representa um desafio na implementação das políticas públicas. Outro fator que contribui para a dificuldade no controle da doença de Chagas é a falta de investimento em pesquisas e desenvolvimento de novas tecnologias para o diagnóstico e tratamento.

1.5 As doenças negligenciadas existentes no país na contramão dos Direitos fundamentais

O conceito de doenças negligenciadas caracteriza-se pela falta de interesse das indústrias farmacêuticas em pesquisar e desenvolver tratamentos eficazes para enfermidades que afetam principalmente populações pobres e marginalizadas. Essa falta de interesse resulta na escassez de opções de tratamento para essas doenças, agravando ainda mais a disparidade no acesso aos cuidados de saúde. Além disso, a falta de investimentos em pesquisa e desenvolvimento também contribui para a perpetuação da pobreza e marginalização dessas populações.

Geralmente, tais doenças, não são foco de pesquisas científicas devido ao desinteresse das indústrias farmacêuticas em desenvolver tratamentos para doenças menos lucrativas. Como resultado, métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento estão desatualizados, frequentemente ineficazes e obsoletos. Além disso, as doenças negligenciadas afetam principalmente populações de baixa renda e em áreas com condições precárias de saneamento básico e acesso à saúde. Isso contribui para a perpetuação do ciclo de pobreza e falta de desenvolvimento nessas regiões.

O direito à saúde é convencionado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, em seu artigo XXV, que define que todo ser humano tem o direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.

1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social.

O direito à saúde é inerente ao direito à vida e tem seu valor em igualdade entre as pessoas.

A saúde não pode ser vista de forma isolada, pois está diretamente relacionada às condições de vida das pessoas, incluindo o acesso a alimentos saudáveis, moradia adequada, educação de qualidade, entre outros fatores. Portanto, o direito à saúde está inserido em um amplo grupo de questões que envolvem não

apenas a assistência médica, mas também políticas públicas que promovam um ambiente favorável ao bem-estar e prevenção de doenças.

No Brasil, o direito à saúde está garantido na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), no art. 6º, caput: Ela é direito de todos e dever do Estado.

Em seu artigo 196 dispõe:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

No artigo 197 da CF (id), a lei assegura atendimento integral à saúde, devendo ser realizada diretamente pelo governo ou através de terceiros, seja por pessoa física ou jurídica de direito privado, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. O Sistema Único de Saúde foi criado com o objetivo de proporcionar atendimento de qualidade a todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica.

Neste sentido, Maria Cristina Barros Gutiérrez Slaibi (TJRJ, s.d.) em seu estudo intitulado Direito Fundamental à saúde – Tutela de urgência, discorre sobre os direitos fundamentais e a obrigação do Estado na prestação de serviços na saúde:

[...] Marcos Maselli Gouvêa (2000, p.39) afirma que o tema dos direitos fundamentais tem ressurgido, em vários países e contextos discursivos, com diferenciadas nomenclaturas. Comenta que a doutrina francesa, “mais preocupada em enaltecer-lhes o caráter limitador da potestas estatal”, prefere chamá-los de “liberdades públicas”, ao passo que os estudiosos ligados à tradição anglo-saxônica preferem a expressão “direitos civis” (civil rights), reforçando, assim, “sua vinculação com a temática da cidadania e de seus reconhecimentos no âmbito da esfera pública (civitas)”. Já os alemães, se preocupam mais em “traçar-lhes uma fundamentação transcendente”, frisam a essencialidade destes direitos através do uso da expressão direitos fundamentais. Especialmente no âmbito das ciências sociológicas e do direito internacional, ressalta Maselli, tornou-se vulgar a designação de direitos humanos, que “ressalta sua pertinência ao homem independentemente de qualquer outra circunstância”. A doutrina constitucionalista sobre esses direitos, baseada sobretudo na experiência da Carta de Bonn, “incorporou a terminologia alemã” (p. 309). Acresce, ainda, Maselli, quanto aos denominados direitos prestacionais, as lições de Canotilho ressaltando que, embora certos direitos não correspondam a deveres jurídicos específicos, poderão ensejar a indicação de uma prestação determinada caso somente exista um instrumento eficiente para consecução daquele fim: “O Estado, os poderes públicos, o legislador, estão vinculados a proteger o direito à vida, no domínio das prestações existenciais mínimas, escolhendo um meio (ou diversos meios) que tornem efetivo este direito, e, no caso de só existir um meio de dar efetividade prática, devem escolher precisamente esse meio”.

O direito à saúde não está restrito somente em ter atendimento em unidades básicas ou hospitalares. Estes serviços são bastante relevantes como direito fundamental, porém, vão mais além. O direito à saúde também é ter direito à qualidade de vida adequada, associado aos demais direitos básicos como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança. O Governo Federal elaborou a “Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde” que traz os princípios básicos que asseguram aos brasileiros o acesso ao atendimento. São os seguintes:

- a) Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
- b) Todo cidadão tem o direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
- c) Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
- d) Todo cidadão tem o direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
- e) Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça de forma adequada.

A Lei Nº 8.080 de 1990 (BRASIL, 2024) conhecida como Lei Orgânica da Saúde, é um marco na legislação brasileira que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Esta lei estabelece os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e coloca a saúde como um direito fundamental do ser humano, garantido pelo Estado. Ela define as responsabilidades das esferas de governo na organização e financiamento do SUS, estabelecendo a descentralização das ações e serviços de saúde, com participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Além disso, a lei prevê a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde, por meio de instâncias colegiadas como as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

A participação social é uma das bases do SUS, conforme estabelecido pela Lei Nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 2024). Esta lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde, definindo os mecanismos de controle social e as formas de participação da sociedade civil na formulação de políticas de saúde.

As Conferências de Saúde são espaços de debate e deliberação sobre as políticas de saúde, onde representantes dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores

discutem as prioridades e diretrizes para o SUS. Já os Conselhos de Saúde são instâncias de controle social, compostas por representantes dos diversos segmentos da sociedade, que têm a função de acompanhar e fiscalizar a execução das políticas de saúde.

A participação da comunidade na gestão do SUS é fundamental para garantir a transparência, a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. É por meio da participação social que se fortalece a democracia e se assegura o direito à saúde como um direito universal e inalienável de todos os cidadãos.

No entanto, apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, ainda existem desafios a serem enfrentados para garantir o pleno exercício do direito à saúde. A falta de infraestrutura adequada, a escassez de profissionais qualificados, a desigualdade regional e a falta de investimento em políticas de prevenção são alguns dos obstáculos que precisam ser superados.

Para promover a efetivação do direito à saúde, é fundamental que haja um esforço conjunto da sociedade civil, do poder público e de organizações da sociedade civil. É necessário investir em políticas públicas que ampliem o acesso aos serviços de saúde, fortaleçam a atenção primária, promovam a prevenção de doenças e garantam o tratamento adequado para todos os cidadãos.

1.6 Doença de Chagas como doença endêmica da pobreza

A doença de Chagas, é classificada como uma das doenças negligenciadas, e, portanto, é assim caracterizada pela falta de investimento em pesquisa, recebendo atenção insuficiente do governo e da indústria farmacêutica, prevenção e tratamento. Isso resulta na falta de acesso a medicamentos eficazes e programas de saúde adequados para a população afetada, na prevenção e tratamento, resultando assim, em um ciclo vicioso de pobreza. Além disso, também está associada à falta de acesso a saneamento básico, água potável e condições adequadas de moradia, sendo uma das principais doenças endêmicas do Brasil.

De acordo com a OMS, as doenças negligenciadas são um grupo de doenças que afetam principalmente as pessoas que vivem nos trópicos, entretanto, não se restringem somente a essas áreas.

Diante disso, uma nova classificação de doenças foi introduzida pela Organização Mundial da Saúde e Médicos Sem Fronteiras, incluindo: (i) doenças

globais (ocorrem em todo o mundo); ii) doenças negligenciadas (prevalentes em países em desenvolvimento); e iii) doenças que são mais negligenciadas (exclusivas de países em desenvolvimento). Essa nova classificação busca destacar a importância de direcionar recursos e atenção para as doenças que afetam principalmente os países em desenvolvimento, onde muitas vezes há falta de acesso a serviços de saúde adequados. Além disso, visa incentivar a cooperação internacional para combater essas doenças e reduzir as desigualdades na saúde global.

É importante ressaltar que existem três condições que devem ser atendidas para que uma doença seja considerada negligenciada: a primeira é que a doença deve afetar injustamente as populações dos países em desenvolvimento. O segundo requisito é que novos produtos devem ser exigidos; ou seja, deve haver produtos de prevenção e tratamento ou os já existentes devem ser complementados por outros.

O requisito final é que deve haver escassez de mercado ou ausência de mercado comercial, para atrair pesquisas e desenvolvimento (P&D) do setor privado. Esses critérios são importantes para identificar doenças negligenciadas e direcionar recursos e esforços para seu combate. A falta de investimento em pesquisa e desenvolvimento para essas doenças pode levar a uma falta de opções de tratamento eficazes, afetando principalmente as populações mais vulneráveis nos países em desenvolvimento. Portanto, é fundamental que haja um reconhecimento dessas doenças como problemas de saúde pública global e que o governo se mobilize implementando políticas públicas eficazes. Essas políticas devem incluir a criação de programas de prevenção e controle, o fortalecimento dos sistemas de saúde e a promoção da colaboração internacional para compartilhamento de conhecimentos e recursos. Além disso, é necessário garantir o acesso equitativo aos medicamentos e tratamentos necessários, por meio da redução dos custos e da disponibilização em áreas remotas.

Somente assim será possível combater efetivamente as doenças e melhorar a qualidade de vida da população. É fundamental também investir em pesquisas científicas para o desenvolvimento de novas tecnologias e terapias inovadoras. Além disso, é importante promover a conscientização da população sobre a importância da prevenção e adoção de hábitos saudáveis, como uma alimentação balanceada e a prática regular de exercícios físicos.

A pesquisadora e Phd em ciências políticas Celina Souza (2006), em seu artigo Políticas públicas: uma revisão da literatura, aponta que “não existe uma definição única, melhor e nem mais acertada para conceituar políticas públicas”. Apresenta a definição de Mead (1995) que estabelece como uma parte dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Lynn (1980) define como um conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Existem diversas definições acerca do que vem a ser políticas públicas. Pode-se dizer que políticas públicas são a ação, reação e implementação do governo em relação a uma variável pendente de solução que se manifesta no mundo.

Essas ações podem envolver a criação de leis, programas e projetos para lidar com problemas sociais, econômicos ou ambientais. As políticas públicas são desenvolvidas com o objetivo de promover o bem-estar da sociedade e alcançar determinados resultados desejados.

A política social nasce como um fenômeno do capitalismo com a necessidade de tratar todas as camadas da sociedade com isonomia e pode interferir ou não em sua eventualidade nas relações sociais, positivamente ou negativamente, como Lobato (2004) expõe. Pereira (2011) afirma existir barreiras para conceituar política social pelo fato de concepções diferentes, todavia, afirma que sua definição não deve ser somente por critérios científicos, e sim, por preceitos éticos e cívicos, visto que os direitos sociais e as necessidades humanas são concretizados partindo destas premissas, sendo estas atendidas sob a perspectiva de cidadania.

Dessa forma, a política social não pode ser compreendida apenas como um conjunto de medidas técnicas e científicas, mas sim como um campo que envolve valores éticos e morais. A garantia dos direitos sociais e o atendimento das necessidades humanas devem ser fundamentados em princípios de cidadania, buscando promover uma sociedade mais justa e igualitária.

A questão social atinge um grande grupo de categoria de desigualdades sociais concebidas das relações sociais de produção oriundo da sociedade capitalista. Dessa forma, a questão social denota as desigualdades de classes que surgem nas adversidades de raça, etnia, gênero, nacionalidade, meio ambiente, entre outros. Nesse sentido, Iamamoto (2008) aponta:

A Questão Social expressa a subversão do humano, própria da sociedade capitalista contemporânea, que se materializa na naturalização das desigualdades sociais e na submissão das necessidades humanas ao poder

das coisas sociais – do capital dinheiro e de seu fetiche (IAMAMOTO, 2008, p. 125).

Essa subversão do humano é resultado de um sistema que prioriza o acúmulo de riquezas em detrimento do bem-estar e da dignidade das pessoas. A naturalização das desigualdades sociais perpetua a exclusão e a marginalização de grupos vulneráveis, tornando-se um desafio para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Assegura ainda que a expressão Questão Social, na sua mais alta acepção, está diretamente ligada com a precariedade na saúde, miséria, fome, mortalidade infantil e adulta, alcoolismo, condições de trabalho, prostituição, entre outros. Portanto, é imprescindível que haja políticas públicas para o combate das questões sociais na sociedade para que esta seja mais igualitária.

Diante deste quadro das questões sociais, têm-se os acometimentos de doenças que são diretamente associadas à pobreza. Dados do IMDS – Instituto Mobilidade e Desenvolvimento Social apontam que a pobreza no Brasil atingiu 47, 3 milhões de habitantes. O número é equivalente a 23.3% do total da população, sendo relevante mencionar as condições de localidade e social, além de que, em sua maioria, atinge aos grupos de negros, pardos, indígenas.

O IMDS Brasil é uma organização que se dedica a fornecer dados e informações atualizadas sobre a pobreza no país. Seu site oferece uma plataforma na qual é possível acessar os resultados mais recentes sobre o tema, permitindo uma análise mais precisa e embasada das condições socioeconômicas da população brasileira. É uma fonte confiável para pesquisadores, formuladores de políticas públicas e outros interessados.

O quadro de desigualdade socioeconômica no Brasil reflete o acometimento de doenças infecto-parasitárias endêmicas, causadas por diferentes agentes, bactérias, vírus, helmintos e protozoários, que são típicas de locais onde as condições sanitárias não são existentes ou são diminutas, moradias em condições precárias e a presença de vetores, afetando principalmente, as populações mais vulneráveis, como os moradores de áreas rurais e comunidades de baixa renda.

Além disso, a falta de acesso a serviços de saúde adequados e a educação sobre prevenção também contribuem para a propagação dessas doenças.

A DC juntamente com a Leishmaniose e Doença do sono formam o grupo das doenças extremamente negligenciadas, tendo o menor investimento ante todas as outras doenças negligenciadas, apesar dessas doenças acometerem mais de 500

milhões de pessoas no mundo, conforme relatório da G-Finder, organização internacional de estudo e pesquisas de doenças.

A realidade brasileira de desigualdade social e pobreza é um obstáculo ao desenvolvimento humano, e o “círculo vicioso” é um grande desafio a ser superado. Este ciclo vicioso compreende as desigualdades que levam à pobreza e à exclusão social, que afetam negativamente os meios de subsistência e as condições de saúde, exacerbam as desigualdades sociais dentro dos países e minam os bons esforços para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Cotta, 2001). O setor da saúde perpetua uma sucessão de acontecimentos no qual as doenças relacionadas à pobreza, de uma forma ou de outra, levam à exclusão socioeconômica e, finalmente, à pobreza persistente.

O não fomento à pesquisa e tratamento de doenças que afetam os mais pobres resulta em um grande desequilíbrio na saúde global, com as populações mais vulneráveis sendo abandonadas. Além disso, a falta de acesso a cuidados de saúde adequados e medicamentos essenciais agrava ainda mais essa desigualdade. Dos 1.393 novos produtos químicos vendidos no mundo entre 1975 e 1999, menos de 1% foi para doenças negligenciadas (Trouiller *et al.* 2002).

O boletim especial do Ministério da saúde (Brasil, 2020) enfatiza a relevância social da DC:

[...] a pessoa afetada por DC se encontra em situação de intensa vulnerabilidade social, com precária qualificação profissional e escolar, gerando estigma, preconceito e baixa qualidade de vida. A DC tem forte impacto na Previdência Social e nos Serviços do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), em estados de maior prevalência, atendem elevado número de pessoas afetadas por DCC que solicitam diversos tipos de benefícios. Um deles é o auxílio-doença que, entre 2007 a 2019, foi disponibilizado para cerca de 13.500 beneficiários, com uma média anual de aproximadamente 1.000 benefícios de auxílio-doença aos declarantes de doença de Chagas. Deve-se considerar, ainda, o fato de que a DC é um problema de saúde pública relevante em populações do campo e da floresta, povos e comunidades tradicionais: agricultores familiares, trabalhadores rurais, populações ribeirinhas, comunidades quilombolas e indígenas; povos que historicamente enfrentam situações de desigualdades, violência e violação de direitos.

Nunca tinha ouvido falar nada. Quando eu descobri, foi um choque [...] essa doença, Chagas [...] falaria que era um coração crescido e estava todo chagado como se fosse [...] na minha cabeça [...] como se fosse um abacaxi, deveria ser todo ferido, feridas dentro do coração, eu ia morrer e não ia durar. Dá problema no coração, no nervo, no intestino, refluxo no esôfago, coração crescido, barriga mais crescida, cansaço, muito cansaço e falta de ar (P01). [...] eu pensava que essa doença contamina o pessoal de casa, alguma pessoa de fora, por que o povo tem até medo de chegar perto de mim, pois pensava que pegava (P05). Não sabia o que a doença provocaria, não sabia os efeitos, não sabia [...] realmente, eu já tinha todos os sintomas e não sabia (P02).

Na clínica da família me falaram para vir na Fiocruz, o médico me falou que eu tinha esse problema, mas eu não sabia que esse problema era agravado, no entanto que não falei nem para minha família, vieram descobrir agora (P04).

Meus irmãos têm. Só que eu não sabia que dava no intestino, eu não sei nada sobre Chagas (P03).

Tenho um irmão com problema da DC e até então eu não sabia que tinha a DC (P06).

Os depoimentos mostram que o senso comum deve ser levado em conta no processo educativo. O senso comum favorece o conhecimento científico das dificuldades que emergem no dia a dia das pessoas. Os cientistas têm a responsabilidade de articular valores e conhecimentos com os quais enriqueçam o aprendizado, porque muitos aspectos do senso comum ainda não foram explorados pela ciência (Oliveira, Villamil, Gahona, Hernandez, Barriers, 2018).

Em última análise, a teoria de Sen sobre desenvolvimento como liberdade nos lembra que o verdadeiro desenvolvimento humano vai além do crescimento econômico e requer um compromisso com a igualdade, a participação e a sustentabilidade. Ao adotarmos essa visão de desenvolvimento, podemos criar sociedades mais saudáveis, justas e inclusivas, onde cada indivíduo tenha a oportunidade de obter maior qualidade de vida, englobando todos os direitos sociais de forma igualitária e plena.

Amartya Sen, prêmio Nobel de Economia em 1998, em seu livro “Desenvolvimento como Liberdade”, enfatiza a importância das liberdades humanas, incluindo a liberdade de ter uma boa saúde e acesso aos cuidados de saúde adequados. No entanto, muitas pessoas em todo o mundo não têm acesso a tratamentos adequados para doenças negligenciadas que afetam principalmente populações vulneráveis em países em desenvolvimento.

A abordagem de seu trabalho destaca os aspectos sociais e econômicos e a importância das liberdades humanas e a necessidade de garantir acesso aos cuidados adequados de saúde como um direito fundamental.

O autor desenvolveu uma teoria que coloca o desenvolvimento humano no centro do debate sobre a pobreza. Em vez de focar exclusivamente na falta de renda, Sen argumenta que a pobreza deve ser entendida como uma privação de capacidades básicas, incluindo saúde, educação e acesso à informação. A DC é uma doença endêmica em muitas áreas do Brasil, principalmente entre populações pobres e vulneráveis que não têm acesso a condições básicas de vida, como saneamento básico adequado e cuidados de saúde adequados.

Sua teoria é importante para entender a relação entre a pobreza e a DC no Brasil. A doença afeta principalmente as populações mais pobres, que vivem em condições precárias e têm acesso limitado aos cuidados de saúde. Além disso, a falta de saneamento básico e a presença de insetos que transmitem o parasita são comuns em áreas pobres e rurais do país.

Oferece uma perspectiva inovadora sobre o desenvolvimento, centrada na liberdade individual como sua pedra angular. Ele argumenta que o verdadeiro desenvolvimento não pode ser medido apenas por indicadores econômicos, mas deve ser avaliado em termos da capacidade das pessoas de viverem vidas que valorizam.

Ele defende uma abordagem holística para o desenvolvimento, reconhecendo que questões como saúde, educação, justiça e ambiente estão interconectadas e devem ser abordadas de maneira integrada. Essa perspectiva é refletida na agenda de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas, que enfatiza a interdependência entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Autores como Jeffrey Sachs, em "The Age of Sustainable Development", argumentam que alcançar os ODS requer uma abordagem multissetorial que envolva governos, sociedade civil, setor privado e comunidades locais. Essa abordagem integrada é fundamental para enfrentar desafios de saúde globais, como pandemias, mudanças climáticas e desigualdades na saúde.

Sen (1999, p.3) define desenvolvimento como a expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. Ele enfatiza que o desenvolvimento não é apenas um processo de aumento da renda, mas também envolve capacitar as pessoas a fazerem escolhas significativas em suas vidas. Destaca que a liberdade de escolha e a capacidade de agir de acordo com essas escolhas são essenciais para o desenvolvimento humano

Em sua teoria, o desenvolvimento não se resume apenas ao aumento da renda ou ao crescimento econômico de um país, mas sim à expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam. Ele argumenta que o verdadeiro desenvolvimento deve ser medido não apenas pelos indicadores econômicos tradicionais, mas também pela capacidade das pessoas de terem escolhas significativas e de agirem de acordo com essas escolhas em suas vidas.

O enfoque no desenvolvimento como expansão das liberdades reais é crucial para garantir que as políticas públicas e os programas de desenvolvimento sejam eficazes e abrangentes. Ao colocar a liberdade de escolha e a capacidade de agir como

elementos centrais do desenvolvimento, Sen destaca a importância de se criar condições que permitam às pessoas exercerem suas capacidades e alcançarem seu pleno potencial.

Uma das contribuições mais marcantes de seu estudo para a teoria do desenvolvimento é a ideia de que as liberdades reais, como acesso à educação, saúde, moradia, emprego digno e participação política, são essenciais para o desenvolvimento humano. Ele argumenta que a ampliação dessas liberdades não só melhora a qualidade de vida das pessoas, mas também promove um desenvolvimento mais sustentável e inclusivo.

Além disso, destaca a importância de se levar em consideração as desigualdades sociais, políticas e econômicas na avaliação do desenvolvimento de uma sociedade. Para ele, a desigualdade de oportunidades e de acesso a recursos essenciais pode resultar em um desenvolvimento desigual e injusto. Por isso, ele defende a necessidade de se adotar políticas e medidas que reduzam as disparidades e promovam a igualdade de direitos e oportunidades para todos.

Destaca que o desenvolvimento, como a expansão das liberdades reais, é fundamental para se alcançar um desenvolvimento humano sustentável e inclusivo. Ao enfatizar a importância da liberdade de escolha e da capacidade de agir, Sen nos convida a repensar nossos conceitos tradicionais de desenvolvimento e a considerar as dimensões sociais, políticas e humanas do progresso de uma sociedade. Portanto, suas ideias continuam sendo relevantes e inspiradoras para a formulação de políticas e programas de desenvolvimento em todo o mundo.

Sen (1999, p. 87) oferece insights valiosos para aprimorar as políticas de saúde no Brasil. Ele argumenta que o desenvolvimento não deve ser apenas sobre aumentar o acesso aos serviços de saúde, mas também sobre capacitar as pessoas a viverem vidas saudáveis e significativas. Isso requer uma abordagem mais ampla que leve em consideração não apenas os aspectos biomédicos da saúde, mas também os determinantes sociais, econômicos e ambientais.

O acesso aos serviços de saúde é um desafio importante não só no Brasil, mas em vários outros países. Muitas pessoas não têm acesso adequado a cuidados de saúde básicos, o que leva a um aumento da morbidade e mortalidade evitáveis. No entanto, apenas aumentar o acesso aos serviços de saúde não resolve completamente o problema da saúde pública. Sua proposição diz que é necessário também capacitar as pessoas a viverem vidas saudáveis, o que significa abordar não apenas

a doença, mas também os determinantes sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde de uma população.

Por exemplo, muitas pessoas no Brasil vivem em condições precárias de habitação, com acesso limitado a água limpa e saneamento básico. Essas condições de vida precárias têm um impacto significativo na saúde das pessoas, levando a um aumento de doenças infecciosas e outras condições relacionadas à pobreza. Para melhorar a saúde da população, argumenta que é essencial abordar esses determinantes sociais, econômicos e ambientais, além de simplesmente fornecer serviços de saúde.

Além disso, também destaca a importância de capacitar as pessoas a viverem vidas significativas. Isso significa não apenas tratar a doença, mas também garantir que as pessoas tenham acesso a oportunidades educacionais, empregos dignos e outros aspectos importantes para uma vida saudável e feliz. Ao adotar uma abordagem centrada na pessoa, as políticas de saúde podem ir além do simples tratamento da doença e abordar as necessidades holísticas das pessoas.

No Brasil, as políticas de saúde muitas vezes se concentram na expansão da cobertura dos serviços de saúde, o que é crucial para garantir o acesso universal. No entanto, Sen destaca a importância de considerar não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também os determinantes sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde de uma população. Ao adotar uma abordagem mais ampla, as políticas de saúde no Brasil podem se tornar mais eficazes e ajudar a melhorar a saúde e o bem-estar da população.

Embora o enfoque de Sen ofereça uma estrutura conceitual sólida para o desenvolvimento de políticas de saúde, sua implementação enfrenta uma série de desafios. Em muitos casos, os interesses políticos e econômicos podem entrar em conflito com os objetivos de promover a inclusão, equidade e participação. Além disso, mudanças estruturais profundas podem ser necessárias para abordar as desigualdades subjacentes que afetam a saúde da população (Navarro et al., 2006, p. 45).

No que tange às políticas de saúde, em sua teoria, Sen baseia-se em conceitos de inclusão, equidade e participação, visando garantir que todos os indivíduos tenham acesso a serviços de saúde de qualidade e que as desigualdades sejam reduzidas. No entanto, a implementação dessa abordagem enfrenta uma série de desafios, uma vez que os interesses políticos e econômicos podem entrar em conflito com os objetivos de promoção da saúde.

Em muitos casos, os governos podem priorizar a redução de custos e o aumento da eficiência na prestação de serviços de saúde em detrimento da equidade e da inclusão. Isso pode resultar em restrições orçamentárias, falta de investimentos em áreas prioritárias e desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Além disso, os interesses políticos muitas vezes influenciam as decisões sobre alocação de recursos, o que pode afetar diretamente a saúde da população mais vulnerável.

Para superar esses desafios, é necessário realizar mudanças estruturais profundas, que vão além da implementação de políticas de saúde pontuais. É fundamental abordar as desigualdades subjacentes que afetam a saúde da população, como a falta de acesso a serviços básicos, a pobreza e a exclusão social. Isso requer um compromisso político em longo prazo e ações integradas em diferentes áreas, como educação, habitação e emprego.

Ademais, é essencial garantir a participação ativa da sociedade civil e de comunidades locais no desenvolvimento e implementação de políticas de saúde. A inclusão de diferentes atores no processo de tomada de decisão pode contribuir para a identificação de necessidades específicas e para a construção de soluções mais eficazes e sustentáveis.

Um componente crucial das políticas de saúde baseadas na liberdade é a educação em saúde. Capacitar as pessoas com informações e habilidades para cuidar de sua própria saúde não apenas melhora os resultados de saúde individuais, mas também fortalece a capacidade das comunidades de advocacia e engajamento em questões de saúde pública (Glanz et al., 2008, p. 22).

A educação em saúde desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no bem-estar das pessoas. Ela fornece às pessoas o conhecimento necessário para fazer escolhas saudáveis, adotar hábitos de vida saudáveis e prevenir doenças. Quando as pessoas estão bem informadas sobre sua saúde, elas podem tomar decisões informadas sobre seu cuidado e tratamento, o que pode levar a melhores resultados de saúde.

Além disso, a educação em saúde não apenas beneficia os indivíduos, mas também fortalece as comunidades. Ao capacitar as pessoas com informações sobre saúde, elas se tornam defensoras de sua própria saúde e da saúde de suas comunidades. Elas podem se tornar agentes de mudança, defendendo políticas de saúde pública que beneficiam a todos e participando ativamente de iniciativas de saúde comunitária.

A importância da educação em saúde é amplamente reconhecida na literatura científica. Estudos têm demonstrado que programas educacionais em saúde são eficazes na prevenção de doenças, na promoção da saúde e no aumento do acesso aos cuidados de saúde.

O Brasil oferece um contexto rico para explorar as interações entre desenvolvimento como liberdade e políticas de saúde. Ao longo das últimas décadas, o país implementou uma série de programas inovadores de saúde pública, como o Programa de Saúde da Família e o Programa Bolsa Família, que buscaram abordar as necessidades de saúde das populações mais vulneráveis. No entanto, desafios persistentes, como a desigualdade de acesso aos serviços de saúde e a qualidade variável do atendimento, destacam a necessidade contínua de aprimoramento das políticas de saúde no país (Paim et al., 2011, p. 33).

Um dos principais desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro é a desigualdade de acesso aos serviços de saúde. Estudos demonstram que a distribuição desigual dos recursos de saúde no país resulta em disparidades significativas no acesso aos cuidados de saúde entre diferentes grupos populacionais. Isso contribui para a perpetuação das desigualdades sociais e de saúde no Brasil, tornando o acesso aos serviços de saúde um privilégio para alguns e uma barreira intransponível para outros.

Além disso, a qualidade variável do atendimento de saúde também é uma preocupação importante no Brasil. Embora tenham sido feitos esforços para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, ainda há muito a ser feito para garantir que todos os brasileiros recebam o atendimento de saúde de que precisam. A falta de infraestrutura adequada, a escassez de profissionais qualificados e a má gestão dos recursos são apenas alguns dos desafios que o sistema de saúde enfrenta, prejudicando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados.

Diante desses desafios, é fundamental que o Brasil continue aprimorando suas políticas de saúde para garantir o acesso equitativo e a qualidade dos serviços de saúde para todos os seus cidadãos. A ótica do desenvolvimento como liberdade, proposta por Sen, destaca a importância de garantir que as pessoas tenham as condições necessárias para exercer sua liberdade de escolha e agir de forma ativa em suas vidas. Nesse sentido, o acesso à saúde é fundamental, pois é uma condição básica para que as pessoas possam viver de forma saudável e realizar seu potencial pleno.

Os programas de saúde pública implementados no Brasil, como o Programa de Saúde da Família e o Programa Bolsa Família, representam importantes avanços na promoção da saúde e no combate à desigualdade. No entanto, é necessário continuar investindo em políticas que garantam o acesso universal aos serviços de saúde, promovam a equidade na distribuição de recursos e melhorem a qualidade do atendimento prestado. Somente assim o Brasil poderá avançar na construção de um sistema de saúde mais justo, eficiente e inclusivo, que atenda às necessidades de toda a sua população.

A abordagem de Amartya Sen sobre desenvolvimento como liberdade oferece uma visão poderosa para informar as políticas de saúde no Brasil e em todo o mundo. Ao centrar o desenvolvimento no fortalecimento das capacidades das pessoas e na expansão de suas liberdades reais, podemos criar sociedades mais saudáveis, justas e inclusivas. No entanto, para alcançar esse objetivo, é necessário um compromisso contínuo com a justiça social, a participação cidadã e a sustentabilidade ambiental, que são os pilares fundamentais do verdadeiro desenvolvimento humano (Sen, 1999, p. 203).

Ao centrar o desenvolvimento no empoderamento das pessoas, podemos criar sociedades mais saudáveis, justas e inclusivas. Isso significa garantir que todos tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, educação, moradia e emprego, bem como a oportunidade de participar ativamente das decisões que afetam suas vidas.

No contexto da saúde, essa abordagem significa ir além da simples melhoria dos indicadores de saúde, como a expectativa de vida ou a taxa de mortalidade infantil, e garantir que todas as pessoas tenham a capacidade de buscar uma vida saudável e plena. Isso inclui não apenas o acesso a cuidados de saúde de qualidade, mas também a educação sobre prevenção de doenças, condições de trabalho seguras e saudáveis, alimentação adequada e água potável.

Para alcançar esse objetivo, é necessário um compromisso contínuo com a justiça social, a participação cidadã e a sustentabilidade ambiental. A justiça social é fundamental para garantir que todos tenham acesso igualitário aos recursos necessários para uma vida saudável e digna. A participação cidadã é essencial para garantir que as políticas de saúde sejam formuladas de acordo com as necessidades e os interesses das pessoas que serão afetadas por elas. E a sustentabilidade ambiental é crucial para garantir que as gerações futuras tenham acesso aos recursos necessários para manter sua saúde e bem-estar.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS E O CAMPO DA AVALIAÇÃO

Neste segundo capítulo apresentaremos uma revisão da literatura na área de políticas públicas. O conhecimento teórico e histórico de um determinado campo do conhecimento é essencial para a sua prática, a fim de melhor compreender o seu desenvolvimento, trajetória e perspectivas. O capítulo começa explicando as políticas públicas, suas origens e dimensões conceituais. Esse tema continua sendo discutido no Brasil, principalmente nos últimos anos. É feita uma análise da avaliação de políticas públicas e uma revisão das diferentes definições apresentadas na literatura. Além disso, também introduz métodos de avaliação de políticas públicas, diferentes classificações de avaliação, momento da avaliação, papel do avaliador, critérios e estrutura de avaliação.

2.1 O campo das políticas públicas

Com o aumento da crise *Welfare State*, no final do século XX, o aprofundamento das dificuldades econômicas, sociais e políticas, travadas, em especial, a partir do final da década de 1970, juntamente com o início da nova administração pública, o Estado tem o seu papel questionado na qualidade de suas funções, bem como na sua eficácia de ações direcionadas ao bem-estar social. Concordando-se que a compreensão do êxito e do fracasso das políticas públicas é primordial para o melhor desempenho da administração pública, portanto, passa-se a algumas reflexões sobre “o Estado em ação” (Jobert & Muller, 1987).

Nesse sentido, é fundamental compreender o papel do Estado na promoção do bem-estar social e na implementação de políticas públicas que visem garantir uma distribuição mais justa de recursos e oportunidades. O sucesso ou fracasso dessas políticas públicas é crucial para o bom funcionamento da administração pública e para o alcance de melhores resultados em termos de desenvolvimento social.

É importante destacar que o Estado em ação deve ser pautado pela transparência, pela eficiência na gestão dos recursos públicos e pela capacidade de atender às demandas da sociedade de forma adequada. Aumentar a capacidade de resposta do Estado às necessidades da população, bem como aprimorar os mecanismos de avaliação e controle das políticas públicas, são desafios importantes a serem enfrentados.

Além disso, é necessário repensar o papel do Estado no contexto atual, considerando as transformações econômicas e sociais que têm ocorrido ao longo do tempo. A busca por novos modelos de gestão pública, que valorizem a participação cidadã, a inovação e a eficiência na entrega de serviços, é essencial para a construção de um Estado mais justo e eficaz.

Segundo Faria (2003), nos seus primórdios, a política pública era considerada quase exclusivamente *outputs* do sistema político, o que justifica o fato de o foco dos investigadores estar inicialmente nas questões dos *inputs*, ou seja, demanda e manifestação de interesses. Portanto, antes que a análise de políticas públicas fosse reconhecida como um subcampo da ciência política, a pesquisa concentrava-se nos processos de formação de políticas públicas, "o que parece refletir o status privilegiado que os processos decisórios sempre desfrutaram junto aos profissionais da área" (Faria, 2003:21).

Essa ênfase nos processos decisórios reflete o papel central que esses processos sempre tiveram na área de políticas públicas. Os profissionais desse campo tendiam a se concentrar nos mecanismos pelos quais as políticas eram formuladas e implementadas, com pouca atenção para as consequências ou resultados dessas políticas.

Com o tempo, no entanto, a análise de políticas públicas começou a se desenvolver como um campo de estudo independente, com um foco mais amplo que incluía não apenas os processos de formulação, mas também os resultados e impactos das políticas em questão. Isso levou a uma abordagem mais abrangente e holística da análise de políticas públicas, que considerava não apenas como as políticas eram feitas, mas também quais eram seus efeitos e como poderiam ser avaliadas e melhoradas.

Essa mudança de foco levou a um maior reconhecimento da importância de se considerar não apenas os inputs e processos envolvidos na formulação de políticas públicas, mas também os resultados e impactos dessas políticas na sociedade em geral. Isso ajudou a tornar a análise de políticas públicas um campo mais relevante e significativo dentro da ciência política, permitindo uma compreensão mais profunda e abrangente do funcionamento do sistema político e das implicações de suas decisões.

Frey (2000) argumenta que, nos Estados Unidos, a investigação sobre políticas públicas começou a desenvolver-se sob o nome de *policy science*, no início da década de 1950, enquanto na Europa, especialmente na Alemanha, o interesse

em áreas específicas de políticas cresceu a partir do ano de 1970. A unidade de análise passou então a ser a definição de políticas públicas, que se concentrou nos aspectos dinâmicos do *policy process* e nos diferentes atores, empresas públicas e não governamentais, que nele intervêm frequentemente (Faria, 2003). No Brasil, a pesquisa em políticas públicas é relativamente nova. Nestes estudos dispersos, a atenção centrou-se na análise de estruturas e instituições ou na caracterização de processos de negociação de políticas específicas.

Faria (2003), acredita que num mundo cada vez mais caracterizado por interconectividades assimétricas e incertas, existe atualmente uma variedade de abordagens, teorias e linhas analíticas emergentes que tentam permitir a diversificação de processos de formação de políticas públicas e de governação com implicações. Para melhor compreender a análise de políticas, Frey (2000) propôs certas categorias relevantes para literatura, concentrando-se no *policy cycle* (ciclo político).

As interconectividades assimétricas e incertas que caracterizam o mundo contemporâneo exigem abordagens de formação de políticas públicas que levem em consideração a complexidade e a diversidade de atores e interesses envolvidos. Isso significa que há uma necessidade crescente de se adotar abordagens flexíveis e adaptativas que permitam a incorporação de múltiplas perspectivas e a cooperação entre diferentes atores.

Nesse sentido, as teorias e linhas analíticas emergentes têm se concentrado em desenvolver novas ferramentas e metodologias para analisar e avaliar os processos de formação de políticas públicas e de governação. Essas abordagens buscam promover uma maior participação da sociedade civil, dos grupos marginalizados e das comunidades locais na definição e implementação de políticas públicas, buscando assim uma maior legitimidade e eficácia das decisões políticas.

Por outro lado, Frey (2000) propôs uma série de categorias relevantes para a literatura sobre análise de políticas, com foco no *policy cycle*. Segundo essa abordagem, a formação de políticas públicas passa por uma série de estágios sequenciais, que incluem o reconhecimento do problema, a formulação da política, a implementação das ações, o monitoramento e avaliação dos resultados, e o feedback para o ciclo de políticas.

A iniciativa pública pode ser dividida em diferentes etapas e subaspectos do processo de resolução de problemas políticos e administrativos que correspondem a

uma série de elementos do processo. Todos os setores propostos do ciclo político têm fases comuns para a formulação, implementação e monitorização dos impactos das políticas (Frey, 2000).

A iniciativa pública pode ser definida como o conjunto de ações e políticas empreendidas pelo governo para resolver problemas políticos e administrativos que afetam a sociedade como um todo. Esse processo pode ser dividido em diferentes etapas e subaspectos que correspondem a uma série de elementos que são essenciais para o sucesso da iniciativa.

Em primeiro lugar, a formulação das políticas públicas é uma etapa crucial da iniciativa pública. Nesta fase, os tomadores de decisão identificam os problemas que precisam ser resolvidos, definem os objetivos a serem alcançados e elaboram as estratégias e medidas necessárias para atingir esses objetivos. É importante que a formulação das políticas seja baseada em evidências sólidas e em consultas públicas para garantir que as soluções propostas sejam eficazes e adequadas às necessidades da sociedade.

Após a formulação das políticas, vem a etapa de implementação. Neste estágio, as ações e medidas delineadas nas políticas públicas são postas em prática. Isso pode envolver a alocação de recursos, a definição de responsabilidades e a coordenação de esforços entre os diferentes atores envolvidos na implementação das políticas. É essencial que haja um planejamento cuidadoso e uma supervisão adequada para garantir que as políticas sejam implementadas de forma eficiente e eficaz.

Por fim, a etapa de monitorização e avaliação é fundamental para avaliar o impacto das políticas públicas e fazer os ajustes necessários para melhorar sua eficácia. Nesta fase, são coletados dados relevantes, são realizadas avaliações objetivas e são feitas análises rigorosas para determinar se as políticas estão atingindo seus objetivos e se estão produzindo os resultados desejados. A monitorização e avaliação contínuas ajudam a identificar pontos fortes e fracos das políticas públicas e a promover a aprendizagem e a melhoria contínua do processo de tomada de decisão.

O campo de políticas públicas teve início a partir de quatro autores: Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton. Laswell, foi responsável por gerar conhecimento científico/acadêmico relacionado às atividades governamentais e iniciar o diálogo entre governos, partes interessadas e cientistas sociais. Celina Souza (2006, p. 24),

pesquisadora social, publicou em seu artigo algumas definições de política pública relevantes e merecem ser repetidas:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Desta forma, como visto, não há uma definição única ou ainda mais acertada, do que constitui política pública. As definições de políticas públicas, no entanto, normalmente dirigem o nosso olhar para o centro onde se desenvolvem os conflitos de interesses, preferências e ideais, ou seja, os governos. Apesar da escolha de diferentes abordagens, as definições de políticas públicas costumam adotar uma visão holística e multidisciplinar do assunto, levando em consideração indivíduos, instituições, interações, ideologias e interesses, embora existam diferenças na importância relativa desses fatores (Souza, 2006).

Esclarecedor dizer que a definição jurídica de política pública é um conceito teórico controverso no campo científico. Apesar da necessidade de unificar uma ferramenta conceitual que atenda aos operadores/estudiosos (as) dessas políticas sob diferentes perspectivas, Bucci (2013) alerta para a possibilidade desse conceito específico estar ausente em relação ao próprio conceito jurídico, ela afirma:

Embora estejamos raciocinando há algum tempo sobre a hipótese de um conceito de políticas públicas em direito, é plausível considerar que não haja um conceito jurídico de políticas públicas. Há apenas um conceito de que se servem os juristas (e os não juristas) como guia para o entendimento das políticas públicas e o trabalho nesse campo. Não há propriamente um conceito jurídico, uma vez que as categorias que estruturam o conceito são próprias ou da política ou da administração pública. (BUCCI, 2006, p. 47).

Nas políticas públicas, as diferenças entre os assuntos abordados podem ser analisadas utilizando abordagens estatísticas ou multivariadas. A primeira análise são as ações que partem dos atores estatais. Portanto, as políticas públicas só passam a existir quando são aplicadas por agentes governamentais. Em segundo lugar, a abordagem multivariada leva em conta não apenas os atores governamentais que desempenham um papel importante na criação de políticas públicas, mas também

organizações não-governamentais e privadas, organismos multilaterais e redes de políticas públicas que desempenham um papel importante neste contexto. Portanto, as políticas públicas são assim consideradas, a partir da qualidade do problema, isto é, se ele é ou não público, e não quem é o agente que protagoniza a ação (Secchi, 2016).

É importante ressaltar que, neste trabalho, a visão proposta pela abordagem estatística foi levada em consideração, pois o foco da análise foi a política formulada pelo próprio Estado. Além disso, entende-se que a atuação de outros atores, como o setor privado, pode criar um conceito prejudicial no setor saúde, pois pode evidenciar as desigualdades sociais no setor, visto que um indivíduo que apresenta uma situação econômica onde não consiga custear um plano de saúde corre risco de acesso deficitário a esses serviços. Portanto, como destaca Marmot (2015), é importante que a política pública com foco na saúde leve em conta o seu impacto nos determinantes sociais da desigualdade em saúde, seja universal e o principal ator na sua formulação seja o Estado, atributo que envolve uma abordagem estatística.

Ademais, somente as ações deliberadas do Estado são inseridas ao conceito de política pública, ou seja, uma possível negligência da ação estatal não é considerada política pública. Esta atitude é adotada porque, dados ambos os casos acima, seria difícil, ou quem sabe impossível, separar o efeito causal de uma política pública sobre uma determinada variável do seu curso natural, uma vez que tudo seria política pública, seja a implementação de um programa em um município ou a sua não implementação. E, por fim, entende-se que as políticas públicas podem fornecer tantas orientações de nível macro, como as provenientes da União, como também orientações de nível médio e operacional. Dessa forma, iniciativas oriundas dos municípios, regiões, estados, como também as normas originadas internamente em organizações, são relevantes. Assim sendo, o analista de políticas públicas define o nível da análise, e em cada nível, configurações institucionais distintas, assim como atores e interesses diferentes (Secchi, 2012). Neste trabalho, o estado foi escolhido como unidade de análise, pois a política do PNCDCh é implementada por essa unidade estadual.

Para uma melhor compreensão acerca do campo da análise de políticas públicas (*policy analysis*), faz-se necessário compreender os conceitos de *policy* (1), *politics* (2) e *polity* (3). Inicialmente, o primeiro (1) trata da própria política pública, ou seja, da composição, do conteúdo e das questões da política; O segundo (2) refere-

se à política, ou seja, uma atividade política que mostra a criação de debates sobre decisões sobre objetivos, decisões e distribuição de informações; (3) refere-se a uma sociedade política composta pela estrutura administrativa do sistema jurídico e do sistema político. Estas teorias permitem aos analistas analisarem a razão que uma política é estabelecida, os conflitos que a rodeiam, a direção da política e os atores nela envolvidos. É importante também mostrar a importância do monitoramento das instituições e grupos de interesse envolvidos na decisão e execução de políticas públicas (Frey, 2000).

Com base na avaliação de políticas públicas, focou-se na esfera em relação à *policy*, uma vez que o objetivo foi avaliar uma política pública. No entanto, embora a *politics* e a *polity* não sejam discutidas em detalhe neste estudo, é importante anotar que estas três estão interligadas e não podem ser separadas, sendo indissociáveis.

Autores, como Theodore Lowi, criaram diferentes tipos de discurso com o propósito de apresentar a situação relacionada às políticas públicas (*policy*) e as arenas políticas (*politics*) de onde elas viriam. Em vista disso, Lowi, que tem as definições consideradas como as mais influentes na literatura de políticas públicas, edifica aquela inerente à abordagem das arenas. Ele se refere a quatro tipos de políticas públicas, cada uma das quais corresponde à arena política (*politics*) que resulta a política (*policy*), em que surge com base nas expectativas dos agentes envolvidos. Sua concepção de política baseia-se na seguinte divisão:

1) políticas de distribuição: é uma política que cria benefícios para determinados grupos de atores e distribui custos entre a sociedade, por exemplo, gratuidade para determinado grupo de usuários de serviços públicos. 2) As políticas de redistribuição: são políticas que beneficiam alguns grupos de atores e impõem custos a outros grupos de atores (por exemplo, políticas educacionais nas universidades). 3) Políticas regulatórias: que estabelecem padrões de comportamento, serviços ou produtos para funcionários públicos e indivíduos, tais como leis de trânsito. 4) Políticas Constitutivas, sendo aquelas que determinam as regras sobre os poderes e as regras sobre as regras, um exemplo seriam as regras do sistema político-eleitoral (Knill; Tosun, 2008; Lowi, 2009; Secchi, 2012).

O autor Wilson possui outro tipo de discurso que tem bastante influência dentro da literatura de políticas públicas, no qual os custos e benefícios relacionados às políticas públicas (*policy*) são dispersos ou centralizados, tendo assim quatro combinações: 1) as políticas (*politics*) dominantes, quando os custos e benefícios de

uma política são compartilhados. Neste cenário, o governo pode não enfrentar críticas ou qualquer tipo de oposição. 2) Política de grupos de interesse, onde os custos e benefícios são centralizados. Neste cenário, o governo poderá enfrentar alguma oposição de grupos de interesse. 3) Política empreendedora focada em custos e benefícios dispersos. Neste tipo de política, os governos podem enfrentar pressão de grupos de interesses dominantes. 4) Políticas clientelistas, neste cenário, os custos dispersos e os benefícios são concentrados. (Knill; Tosun, 2008; Secchi, 2012).

Faz-se mister assinalar que, atentando para as duas tipologias aqui expostas, há possibilidade de traçar paralelos entre os dois estilos. A política de distribuição de Lowi é semelhante à política clientelista de Wilson; a política de redistribuição assemelha-se ao que Wilson denomina de política de grupos de interesses; finalizando, as políticas regulatórias de Lowi, são semelhantes às políticas tidas como empreendedoras. As políticas dominantes ou majoritárias e as constitucionais não refletem a mesma situação de correlações.

O estilo de escrita é uma forma de compreender o planejamento, a formulação e a implementação de diversas políticas públicas (*policies*) e sua relação com diversos programas políticos (*politics*) representados por atores, corporações, políticos, burocracias e coletivos e toda sociedade. Essa capacidade de compreensão dos processos relacionados às políticas públicas interessa às pesquisas aqui desenvolvidas porque a política de saúde (*policies*) é considerada como uma política governamental, abordando questões da agenda do governo e que abrange todas as áreas mencionadas acima (*policy, politics e polity*).

Dessa forma, ao medir a importância da avaliação das políticas públicas nesta situação, parece que ela é aplicada em todos os lugares. Porque neste processo as políticas públicas podem ser mantidas, reformadas e reformuladas. Portanto, na vigência de políticas públicas, a avaliação é um elemento importante que permite aos atores trabalharem a favor ou contra políticas específicas. Dessa forma, ao avaliar a aplicação do PNCDCh, buscou-se compreender o impacto dessa política pública no Estado do Rio de Janeiro, especialmente como atinge a saúde da população. Por fim, na seção seguinte, são apresentados os elementos de avaliação de políticas públicas. Esta seção é importante para medir a eficiência, a eficácia na consecução dos objetivos em grupos populacionais.

2.2 Avaliação das políticas públicas

Avaliar significa determinar o valor de algo, atribuir-lhe valor (Ferreira, 1999), e outras línguas, como o espanhol e o inglês, concordam na associação entre avaliação e atribuição de valor (Mokate, 2002; Garcia, 2001). Entretanto, Ala-Harja e Helgason (2000) alertaram inicialmente que não há consenso sobre o que seja avaliação de políticas públicas, pois o conceito reconhece a existência de múltiplas definições, algumas das quais são contraditórias. Este fato pode ser explicado precisamente porque o campo das políticas públicas está repleto de uma variedade de disciplinas, instituições e atores que cobrem diferentes questões, necessidades e pessoas.

Ala-Harja e Helgason (2000: 8) definem a avaliação em termos simples, concordando que “o conceito inclui a avaliação dos resultados do projeto e dos objetivos propostos”. Combinando contribuições de diferentes autores, Garcia (2001, p. 31) define avaliação:

Avaliação é uma operação na qual é julgado o valor de uma iniciativa organizacional, a partir de um quadro referencial ou padrão comparativo previamente definido. Pode ser considerada, também, como a operação de constatar a presença ou a quantidade de um valor desejado nos resultados de uma ação empreendida para obtê-lo, tendo como base um quadro referencial ou critérios de aceitabilidade pretendidos.

O Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) sublinha que o objetivo da avaliação é determinar a importância, o âmbito, a eficácia, a eficiência, o impacto e a sustentabilidade do desenvolvimento. A avaliação deve fornecer informações fiáveis e úteis, integrando a experiência no processo de tomada de decisão. A avaliação deve ser vista como um mecanismo para melhorar o processo de tomada de decisão para garantir melhores informações nas quais baseiam as decisões e para preparar melhores relatórios sobre políticas públicas (Ala-Harja; Helgason, 2000).

Thoenig (2000) afirma que o uso da avaliação é orientado para a ação e, portanto, sua principal tarefa é fornecer informações. Porém, Mokate (2002) alerta que algumas definições, inclusive as do comitê, não mantêm explicitamente o conceito de “valor” ou “dignidade” porque se concentram na verificação do cumprimento do plano e na análise do cumprimento dos objetivos, assumindo que o plano e os objetivos correspondentes são os mesmos, têm valores reconhecidos e aceites.

Embora as informações fornecidas pelas avaliações sejam muito úteis, raramente são utilizadas. No caso das reformas do setor público, não foram tomadas medidas para avaliar as reformas, observa Thoenig: “pode-se observar um relativo ceticismo em relação à avaliação, especialmente entre profissionais de reforma da administração pública conhecedores e experientes, alguns dos quais até demonstraram resistência à avaliação, o que parece comum aos seus governos” (Thoenig, 2000: 55).

As avaliações podem ser um “problema” para os atores governamentais e gestores de projetos, pois os resultados podem causar constrangimento público, podendo estas informações serem usadas pelo público e pela imprensa para criticar o governo com os resultados da avaliação. No caso das “boas notícias”, o governo pode utilizá-las para legitimar as suas próprias políticas, atingir objetivos políticos, etc.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia e o impacto da política de atenção básica do SUS, denominada PNCDCh, no controle da contaminação da DC no estado do Rio de Janeiro. Portanto, após examinar o alcance das políticas públicas, apresentaremos os aspectos relevantes da avaliação de políticas públicas.

Tem sido comum no campo das políticas públicas utilizar quadros analíticos específicos relacionados ao processo de elaboração de políticas com o propósito de promover a compreensão. Isso se chama “transição de políticas públicas” e representa uma estrutura hierárquica em que fica evidente a interdependência de cada parte. Sabendo que muitas variações deste modelo foram propostas, aqui está um modelo que apresenta sete etapas (Hill; Hupe, 2014; Secchi, 2012; Souza, 2006): 1) identificação de problemas, 2) planejamento, 3) planejamento de outras formas, 4) formulação de políticas, 5) implementação, 6) avaliação e 7) perda de políticas públicas.

Embora populares, é importante notar que as mudanças no ciclo das políticas públicas não refletem a política de uma política pública, pois podem ser expressas em diferentes ordens e organizações mais complexas (Hill; Hupe, 2014). No entanto, dado o âmbito deste trabalho, estes modelos são úteis para encontrar áreas focais, ou seja, as avaliações de impacto que são realizadas no final da implementação de uma intervenção específica. Portanto, aqui descreveremos apenas essa parte com o objetivo de compreender apenas o tema da pesquisa.

É possível indicar determinados aspectos relacionados à avaliação que podem ocorrer antes, durante ou depois da execução de um programa. Em primeiro lugar, considerando os elevados custos que estas medidas exigem, isso é muito raro de ocorrer na realidade brasileira. A segunda e a terceira, frequentemente vistas, respectivamente, consistem em observar os efeitos das políticas públicas após a sua aplicação e monitorar o processo de efetivação de uma determinada política que visa à melhoria ou ao seu ajustamento (Costa; Castanhar, 2003).

Neste trabalho consideramos apenas o segundo tipo de avaliação, ou seja, a avaliação que ocorre após a implementação. Nesse sentido, a avaliação das políticas públicas é a determinação dos resultados alcançados ou não alcançados em relação aos objetivos estabelecidos. Portanto, este exercício compara dois períodos, antes e depois da intervenção, para observar se a política alcançou os resultados esperados. No entanto, para os fins deste estudo, é importante enfatizar que mesmo que os resultados atendam às expectativas, a natureza desse resultado não significa, necessariamente, que tal programa seja resultado da execução da política pública. Portanto, no processo de avaliação, é importante considerar cuidadosamente as variáveis passíveis de serem modificadas para compreender plenamente os resultados das políticas públicas (Cano, 2006).

No processo de avaliação são considerados determinados critérios que têm o poder de influenciar a decisão do analista sobre o desempenho de uma política. Refere-se ao nível econômico de utilização dos recursos (*inputs*); a eficácia refere-se ao nível de cumprimento dos objetivos das políticas públicas no passado; e a eficiência econômica refere-se à relação entre os recursos utilizados (*inputs*) e o produto (*outputs*) (Secchi, 2016).

Neste estudo, em que a avaliação é designada como “avaliação de impacto”, é essencial combinar a informação anterior e posterior sobre a política, tendo em conta o contexto em que é aplicada, com objetivo, e, aferir o alcance do programa (subsequente) usando as previsões (anteriormente). Em outras palavras, esta apresenta como critério de julgamento a verificação da existência de um nexo causal entre os resultados da política e as modificações sociais da população (Ramos; Schabbach, 2012). Portanto, este estudo avaliou o quanto o PNCDPC está relacionado a um aspecto de realidade, ou seja, o acesso e a qualidade da atenção básica de saúde.

É importante destacar que a medição desses critérios seja gerida através de indicadores (*proxies*) concebidos para avaliação de inputs, relacionados, por exemplo, com custos financeiros e recursos humanos utilizados; de *output*, representam os resultados de serviços e produtos; e de *outcomes*, ou seja, os resultados relacionados ao impacto das políticas públicas no público-alvo da ação (Secchi, 2016). A definição do indicador refere-se ao método quantitativo e qualitativo e ao método social utilizado para substituir, medir ou controlar conceitos sociais abstratos com o objetivo de introduzir a teoria das estruturas, como na pesquisa acadêmica ou programática, como acontece com o desenvolvimento de políticas públicas. Portanto, é um recurso metodológico relacionado à realidade, permitindo abarcar algum aspecto desta, ou mudanças que estão incidindo sobre ela (Jannuzzi, 2012).

Finalmente, no campo da avaliação de políticas públicas, os parâmetros são destacados para garantir a comparação dos dados inseridos pelos indicadores durante o processo de avaliação de políticas. Os parâmetros são configurados de três formas: padrões absolutos estabelecem objetivos quantitativos ou qualitativos antes da implementação de políticas públicas; padrões históricos, que são estabelecidos com base em exemplos de políticas públicas anteriores, de forma a realizar comparativo de melhora ou piora de tal política; e padrões normativos, sendo as metas qualitativas ou quantitativas estabelecidas a partir de um padrão ideal (Secchi, 2016). Os dados encontrados referem-se a um padrão histórico de referência comparativa, sendo esses dados observados em seu contexto histórico a fim de analisar a eficácia ou não do PNCDCh.

Por fim, segundo Secchi (2016), o processo de avaliação tem vários resultados. Os resultados desse processo podem levar à continuidade das políticas públicas, à reconfiguração de aspectos importantes da política, até a sua extinção. Nesse sentido, este estudo, que tem como objetivo analisar a política PNCDCh, buscou oportunizar e contribuir com o compartilhamento de informações para subsidiar as decisões dos atores relacionados a esta política.

2.3 Análise de Redes de Políticas Públicas

A Teoria de Análise de Políticas Públicas com base nas redes de políticas públicas, conforme descrita por Rhodes (2006), enfatiza a importância da distribuição de poder e das interações entre as redes de políticas para entender o processo de

formulação e implementação de políticas públicas. De acordo com essa abordagem, a forma como o poder é distribuído entre os atores envolvidos e as modalidades de interação entre eles desempenham um papel crucial na determinação do resultado final das políticas.

Rhodes argumenta que a distribuição de poder dentro das redes de políticas públicas influencia diretamente a capacidade dos atores de influenciar o processo de tomada de decisão e moldar o conteúdo das políticas. Aqueles que detêm mais poder podem impor suas preferências e interesses, enquanto aqueles com menos poder podem ter dificuldade em fazer valer suas opiniões. Além disso, as interações entre os atores dentro das redes também são fundamentais para o sucesso ou fracasso de uma determinada política, pois determinam a capacidade de coordenar ações e alcançar consensos.

É importante ressaltar que as mudanças nas políticas públicas frequentemente resultam de fatores externos às redes de políticas existentes. Em muitos casos, as coalizões de defesa e os grupos de interesse dentro das redes acreditam que as mudanças significativas só são possíveis se forem pressionadas ou induzidas por forças externas, como mudanças na opinião pública, pressões internacionais ou crises políticas. Essa percepção cria um ambiente de aprendizado dentro das redes de políticas, onde os atores aprendem a se adaptar e responder a essas mudanças externas para garantir a relevância e eficácia de suas ações.

Entretanto, as mudanças que ocorrem nas coalizões de defesa, geralmente são de natureza externa. Isso significa que os grupos formados por diferentes organizações e entidades têm a crença de que qualquer alteração significativa virá de fora da estrutura existente. Essa ideia reflete um processo de aprendizado contínuo dentro dessas coalizões (Madeira et al., 2020).

Quando se fala em coalizões de defesa, refere-se a grupos de interesse que se unem para promover uma causa comum, defendendo seus interesses e buscando influenciar decisões políticas. Essas coalizões geralmente compartilham crenças, valores e objetivos semelhantes, o que as torna mais fortes e eficazes na defesa de suas causas.

No entanto, as mudanças dentro das coalizões de defesa não ocorrem apenas de forma interna, ou seja, não são resultado apenas de processos internos de negociação e tomada de decisão. Muitas vezes, as mudanças vêm de fora da coalizão, sejam elas decorrentes de pressões externas, como mudanças políticas, econômicas

ou sociais, ou de novas informações e conhecimentos que impactam a forma como a causa é defendida.

Essas mudanças externas podem exigir uma adaptação por parte das coalizões de defesa, que precisam estar atentas às novas demandas e desafios que surgem. Isso requer um processo de aprendizado contínuo, no qual as organizações e entidades envolvidas na coalizão precisam estar abertas a novas ideias, perspectivas e formas de atuação.

Analisando a questão das coalizões e redes, Schneider (2005, p. 38) destaca que variada literatura sobre as políticas públicas em redes já foram produzidas e que generalizações podem ser feitas sobre o tema:

1. O denominador mais comum de todas as análises de redes de políticas públicas é que a formulação de políticas públicas não é mais atribuída somente à ação do Estado enquanto ator singular e monolítico, mas resulta da interação de muitos atores distintos. A própria esfera estatal é entendida como um sistema de múltiplos atores.
2. Na formulação e implementação de políticas públicas, além de muitos atores públicos, estão envolvidos atores privados de distintos setores sociais e áreas.
3. O próprio conceito de rede se refere a vínculos diretos e indiretos relativamente duradouros, através dos quais os atores envolvidos estão integrados na formulação de políticas públicas.
4. Embora muitos atores estejam envolvidos direta e indiretamente na produção de políticas, existe entre eles diferença de poder e influência.
5. Posições de poder e influência não são determinadas somente através de status político-institucional formal, mas também por meio de vínculos informais (por exemplo, comunicação, intercâmbio de recursos, interação estratégica). (grifos nossos).

Lazer (2011, apud MADEIRA et al., 2020) ressalta a importância de uma análise completa da realidade social devido à sua complexidade. O autor argumenta que entender como as informações circulam entre os indivíduos que formam uma rede, como essas relações influenciam os comportamentos individuais e como a posição de um indivíduo na rede afeta o controle sobre as relações e dinâmicas políticas é essencial para uma compreensão mais profunda da sociedade.

Quando olhamos para a sociedade como um todo, podemos ver que as relações sociais desempenham um papel fundamental na forma como as pessoas se comportam e interagem umas com as outras. Os grupos sociais, as redes de relações e as hierarquias de poder moldam as experiências individuais e coletivas dos membros da sociedade.

A abordagem da análise das políticas públicas a partir do estudo das redes de atores tem se mostrado cada vez mais relevante no cenário acadêmico e político, uma

vez que as relações entre os diversos atores envolvidos no processo político têm um impacto significativo sobre a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.

Segundo Frey, Penna e Czajkowski Júnior (2005) e Marques (2019), as relações entre os atores políticos podem influenciar de diversas formas as decisões políticas, desde a formação de coalizões e alianças até a troca de informações e recursos. Por meio das redes de atores, é possível compreender melhor os interesses, poderes e influências que permeiam o ambiente político e que moldam as decisões tomadas pelos governantes.

Além disso, as relações entre os atores políticos podem impactar diretamente na eficácia das políticas públicas, uma vez que as alianças e parcerias estabelecidas entre eles podem facilitar ou dificultar a implementação de determinadas medidas. Por exemplo, a falta de colaboração entre os atores políticos pode levar a impasses e conflitos que prejudicam a efetividade das políticas públicas.

A análise das redes de políticas públicas é fundamental para compreendermos os mecanismos que influenciam a mudança política em uma sociedade. A coesão das redes existentes desempenha um papel crucial nesse processo, pois determina a eficácia e a velocidade com que as transformações políticas são implementadas.

Uma reflexão importante que podemos fazer a partir dessa análise é que a política não muda com maior velocidade justamente pela falta de coesão das redes existentes. Quando as coalizões políticas não são coesas o suficiente, as transformações políticas tornam-se mais difíceis de serem alcançadas, uma vez que as divergências e interesses conflitantes dentro da rede impedem a adoção de medidas efetivas.

A teoria da análise das redes de políticas públicas nos mostra que a mudança política é mais fácil de ser alcançada quando a coalizão existente na rede é coesa. Isso significa que a força e a eficácia das mudanças políticas estão diretamente relacionadas à coesão e ao consenso dos atores políticos envolvidos. Quanto mais coesa for a rede, mais significativa e eficaz será a mudança proposta.

Portanto, para promover mudanças políticas efetivas e significativas, é essencial fortalecer a coesão das redes existentes, garantindo a participação ativa e colaborativa de todos os atores políticos envolvidos. Somente por meio da coesão e do consenso será possível superar os desafios e obstáculos que impedem a implementação de políticas públicas transformadoras.

2.4 Políticas Públicas no Brasil

Melo (1998) acredita que a construção histórica da agenda de políticas públicas no Brasil pode ser dividida em várias etapas. Contudo, esta não é uma descrição detalhada de cada etapa, mas uma descrição geral dos últimos anos e seus acontecimentos importantes. A análise das políticas públicas cresceu na década de 1980, alavancada pela democratização. Essa expansão pode ser explicada por três motivos. Em primeiro lugar, pelas mudanças na agenda pública. Na década de 1970, a agenda pública girava em torno da questão do modelo de desenvolvimento do Brasil, e a discussão limitava-se aos efeitos distributivos da ação governamental e aos tipos de racionalidade que impulsionavam o programa conservador de modernização do regime autoritário. As questões dos arranjos institucionais estão no centro da agenda: descentralização, participação, transparência e combinação entre o setor público e privado. À medida que a agenda mudou, a concepção sobre política municipal e descentralização foi redescoberta.

Em segundo lugar, ajudou a fortalecer a investigação política, demonstrando que as barreiras a uma política social eficaz permanecem apesar do fim do mandato. A decepção e a frustração com o Estado levaram a uma maior necessidade de melhores práticas de serviço público.

Em seguimento, a difusão global de ideais de reforma nacional e de organizações governamentais tornou-se a força motriz por trás das políticas públicas nas décadas de 1980 e 1990, levando à difusão da investigação sobre políticas públicas. A questão dos requisitos administrativos tornou-se central para a agenda.

... a eficácia das políticas e programas baseados no estudo dos métodos e da qualidade da intervenção pública na economia e na sociedade e ampliando um programa de pesquisa de caráter empírico sobre questões relativas à eficiência de políticas e programas (Melo, 1998).

De outra forma, se o deslumbramento pelo social brasileiro era o Estado, na década de 90, essa relação começou a mudar em direção à sociedade civil. De fato, nos últimos anos houve um aumento nas pesquisas sobre políticas públicas no Brasil (Arretche, 2003; Souza, 2003). Segundo o autor, tem havido um aumento de trabalhos e artigos sobre temas relacionados às políticas governamentais. As disciplinas de políticas públicas foram integradas aos programas de graduação e pós-graduação. Vários estudos focados nesta área têm sido desenvolvidos. Foram criadas agências

de financiamento de pesquisa, bem como foram estabelecidas linhas de financiamento especiais.

Arretche afirmou, com base em Melo, que o campo das políticas públicas brasileiras é caracterizado por uma baixa capacidade de acumulação de conhecimento devido à difusão horizontal de estudos de caso e à falta de pesquisas. Souza diz que este é o primeiro problema que a área deve superar. Felizmente, soluções já começam a avançar por meio da criação de fóruns específicos de políticas públicas nas áreas acadêmicas e com a informatização de periódicos nacionais e internacionais. “Esses fóruns e instrumentos nos permitem compreender melhor e mais rapidamente as descobertas de nossos pares, mesmo que não exista um periódico específico que abrigue as produções da área” (Souza, 2003, p. 16).

Reis (2003) enfatiza que a política pública não evita a necessidade da utilidade social, ou seja, mesmo que assuma posições críticas, o faz apostando na possibilidade de tomar medidas alternativas. Portanto, poucas dúvidas existem sobre o propósito da análise de políticas públicas. O objetivo do “Estado em ação” é estudar os programas governamentais, as suas emergências, os seus mecanismos de funcionamento e o seu potencial de impacto no sistema social e econômico (Arretche, 2003).

Sendo uma ampla subárea, surge outra adversidade, como aponta Souza (2003) e Melo (1998): segundo os autores, isso ocorre porque o estudo, pelo menos, consiste na identificação de problemas que pode ou não se tornar uma política (*agenda setting*), na análise da formulação, gestão, legitimação, implementação e avaliação da política. Essencialmente multidisciplinar, são a razão pelo qual as pesquisas percorrem variadas áreas do conhecimento, portanto, “em síntese, o problema do crescimento horizontal excessivo e falta de fortalecimento vertical decorre do crescimento da própria disciplina no Brasil, pois ela assumiu uma formatação que gira em torno de áreas temáticas do que grupo de pesquisa.” (Souza, 2003: 16).

Souza (2003), apoiando-se também em Melo (1998), apresenta um terceiro problema relacionado à proximidade das políticas públicas: a burocracia governamental provém de atividades formais e obrigatórias, e os órgãos governamentais podem determinar a agenda de pesquisa acadêmica. Essa assertiva é válida também para organismos multilaterais. Arretche (2003:8-9) afirma que os

projetos de pesquisa do Brasil estão em grande parte subordinados à agenda política do país:

O conteúdo da produção acadêmica (teses, artigos e pesquisas) tem sido, em boa medida, a avaliação dos resultados alcançados pelas políticas em voga ou a atualização da informação existente sobre programas já consolidados. Na verdade, a subordinação da agenda de pesquisa à agenda política é potencialmente maior na área de políticas públicas do que em outras áreas do conhecimento [...].

Além da baixa capacidade de acumulação de conhecimento (Melo,1999), Arretche (2003) e Souza (2003) sinalizam que a metodologia de investigação recebe pouca atenção nos debates nesta área de pesquisa. Nas palavras de Souza (2003:17), “a área ainda apresenta um uso excessivo de narrativas pouco pautadas por modelos ou tipologias de políticas públicas, por teorias próximas do objeto de análise e que mantêm uma leveza metodológica exagerada”.

No que concerne os estudos brasileiros, Souza (2003:17) diz que urge superar a atual geração de estudos, que foca as deficiências, dando menos atenção às questões de implementação de políticas públicas, e a capacidade de pensar que a criação e implementação de políticas públicas que são processos direto, sistemático e desvinculado dos processos políticos.

Essa nova geração de pesquisa deve se concentrar no desenvolvimento de métodos analíticos e na identificação de variáveis que influenciam. Isso significa superar a dicotomia dos estudos em se analisar sucessos ou fracassos para um estágio no qual se enfatize o melhor entendimento dos próprios resultados (Souza, 2003).

Segundo Carvalho (2015), se considerarmos um sistema de políticas públicas como um processo de mudança, as políticas públicas dadas por associação não podem ser construídas como uma série linear de etapas:

A abordagem que melhor expressa o quadro real das políticas públicas é a que a considera um processo contínuo de decisões que, se de um lado pode contribuir para ajustar e melhor adequar as ações ao seu objeto, de outro, pode alterar substancialmente uma política pública.

Souza (2003) conclui sua revisão da atual fase do sistema de políticas públicas brasileiro, observando que há uma riqueza de pesquisas sobre políticas públicas nacionais e locais, mas pouco é sabido sobre as principais políticas públicas

na esfera estadual, exemplificando, as diferenças marcantes nas políticas formuladas e/ou implantadas pelos governos estaduais.

2.4.1 Avaliação das políticas públicas na saúde

Para compreender as políticas públicas de saúde, deve-se analisar o sistema que ela foi implantada. O Sistema único de Saúde (SUS) tem seus princípios e diretrizes determinados na Constituição Federal (Brasil, 1988) e na Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990), determinando que a gerência do SUS seja baseada na divisão de competências entre a União, Estados e Municípios (MS, 2020).

A saúde pública no Brasil é uma situação desafiadora para gestores, especialistas e diversos atores envolvidos na avaliação. Dado que estes sistemas, redes de serviços, relações políticas, econômicas, instituições, seus princípios e leis apresentam situações complexas, é necessário um grande esforço para compreender os seus vários aspectos. Nesse contexto, vemos na literatura muitos conceitos relacionados a esse processo avaliativo, e em geral esses comentários têm uma coisa em comum: qual a importância do processo avaliativo? Esta é uma importante ferramenta de tomada de decisão. Além disso, seu trabalho vai além dos simples aspectos de avaliação, é um processo de aprendizagem e melhoria da gestão do setor saúde (Lima, 2016).

Diversos projetos têm sido realizados para avaliar continuamente a qualidade e a efetividade do trabalho realizado na atenção à saúde. Porém, foi somente em 2011 que o MS propôs o PNCDCh, política avaliada neste estudo, com o objetivo de favorecer a ampliação do acesso e melhorar a qualidade do serviço de saúde no combate à DC. O programa iniciou uma nova sistemática em relação aos processos de avaliação na área de saúde, mostrando-os em caráter universal e rotineiro, avaliando o desempenho dos atores envolvidos, subsidiando apoio financeiro impulsionando melhores resultados na atenção à saúde da população. (Cavalcanti et al., 2016b).

Portanto, levando-se em consideração as questões de pesquisa deste estudo, observa-se que a avaliação de impacto do PNCDCh teve como objetivo analisar a eficácia no controle da DC no estado do Rio de Janeiro sob uma perspectiva diversa daquela dos estudos relativos à saúde da população, mas sim, analisar sua

efetividade sob a ótica da avaliação de políticas públicas. Os principais indicadores são os relatórios fornecidos pelas unidades de atendimento às pessoas acometidas por DC e divulgados pelo MS, evidenciando as diversas formas de contágio que acometem os indivíduos. As altas taxas de atendimento evidenciam que podem indicar problemas significativos relacionados a falhas na implementação e/ou na execução do PNCDCh. Alfradique (et al. 2009) explica que altas taxas de ICSAB estão associadas à falta de prestação de serviços e/ou à má resolução dos cuidados primários para problemas específicos de saúde.

Visto isso, a avaliação no setor de saúde é um campo complexo e diverso, com muitos aspectos que precisam ser levados em conta para tomar decisões eficazes sobre a ação de determinada política. Nesse sentido, este estudo, e outros estudos que utilizaram dados coletados no processo de avaliação de um programa de política pública de saúde (Araújo, 2015; Cavalcanti et al., 2016a; Neves et al., 2014), propiciam conhecer a realidade do sistema de proteção social no país.

É uma importante ferramenta para a melhoria do SUS, uma base para a tomada de decisões e um método que contribui para o seu desenvolvimento.

Por fim, este item apresenta aspectos relacionados às políticas públicas, à avaliação das políticas públicas e à sua importância no campo da saúde. Para relacionar essas questões com a situação socioeconômica do Brasil, o próximo item apresenta a história do sistema de seguridade social brasileira.

2.4.2 O sistema de proteção social do Brasil

Com o objetivo de analisar o sistema de seguridade social do Brasil, especialmente nas áreas relacionadas à saúde, esta seção procurou examinar, sob dois entendimentos, o resultado do Sistema Integrado de Saúde (SUS): no primeiro, observou de forma concisa o processo de criação da assistência à saúde no Brasil até os dias atuais; no segundo, focou nas condições institucionais que permitiram a integração do SUS ao sistema de governo brasileiro. As duas visões foram apresentadas de forma sucinta e, como estavam interligadas, não há uma separação real entre uma área e outra. O motivo da escolha desta estratégia de apresentação é revelar os motivos da aprovação e organização do SUS, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, permitindo identificar e compreender os princípios

básicos pelos quais este sistema funciona e os métodos e procedimentos para tornar isso possível.

Segundo estudos (Fleury, 2006), o termo “federalismo” não possui um consenso em seu significado, todavia, inclui a autonomia da vontade e as necessidades de pequenos grupos como as cidades e a concepção positiva de democracia; estabelece unidade e diversidade, tendo a pretensão de contribuir para a coexistência de diferentes tipos de políticas (culturas, línguas, raças e regiões) moldando-se em instituições específicas.

O governo brasileiro mostrou muitos aspectos desde a Declaração da República Federativa de 1889, apresentando um modelo de governo orientado para a integração nacional e, em outros casos, um modelo dedutivo que visa levar em conta as condições locais e fornecer autonomia. As oscilações pendulares citadas por Linhares et al. (2012), parecem ainda não ter alcançado uma posição definitiva devido à quantidade de interesses diversos em torno de preferências, escolhas e percepções.

Para incorporar as engrenagens do federalismo brasileiro, desde a Constituição Federal de 1988, é necessário evitar generalizações e observar as condições que afetam a natureza de cada política pública entre as organizações governamentais. Nesse sentido, é importante focar no objeto analítico deste estudo é examinar como a política de saúde, que integra a seguridade social, é aplicada partindo deste quadro federativo.

Historicamente, a saúde era caracterizada por (Lima et al., 2005, p.27) “ações verticalizadas; centralização do governo federal, importância do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e setorização, sendo este último termo referente a separação histórica entre saúde pública e assistência médica previdenciária”. Posto isso, há muitos aspectos da saúde no Brasil, analisar as informações é imprescindível para entender como a saúde mudou ao longo dos anos, até atingir o atual modelo de Sistema Único de Saúde, exemplo mundial de assistência de saúde universal.

A saúde foi reconhecida pela Primeira República como um problema que exigia soluções em todo o país. Desta forma, as políticas neste setor que seriam implementadas naquele período, indicam o envolvimento do Estado na sociedade e em todo território nacional. As políticas sociais instituídas pela Constituição de 1891, estabeleceram que os governos estaduais seriam responsáveis pela saúde, saneamento e educação, entretanto, a assistência médica somente foi legalizada após a aprovação da Lei Eloi Chaves em 1923, garantindo assistência somente para

grupos específicos, ou seja, para aqueles que contribuíram, em especial os servidores públicos. Antes disso, diferentes tipos de trabalhadores organizavam-se em associações que visavam ajudar-se mutuamente para atender às necessidades relacionadas à incapacidade, à doença e à morte (Lima et al., 2005).

Nesta época, os sanitaristas enfrentaram grandes desafios na estrutura social de um país predominantemente rural, onde mais da metade da população não era alfabetizada. Dessa forma, estabeleceram políticas de saúde e saneamento afirmando que estas políticas seriam mais eficazes se o governo federal tivesse participação mais contundente e com maior autoridade. Segundo a autora Lima (Lima et al., 2005), o movimento sanitarista da época, formado por médicos sanitaristas, apresentou como foco inicial de ação os principais portos e centro urbanos como eixo de seus primeiros esforços. Entretanto, a partir da década de 1910, passou então a participar de um programa de higiene rural denominado "saneamento dos sertões". O esforço e a grande atuação desse grupo foi converter a saúde numa questão política que está ligada a um grande obstáculo que o país deve enfrentar para alcançar uma sociedade mais civilizada. Desta forma, esse fato foi determinante para a efetiva atuação do Estado no sentido de ampliar sua autoridade no território brasileiro, concedendo financiamento para a área de política em saúde pública fosse formada, sendo este fato concretizado em 1930.

Nesse período, relevantes mudanças ocorreram no setor saúde, especialmente nos campos de gestão, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Diante disso, as ações públicas de saúde foram divididas entre o MESP e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Esta divisão, segundo Lima et al. (2005, pp. 41), representou "muito mais do que uma simples divisão e especificação de funções", e sim "um formato diferenciado e reconhecimento de direitos sociais". Isto porque o MTIC é responsável por prestar apoio médico individual previdenciário, sendo depois um dos principais pontos de referência para a prestação de serviços públicos de saúde. Abrangendo os trabalhadores que participavam no mercado formal, apoiados por princípios corporativos que ditavam quem poderia ser reconhecido como cidadão.

Além da educação, o MESP também é responsável pela saúde pública. Isso significa que ambos os ministérios concorrem com ações de cuidados à saúde. Desta forma, indivíduos qualificados como "pré-cidadãos", termo definido por Lima et al. (2005, p. 41), os pobres, os desempregados e os que realizam trabalho informal, ou

seja, todos aqueles que não têm direito aos serviços prestados pelos institutos previdenciários, trabalhadores formais, são recepcionados por esse ente no que tange a assistência à saúde. Estas diferenças nos direitos sociais vinculam os trabalhadores urbanos ao atendimento da assistência médica previdenciária, enquanto as populações rurais e os pré-cidadãos estão sujeitos às ações de saúde pública.

A partir de 1964, durante a era militar, os benefícios sociais centraram-se na educação e na saúde, especialmente para a classe média que se consolidava no país. Destas políticas, grande parte da massa trabalhadora, tanto do campo quanto das cidades, foram excluídas (Gomes, 2016). Passado esse período, antes que o sistema oficial não fosse mais mantido, teve início a campanha das "Diretas Já" em 1984, que levou à promulgação da Constituição Federal de 1988, que ainda hoje vigora, e às eleições presidenciais de 1989. O federalismo, nesta ocasião, sofreu amplas transformações, sendo alterada a relação histórica entre União, Estados e Municípios (Linhares et al., 2012).

Os entes da Federação brasileira, nesse novo período, passaram a se organizar em um conjunto de arenas, nos aspectos econômicos, para a negociação, coordenação e produção de políticas e serviços públicos, horizontal, vertical e setorial em todos os níveis de governo ou área de atuação pública (Linhares et al., 2012). As ideias desse novo regime apontavam para a divisão de forças entre os entes federados, ao nível da hierarquia entre as competências concorrentes e da combinação e incentivos das competências comuns.

A elaboração da Constituição Federal de 1988 foi marcada pela descentralização e pela frequente associação desses traços ao sucesso democrático. Isso ocorre porque garante a expressão e autonomia das opiniões e interesses de pequenos grupos, e não de toda a população (Fleury, 2006). Por outro lado, a centralização levou a um comportamento antidemocrático, caracterizado pela falta de transparência das decisões, pela ineficiência de políticas públicas e pela incapacidade de implementar mecanismos de *accountability* (Arretche, 1996).

Portanto, para o Brasil, a socialização era vista como uma das estratégias para a expansão da cidadania, com o objetivo de reduzir a exclusão e a desigualdade social e o crescimento econômico.

Diante disso, tendo em conta o rumo da descentralização, os municípios foram inicialmente reconhecidos como parte do governo com pleno poder político-administrativo e obrigações legais para efetivar políticas sociais e fornecer serviços

essenciais à população. Diz-se que esta nova configuração incentivou a desconcentração da divisão de recursos financeiros na Federação e pôs fim à transferência de fundos para níveis subnacionais através de transferências negociadas. Segundo Fleury (2006a), esse período marca o início do modelo de seguridade social, que passou a criar a organização e a forma de proteção social no Brasil com o objetivo da universalização da cidadania.

Em geral, a descentralização é um processo político imposto pelo Estado que confere poder de decisão aos seus entes constitutivos. Estes entes obtêm as seguintes características: capacidade de eleger representantes a nível administrativo e legislativo; autonomia de autoadministração; independência para elaborar sua legislação; autossuficiência pelo gerenciamento em conduzir a formulação e administração de impostos e estrutura financeira. Deste ponto de vista, para que a descentralização seja eficaz, alguns fatores devem ser levados em conta, pois se isto acontecer sem o desenvolvimento dos poderes administrativos e financeiros dos governos locais, a desigualdade poderá agravar-se. Portanto, o pacto nacional deve ser construído solidamente com o estabelecimento da justiça nacional, o combate às desigualdades locais, o estabelecimento de estruturas administrativas em níveis regionais, a democratização dos governos locais e o ambiente de boas relações intergovernamentais (Abrucio, 2006).

Neste sentido, a forte motivação de descentralização, característica da época que levou ao desenvolvimento da constituição, refletiu-se na construção de uma ordem institucional democrática que reorganizou as políticas sociais baseadas na participação da sociedade e na igualdade, e afirmou os direitos sociais como parte da cidadania. Assim apresenta-se no modelo de seguridade social, que é representado pelo tripé formado pela assistência à saúde, apoio à renda e seguridade social. O artigo 194 da Constituição Federal rompeu com os modelos anteriores, nos quais a cobertura era limitada aos setores formais do mercado. Essa estrutura, como observa Fleury (2006a), é caracterizada pela universalidade na prestação de serviços, pelo reconhecimento dos direitos sociais e por uma estrutura organizacional descentralizada e inclusiva, ou seja, essa forma aprofundou o duplo movimento de democratização: a União, no nível central, os municípios, em nível local e o Estado servindo à sociedade.

Sucintamente, no Estado brasileiro, posto como dito anteriormente, as medidas públicas de proteção social são caracterizadas pelo acesso aos serviços e

pela estratificação do grupo-alvo. Ao longo da sua história, apresenta respostas paternalistas aos problemas sociais e às medidas opressivas. Por conta desse dinamismo, a proteção social brasileira apresentou um perfil periférico, pois não adotou inicialmente características universais. Centrava-se nos trabalhadores industriais, escolhendo os beneficiários com base nas atividades comerciais, situação que mudou após a Constituição Federal de 1988 (Andrade, 2011).

A partir de 1988, o acesso à saúde tornou-se um direito social garantido pela constituição das partes relativas ao seguro social, que deve ser garantido pela política pública descentralizada do Estado. De modo geral, as propostas do movimento de reforma sanitária brasileiro com a Constituição foram aceitas no sentido de que reconhecem o direito à saúde e a responsabilidade do Estado. Isto deve garantir que se baseiam num conjunto de políticas econômicas e sociais caracterizadas por serem universais, públicas, inclusivas, descentralizadas e integradas (Paim, 2013).

Contudo, vale a pena notar que, durante a elaboração da Constituição, existiam duas visões opostas no setor da saúde sobre como seria oportunizada a assistência médica: uma definida como “nacionalização” e a outra como “privatização”. A primeira estava associada aos ativistas da reforma sanitária e a segunda representava os interesses das políticas de saúde anteriores. Ambas as posições tiveram influência na elaboração do texto constitucional, de modo que o resultado foi um sistema duplo que afirmava a saúde como um direito, de um lado, caracterizada pelo acesso à assistência e responsabilidade estatal, e por outro lado, pela preservação de formas privadas de assistência, que são independentes da ação governamental (Menicucci, 2014).

As Políticas que incluem o acesso universal à saúde, devem ser implementadas com foco nos seguintes princípios: regionalização, organizando esses serviços em uma área geográfica limitada e atendendo a uma população específica; e hierarquização, estruturando os serviços de acordo com a complexidade tecnológica na prestação de intervenções de saúde. Além disso, deverão estar vinculados aos três órgãos do governo federal: a União, os governos estaduais e municipais, que cooperarão entre si e prestarão funcionalidade ao SUS (Musse, 2008).

Neste cenário, as iniciativas e serviços de saúde devem centrar-se na prevenção, promoção, recuperação, educação e reabilitação do indivíduo. Entendendo “saúde” como a avaliação do indivíduo sobre seu bem-estar biopsicossocial (Musse, 2008), e cabendo ao SUS, na esfera pública, garantir essa

condição. Apresenta o acesso público como característica importante, e sua atuação e serviços são pautados pela atenção integral e pela igualdade, o que fortalece as conquistas como uma questão de cidadania.

Arretche (2009) observa que desde a Constituição de 1988, a descentralização começou, principalmente, nas políticas de saúde e educação. Caracterizou-se pelo reconhecimento da autonomia dos municípios na implementação de políticas públicas nestas áreas. Contudo, a transferência de recursos para a implementação dessas atividades foi centralizada na União, e este mecanismo, caracterizado pela articulação de diferentes perspectivas de descentralização e centralização, foi decisivo para a implementação de atividades coordenadas dos níveis governamentais.

Assim, apesar da divisão de competências entre os três entes da federação brasileira, a União possui mecanismos institucionais que podem influenciar a agenda dos infra governos, entretanto, apesar do poder de agenda, esta não viola a autonomia de cada município. O processo é realizado conforme descrito acima, com base em acordos como “condições de adesão”, em que as unidades federativas se comprometem com determinadas ações em troca de um recurso repassado pela União (Menicucci, 2014b).

Além disso, é importante apontar que esse quadro regulamentar passou por uma série de fases antes de ter formatado seu padrão mencionado. Na década de 90, com a nova Constituição e o processo de descentralização, ocorreu a chamada “municipalização autárquica”. Neste sentido, a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde foram afetadas negativamente por uma série de problemas relacionados com a distribuição ineficiente de recursos e serviços de saúde e concorrência intermunicipal. Assim, para resolver esses problemas, foram propostas políticas nacionais com redistribuição segundo o modelo descrito, bem como medidas para a distribuição regional de intervenções de saúde e a criação de redes de cuidados (Menicucci, 2014).

Em síntese, levando em conta o arranjo federalista que adapta e caracteriza o funcionamento do SUS, a União obteve maior controle sobre os recursos transferidos aos entes infranacionais, a partir da articulação acima descrita, visando a redução das desigualdades regionais. Por outro prisma, considerando a estrutura federal do Brasil, o SUS possui um elemento importante que contribui para sua

efetividade: a participação social. Isto é feito através de Conferências e Conselhos, levando em consideração cada nível de governo.

Assim, pode-se argumentar que toda estrutura institucional e decisória do SUS respeita o sistema federal brasileiro. Exemplo disso são os comitês administrativos, que têm como objetivo formular e pactuar questões relacionadas a sua organização, ao planejamento em saúde, à atenção à saúde e à coordenação interfederal (Menicucci, 2014). Desde a sua aplicação, a partir da Constituição de 1988, começa um processo evolutivo no marco regulatório das relações federativas do SUS, desenvolvido para seu aperfeiçoamento. Esse movimento contínuo visa integrar pontos de atenção e criar integração em saúde.

Concluindo, a Constituição de 1988 foi um marco no campo dos direitos sociais e ao mesmo tempo surgiram desafios complexos à concretização de políticas públicas em nível nacional, especialmente no que diz respeito à redução da desigualdade social. Deve-se notar que o progresso do nosso federalismo é uma das bases para a execução positiva da política social, como a efetivação da política de saúde. Segundo Menicucci (2014), a engenharia institucional construída pelo SUS reflete positivamente as tendências democratizantes da administração pública brasileira, pois garante a participação de democratização da gestão pública no Brasil, já que ajuda a definir áreas importantes de coordenação interfederal para garantir uma atenção à saúde universal e integral nas diferentes regiões do país.

2.4.3 Composição do Sistema Único de Saúde Brasileiro

O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais são os órgãos componentes do Sistema Único de Saúde de acordo com que determina a Constituição Federal (Brasil, 1988), havendo corresponsabilidades entre os entes. Cabe ao Ministério da Saúde a gestão nacional do SUS, tendo como responsabilidade a de elaborar, regulamentar, fiscalizar e apreciar ações e políticas, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), operando na esfera da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para ajustar o Plano Nacional de Saúde.

Tem como integrantes deste conglomerado a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Agência Nacional de Saúde (ANS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Empresa Brasileira de hemoderivados e biotecnologia (HEMOBRAS) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Instituto Nacional de

Traumatologia e Ortopedia (INTO), Instituto Nacional de Câncer (INCA), além de mais oito hospitais federais.

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) participam na elaboração das ações e políticas de saúde, apoiando os municípios conjuntamente com os conselhos estaduais, integrando a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para anuir e executar o plano estadual de saúde (MS, 2020). No que lhes concerne às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), cabe elaborar, estabelecer, ordenar, avaliar e efetivar todo o planejamento de ações e os serviços de saúde conjuntamente com os Conselhos Municipais e a esfera estadual para sancionar e executar o plano municipal de saúde (MS, 2020).

O Conselho de Saúde atua de forma contínua e ponderada em seu ramo de atuação (nacional, estadual ou municipal) na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no órgão responsável, incluindo os aspectos econômicos e financeiros da tomada de decisões, afirmado pelo chefe de algum poder de governo legalmente estabelecido. É um órgão colegiado formado por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

A atribuição de cada conselho de saúde é determinar o número de membros de acordo com a seguinte composição: 50% (cinquenta por cento) provenientes de associações e movimentos representativos dos utentes; 25% (vinte e cinco por cento) de instituições representativas dos trabalhadores da saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de organizações públicas e privadas contratuais ou sem fins lucrativos (MS, 2020).

Os conselhos de saúde desempenham um papel fundamental na promoção da participação da sociedade na gestão de políticas e programas de saúde. A atribuição de cada conselho de saúde de determinar o número de membros de acordo com uma composição específica é uma prática importante para garantir a representatividade e diversidade de opiniões e interesses no processo de tomada de decisões em saúde.

De acordo com a determinação do percentual de membros de diferentes setores na composição dos conselhos de saúde, podemos garantir que as vozes dos diferentes segmentos da sociedade sejam ouvidas e consideradas. A inclusão de associações e movimentos representativos dos utentes garante que as necessidades e demandas dos usuários dos serviços de saúde sejam priorizadas e atendidas. A

presença de instituições representativas dos trabalhadores da saúde garante que as condições de trabalho e o bem-estar dos profissionais de saúde sejam considerados nas decisões.

Além disso, a presença de organizações públicas e privadas contratuais ou sem fins lucrativos traz uma perspectiva mais ampla e diversificada para o conselho de saúde. A inclusão dessas entidades pode contribuir para a identificação de parcerias e oportunidades de colaboração que possam melhorar a oferta de serviços de saúde e garantir o acesso da população a um atendimento de qualidade.

A diversidade de perspectivas e interesses representados nos conselhos de saúde pode trazer desafios, como a necessidade de conciliação de diferentes pontos de vista e interesses. No entanto, a inclusão de diferentes atores e setores na tomada de decisões em saúde é essencial para garantir a legitimidade e eficácia das políticas e programas implementados.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) constitui a instância de negociações e acordos entre gestores federais, estaduais e municipais quanto aos assuntos inerentes ao SUS. De forma que a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é instância de negociação e acordos estadual e municipal entre gestores quanto aos assuntos operacionais do SUS (MS, 2020). A estes, somam-se o Conselho Nacional de Secretário Saúde (CONASS), entidade que representa os entes estaduais e do Distrito Federal na CIT, e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que representa os entes municipais na CIT, sendo ambos, entidades para tratarem de assuntos referentes à saúde; e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratativas referentes matérias relativas à saúde, quando estão institucionalmente vinculados ao sistema CONASEMS de acordo com seu regulamento.

2.4.4 Princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro e a responsabilidade dos entes federados.

Todos os atores, seja governo ou sociedade civil, que estão presentes no sistema de saúde brasileiro, trabalham em uníssono garantindo e contribuindo para o cumprimento dos princípios constitucionais, bem como do SUS, possuem caráter finalista, que são a universalização, equidade e integralidade (Brasil, 2024).

A universalização no SUS se refere ao acesso igualitário de toda a população aos serviços de saúde, independentemente de sua condição econômica, social ou geográfica. Todos os atores envolvidos no sistema de saúde brasileiro trabalham em conjunto para garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde de forma integral e sem discriminação.

Entende-se por princípios finalísticos aqueles que balizam o cumprimento da responsabilidade social em que o Estado é responsável pela formulação e implementação de políticas econômicas e sociais e que possuam a finalidade de melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população (Teixeira, 2003).

A responsabilidade social do Estado deve ser pautada pela missão de promover o acesso universal aos direitos fundamentais, como saúde, educação, habitação, segurança alimentar e trabalho digno. É necessário que as políticas públicas sejam orientadas para atender às necessidades de todos os grupos sociais, especialmente os mais vulneráveis e marginalizados.

Nesse sentido, é fundamental que as ações do governo sejam baseadas em princípios éticos e humanitários, buscando a equidade, a justiça social e a solidariedade. As políticas públicas devem ser planejadas de forma participativa e democrática, envolvendo a sociedade civil, as instituições de ensino e pesquisa, os movimentos sociais e demais atores envolvidos na promoção do bem comum.

O Princípio da Universalidade, que é um princípio finalístico, tem como objetivo proporcionar os serviços de saúde a todas as pessoas, independente de etnia, gênero, condição social ou pessoal. A ênfase no acesso universal aos cuidados de saúde teve um impacto profundo nos resultados de saúde em todo o mundo. Países que adotaram políticas para expandir a cobertura de cuidados de saúde registraram melhorias nos principais indicadores de saúde, como a redução das taxas de mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida. A cobertura universal de saúde também tem sido associada a uma maior proteção financeira, uma vez que os indivíduos têm menos probabilidade de enfrentar despesas elevadas com serviços de saúde (Bobbio, 2000).

No entanto, apesar de seu impacto positivo, a universalização dos cuidados de saúde também enfrenta desafios e limitações. Um dos principais desafios é garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, especialmente em ambientes com poucos recursos. O financiamento limitado, a infraestrutura inadequada e a escassez de profissionais de saúde podem dificultar os esforços para alcançar a cobertura universal de saúde. Além disso, considerações políticas e interesses concorrentes podem constituir obstáculos à implementação de reformas abrangentes nos cuidados de saúde (Id).

Além disso, alcançar a universalização dos cuidados de saúde requer uma abordagem multifacetada que vá além da abordagem do acesso aos serviços. Implica também abordar os determinantes sociais da saúde, como a pobreza, a educação e a habitação, que podem ter um impacto significativo no bem-estar dos indivíduos. Ao adotar uma visão mais ampla da saúde e centrar-se em intervenções holísticas, os esforços de universalização podem produzir resultados mais sustentáveis e equitativos (Teixeira, 2003).

O Princípio da Equidade, sendo também um princípio finalístico no acesso aos serviços de saúde, contempla tratar todas as desigualdades e as distintas necessidades de acordo com suas diferentes particularidades, com o objetivo de diminuir as desigualdades.

A promoção da equidade em saúde é fundamentalmente um compromisso ético e uma posição política que orienta as ações para assegurar o direito à saúde (Brasil, 1990; Buss; Pelegrianni Filho, 2007; Negri- Filho, 2008).

Em síntese, na conceituação oficial, equidade significa assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade exigida pelos cidadãos em suas necessidades distintas, no âmbito da política nacional (Brasil, 1990).

O Princípio da Integralidade, como um dos princípios do SUS, visa não individualizar as ações de saúde na necessidade de uma pessoa, mas sim satisfazer o coletivo. Para sua implementação, é necessário integrar atividades que incluam promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamentos e reabilitação (Brasil, 2024).

O homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com essa visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. (Roncalli, 2003, P. 11).

Além disso, este princípio baseia-se na articulação da saúde e de outras políticas públicas, como forma de coordenar atividades intersetoriais que refletem na

saúde e no bem-estar da população. Em termos de responsabilidades dos órgãos governamentais, a Secretaria de Saúde administra e o governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde.

Historicamente, o Departamento de Saúde forneceu metade de todos os gastos nacionais em saúde pública, e os governos estaduais e locais também contribuíram com a metade de todos os fundos.

O Ministério da Saúde tem a atribuição de formular a política nacional, mas não a executa. A aplicação do projeto depende dos parceiros (países, cidades, ONG, fundações, empresas etc.). Cabe também a ele planejar, normatizar e avaliar, revisar e implementar ferramentas de gestão do SUS.

Dentro desta estrutura. Os estados possuem secretarias específicas que são responsáveis pela gestão da saúde. Os responsáveis por essa gestão, devem administrar seus recursos próprios, bem como os repassados pela União. Os estados, além de parceiros na administração de políticas públicas nacionais de saúde, executam suas próprias políticas, coordenando e planejando o SUS à nível estadual, obedecendo e respeitando as normas federais.

Finalizando, os governos municipais são responsáveis pela aplicação de medidas e serviços de saúde em suas regiões. Os gestores municipais devem utilizar recursos próprios e aqueles disponibilizados pelos estados e governo federal, podendo firmar parcerias com outros municípios a fim de garantir condições necessárias para suprir as necessidades de sua população em casos mais complexos.

2.5 Política governamental em saúde do estado do Rio de Janeiro

Todos os entes federados seguem as diretrizes do PNCDCh para implementação do programa em seus municípios por determinação do MS. O estado do Rio de Janeiro segue as mesmas diretrizes. A Secretaria de Saúde (SES-RJ) é a responsável pela execução de todas as políticas de saúde através de seu Plano Estadual de Saúde (PES) (CONASS, 2021) que tem a responsabilidade em conduzir todas as ações de saúde pública estadual, ao qual tem como objetivo o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e recuperação dos sistemas de saúde municipais.

Outrossim, o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) tem a finalidade de buscar e analisar a situação dos problemas em saúde priorizados pelas

nove regiões de saúde do estado, que são: Baía da Ilha Grande; Baixada Litorânea; Centro Sul; Médio Paraíba; Metropolitana I; Metropolitana II; Noroeste; Norte e Serrana (Rio de Janeiro, 2024).

Acompanhando a legislação vigente do MS, a SES-RJ busca o constante aperfeiçoamento no planejamento em saúde, acompanhando a organização disponibilizada pelo SUS, sendo composta por quatro matrizes:

As **Diretrizes**, desenvolvidas a partir dos macroproblemas identificados e do diagnóstico situacional, são formulações com a função de indicar as linhas de ação que, por conseguinte, constituem o arcabouço orientador dos objetivos e metas quadrienais. As quatro diretrizes definidas para o quadriênio 2020-2023 são as seguintes: **Diretriz 01:** Organização e Qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), consolidando a regionalização de modo a impactar positivamente nos resultados sanitários para a população fluminense, ampliando a expectativa de vida saudável. **Diretriz 02:** Fortalecimento da SES-RJ na Gestão do SUS e na Governança Pública, atendendo aos interesses da sociedade. **Diretriz 03:** Desenvolvimento da Educação, Ciência e Tecnologia, visando a Inovação em Saúde. **Diretriz 04:** Aperfeiçoamento e Modernização da Gestão Organizacional para a Valorização das Pessoas e Qualificação dos Processos de Trabalho, impactando na resolutividade da SES-RJ. Os **Objetivos**, desenvolvidos a partir do Balanced Scorecard na construção do Mapa Estratégico da SES-RJ por atores estratégicos, também foram orientados pelos problemas identificados no início do processo. Objetivos adicionais, não contemplados pelo Mapa, foram desenvolvidos a partir de encontros conduzidos pela equipe de Planejamento com as Subsecretarias, Superintendências e áreas técnicas, além de encontros transversais para temáticas da mesma natureza e encontros com áreas técnicas específicas. A matriz do PES 2020-2023 agrega um total de 49 objetivos. As **Metas Quadrienais** derivam-se dos objetivos acima citados e dos que foram descritos para o PPA – Plano Plurianual para a garantia da compatibilização dos instrumentos, conforme prevê a legislação (Portaria de Consolidação 1/2017 – 2135/2013). Vale informar que, enquanto na vigência 2016-2019 a compatibilização direta entre os instrumentos foi feita a partir dos eixos e diretrizes dos planos de saúde e do plano plurianual, nesta vigência o exercício de compatibilização se deu a partir dos objetivos construídos para o Mapa Estratégico e daqueles descritos na Matriz do 18 PPA (objetivos e finalidades). A matriz do PES 2020-2023 agrega um total de 187 metas quadrienais. Os Indicadores têm relação direta com as metas. A partir deles será possível monitorar o alcance das metas propostas para a vigência de quatro anos, bem como o alcance das metas anualizadas nas programações anuais. Além dos indicadores derivados das metas quadrienais, os indicadores do Rol de pactuação nacional (tripartite) e estadual (bipartite), relacionados às ações de saúde, serão acompanhados rotineiramente nos quadrimestres e no Relatório Anual de Gestão, sendo seus resultados norteadores para a revisão das ações propostas. Além de dialogar com o PPA, as propostas das áreas técnicas refletiram a capacidade de atuação da SES. As metas quadrienais e indicadores expressam o que há de estratégico nos processos de trabalho e as prioridades da gestão. Todo o conteúdo foi validado pelos seus respectivos dirigentes. Ressalta-se que foi realizada uma importante inflexão na estrutura do plano estadual, que parte do formato vigente construído em três eixos temáticos – Vigilância em Saúde, Assistência e Gestão, e propõe para o PES 2020-2023 diretrizes com ênfase na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O compartilhamento de metas entre as áreas técnicas, especialmente entre os atores da Vigilância em Saúde e da Atenção à Saúde, fortalece o trabalho transversal, coletivo e integrado dos atores da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro,

buscando gerar melhores resultados sanitários. O processo de integração dos atores estratégicos e a articulação entre as áreas técnicas da SES-RJ foi a tônica da metodologia utilizada no processo, buscando melhorar a estruturação e efetividade da SES-RJ como coordenadora do sistema de saúde no território estadual.

Figura 7. Mapa do estado do Rio de Janeiro dividido em regiões de saúde



Fonte: SES-RJ

Como estratégia de inclusão obedecendo ao Princípio da Equidade, o SUS executa o Programa de Educação Popular em Saúde (Brasil, 2024) como ferramenta de intervenção para os grupos, que de alguma maneira, necessitam de maior acolhimento pela dificuldade de acessar seus serviços. Com esta finalidade, foram criados espaços de participação e ouvidoria das especificidades desses grupos através de comitês e grupos de trabalho na Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Destarte, outras ações indiretas são implementadas com a finalidade de melhoria no sistema de saúde. Sendo uma delas a urbanização e saneamento básico em todos os municípios do estado.

Estima-se que o abastecimento de água pela rede geral, mesmo nas áreas urbanas, não chegue a 95%, e que 8% da população dependa de nascentes, poços ou ligações clandestinas que são vulneráveis à contaminação (Rio de Janeiro, 2021). A desativação de lixões do Rio de Janeiro não foi efetivada em diversos municípios, contrariando a obrigatoriedade da política nacional de resíduos sólidos. Sendo assim, a coleta direta de lixo compreende 90% da população de áreas urbanas (Tabela 4).

Tabela 4. Percentual de moradores por condição de saneamento básico e situação de domicílio, 2015.

Abastecimento d'água	Urbana	Rural
Com canalização interna	98,53	90,45
Rede geral	90,43	41,66
Outro (poços/nascentes)	8,10	48,78
Esgotamento sanitário	Urbana	Rural
Esgotamento sanitário ligado à rede coletora	82,63	28,88
Fossa séptica ligada à rede coletora	8,12	5,96
Fossa séptica não ligada à rede coletora	4,02	44,13
Fossa rudimentar	1,39	6,74
Outro (sumidouro)	3,63	14,29
Destino do lixo	Urbana	Rural
Coletado diretamente	90,44	70,48
Coletado indiretamente	8,48	8,27
Outro (queimado/enterrado/corpos d'água)	1,08	21,25

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015*.

A grande desigualdade presente no estado do Rio de Janeiro é determinante nas demandas de acesso à saúde, pressionando de forma diferenciada, as ações de cada região de saúde aos grupos de idade, sexo, cor/raça e nível socioeconômico. Estima-se que em 2017, 67% da população do estado do Rio de Janeiro exclusivamente eram usuários do SUS, o que representa mais de 11.261.149 de pessoas, onde 5.798.835 eram mulheres e 5.462.314 homens. (Tabela). De acordo com os dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) e do PNAD 2017.

Tabela 5. População absoluta e relativa, segundo sexo e vinculação a planos de saúde de modalidade assistência médica (hospitais), 2017.

População	População total PNAD 2017	População com plano ANS		População sem plano (PNAD-ANS)	
		N	%	N	%
Feminina	8.803.442	3.004.607	34,13	5.798.835	65,87
Masculina	7.919.641	2.457.327	31,03	5.462.314	68,97
Total	16.723.083	5.461.934	32,66	11.261.149	67,34

Fontes: ANS, Microdados de Beneficiários – junho de 2017; IBGE, Microdados da PNAD 2017.

2.6 A organização da Rede de Atenção à Saúde

Apesar da municipalização, que faz parte da descentralização, ser apontado como o melhor caminho para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), as diferentes especificidades de cada município são para os gestores públicos, grandes desafios a serem transpostos. Considerando as desigualdades políticas, culturais, de infraestrutura, de financiamento e de conhecimentos técnicos dificultam o aprimoramento do sistema de saúde (Brasil, 2021). Por meio da organização da Rede de Atenção Primária à Saúde (RAS), busca-se convergir entre a situação atual da

saúde, marcada pela hegemonia de condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde, a princípio, voltado para o atendimento às condições agudas (Id).

A rede conta com a promoção contínua da educação, assegurando a qualificação de recursos humanos para os fluxos de gestão e assistência à saúde; o emprego de tecnologias adequadas e inovadoras; e a estruturação física adequada e equipada qualitativa e quantitativamente (Ibid).

A Vigilância em Saúde (VS), como é conhecida hoje, foi precedida por um conjunto de normas que deram o escopo para sua atual configuração, sendo eles a publicação do Sistemas Nacionais de Vigilância epidemiológica em 1975; Vigilância Sanitária em 1976; de Vigilância de Ambiental em Saúde em 2001; Política Nacional de Saúde do Trabalhador em 2012; e as Portarias GM/MS nº 1.399/1999, 1.172/2004, 3.252/2009 e 1.378/2013, que durante todo o período em vigor tiveram como objetivo, definir a vigilância em saúde no campo da saúde pública, identificando suas atribuições, articulando com a Atenção Primária à Saúde – APS. Esses esforços culminaram na publicação da Resolução CNS nº 588/2018, que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVS (CONASS, 2021). A VS, no Estado do Rio de Janeiro, tem como desafios para sua consolidação, pautar estratégias para o fortalecimento do processo de regionalização, descentralizar equipes, serviços e equipamentos, dando autonomia às regiões para atuar em cima dos problemas de saúde, teoricamente, aproximando a análise dos fatos condicionantes e determinantes de saúde, possibilitando a resolução para os mesmo (Id).

Neste prisma, enfrentou a realidade de que todos os esforços para propor e implementar medidas eficazes para reduzir os problemas de saúde locais não eram suficientes. As ideias para fortalecer as regiões de saúde foram fortalecidas desde o início da nova gestão estadual, o que significa uma nova perspectiva de funcionamento da representação do estado.

Portanto, o que antes era uma limitação das atividades regionais do estado, no campo da VS, tem sido superado este problema, visto a aproximação das ações propostas pelas equipes que atuam nas regiões. Após realizar o último levantamento amostral que incluiu 50 municípios em 2015 sobre os problemas estruturais dos métodos de vigilância epidemiológica e ambiental, constatou-se o baixo desempenho das equipes locais, sendo corroborado pelos indicadores oriundos de sistemas de informação disponíveis. Essas observações fazem-se concluir pelo urgente investimento na qualificação profissional, além de melhorar os métodos estruturais

das equipes regionais de vigilância (ibid).

Elaborado pelo MS, o Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil) no Brasil, 2011-2022, o Rio de Janeiro adotou o plano que descreve as ações e os investimentos necessários para preparar o país para o enfrentamento, prevenir e deter as DCNT durante esta década. Tendo como principal objetivo, promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, bem como o fortalecimento dos serviços de saúde voltados para a gestão de pacientes com doenças crônicas.

O estado do Rio de Janeiro teve seu Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT 2013 a 2022, aprovado pela Portaria GM/MS nº 2.993 de 26/12/2012, autorizando o repasse financeiro do Fundo nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (Rio de Janeiro, 2011).

O governo federal com a colaboração da OMS lançou, em fevereiro de 2024, o Projeto Brasil Saudável. Uma política de saúde que tem a proposta de eliminar os problemas de saúde pública como doença de Chagas, malária, HIV e tuberculose. Segundo o governo federal, o Brasil é o primeiro país do mundo a lançar uma política de combate às chamadas doenças negligenciadas ou socialmente determinadas que levaram a óbito mais de 59 mil mortes no país entre 2017 e 2021. A iniciativa Brasil Saudável seguiu-se ao lançamento, em abril de 2023, do Comitê Interministerial de Prevenção à Tuberculose e Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), o qual foi identificado 175 cidades com altos índices de pelo menos duas ou mais doenças deste escopo. A atuação dos órgãos envolvidos tem como objetivos e priorizará o enfrentamento à fome e a pobreza, expandir os direitos humanos e a proteção social em regiões de vulnerabilidade social, promover a inovação no diagnóstico e tratamento, expandir a infraestrutura e práticas básicas de higiene e ambiental. Também estão sendo planejadas ações para cumprir as metas da OMS de redução e eliminação das doenças negligenciadas (Almeida, 2024).

3. O CENÁRIO DAS POLÍTICAS BRASILEIRAS NO ENFRENTAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

No capítulo a seguir será debatido o cenário das políticas pública brasileiras, em especial o PNCDCh, sendo o principal plano de controle da DC no país, estendendo seus efeitos diretamente aos entes federativos, sendo estes responsáveis pela sua implementação. Será apresentado o contexto histórico da enfermidade a partir de sua primeira notificação e suas consequências para a sociedade; a descrição geopolítica do estado do Rio de Janeiro e o impacto combate da DC.

3.1 Descrição geopolítica do ambiente de pesquisa

O Rio de Janeiro (RJ) possui 43.750,425 mil Km², tendo apenas 2.824,91 de área urbanizada, composto por 92 municípios, sendo um dos menores Estados do Brasil, tendo como contraste seu índice populacional que é o terceiro maior do país, com 16.055.174. Cerca de 96% vivem nas áreas urbanas, sendo um dos estados mais urbanizados do país, conforme dados do último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022). Localizado na região sudeste, o Estado de São Paulo (SP) faz sua fronteira a oeste; o Oceano Pacífico à sudoeste, sul, sudeste e leste; ao norte e ao noroeste está o Estado de Minas Gerais (MG) e ao nordeste está o Estado do Espírito Santo (ES). Situa-se entre 41°O e 45°O de longitude e 20°S e 23°S de latitude. Está dividido em 92 municípios e 8 regiões político-administrativas: Metropolitana, Médio Paraíba, Costa Verde, Centro-Sul Fluminense, Serrana, Baixada Litorânea, Norte Fluminense e Noroeste Fluminense (Figura 2.1). Possui o segundo maior produto interno bruto (PIB) e a segunda maior área metropolitana do país. Na economia, os setores de produção de petróleo, produção de aço, fabricantes de automóveis, indústria naval, indústria química, turismo e serviços são populares. A agricultura representa apenas uma pequena percentagem do PIB do Estado. Porém, é possível focar nas plantações de açúcar no norte fluminense, na horticultura e na produção de leite e café nas regiões serrana e centro-sul e Região Norte (Dantas et al. 2005; Gomes et al. 2009; IBGE 2022; CEPERJ 2022).

O RJ faz parte do bioma Mata Atlântica, com 30,6% de seu território coberto por vegetação, sendo 26,5% correspondente a florestas (IESB 2007). O seu território é predominantemente caracterizado por regiões montanhosas e baixadas,

principalmente nas áreas litorâneas (Sepetiba, Guanabara, São João e Macaé) e ao norte (baixada Campista) (Gomes et al. 2009). De oeste a nordeste é cortado pela Serra do Mar, em quase todo seu território. Esta cadeia montanhosa inicia-se ao sul do Estado na Serra da Bocaina, divisa do Estado de São Paulo com o município de Paraty, se junta às Serras das Araras e dos Órgãos, na área central do Estado, e que termina ao norte na Serra do Imbé (Desengano) entre os municípios de Santa Maria Madalena, São Fidélis e Campos dos Goytacazes (Dantas et al. 2005; INEA). Na localidade do Médio Paraíba está localizado o planalto de Itatiaia, parte constituinte da Serra da Mantiqueira, na fronteira de RJ com os Estados de Minas Gerais e São Paulo. O Pico mais alto do Estado, o pico das Agulhas Negras está a 2.791,55 metros acima do nível do mar. Na Serra dos Órgãos, entre Teresópolis e Nova Friburgo, encontra-se a montanha dos Três Picos que tem 2.316 m de altitude, sendo o ponto mais alto de toda a Serra do Mar (Gomes et al. 2009).

Os municípios da região da Costa Verde, Centro-Sul, Baixada Litorânea e Serrana apresentam a maior cobertura florestal (Gomes et al. 2009). Historicamente, as regiões metropolitanas, Norte, Noroeste e Médio Paraíba apresentam os maiores índices de mata nativa, chegando a 100% na cidade de Aperibé, no Noroeste do Rio de Janeiro (Soffiati, 2004). A partir da colonização portuguesa no século XVI, iniciaram-se diversos ciclos econômicos, provocando grande destruição da vegetação nativa. A extração de madeira e metais preciosos do Brasil para o comércio e a construção de cidades e vilas, a revolução do açúcar e a revolução do café foram responsáveis pela maior parte da destruição vistas nos dias atuais. No final do século XIX, devido ao declínio da monocultura do café, à abolição da escravatura e à degradação do solo, a região foi se transformando em pastagens (Alentejano 2005; Dantas et al 2005; Soffiati 2004; INEA). Somam-se a isso, o grande processo de urbanização e êxodo rural ocorridos no século passado, que levaram ao crescimento desordenado das regiões metropolitanas do Estado.

Os rios mais importantes do Estado são: O Rio Paraíba do Sul e seus diversos braços estendem-se por todo o sul do Estado desde Resende até a sua foz, em São João da Barra, norte do Rio de Janeiro (Marengo e Alves 2005; AGEVAP 2011). Outros rios importantes do Estado são o Guandu, Itabapoana, São João, Macaé, Dois Rios e Piabinha. Todos os cursos de água do Estado são afetados por águas residuais domésticas e industriais, incluindo degradação de bancos florestais (Dantas et al. 2005; Gomes et al. 2009; AGEVAP 2011).

Duas estações climáticas apresentam-se bem definidas no RJ, uma é mais quente e chuvosa, a outra é mais fria e seca. Nas baixadas, o clima predominante é o tropical, por sua vez, nos planaltos e regiões serranas é o tropical de altitude (Wikipedia). As diferenças de temperatura entre as estações e regiões do estado são muito grandes, chegando a 40°C no verão da cidade do Rio de Janeiro e próximas de 0°C no inverno nas regiões serranas. As taxas de precipitação também variam de ano para ano, desde menos de 800 mm na região de Cabo Frio e Búzios até mais de 2.000 mm em locais da Serra do Mar (Dantas et al. 2005; Wikipedia).

Figura 5. Mapa da divisão político-administrativa (regiões) do estado do Rio de Janeiro.



Fonte: IBGE 2023.

3.1.1. Contexto histórico da DC no estado do Rio de Janeiro

RJ nunca foi considerado como zona de preocupação de infestação e transmissão vetorial ou autóctones, que é transmissão por natural ou de quem habita uma determinada região. Como há poucas evidências da existência de triatomíneos domiciliados como o *T. infestans*, essa ideia ganhou força na comunidade científica e acadêmica. Esta doença é amplamente considerada um problema de saúde na região Nordeste e na região de Minas Gerais. Os casos encontrados habitualmente no RJ foram de pessoas da região que migraram em busca de melhores condições de vida ou que receberam transfusões de sangue no passado (Coura 1966). Decerto que esta

realidade epidemiológica era forte e foi confirmada em alguns estudos, como o realizado por Benchimol Et al. (1954); Rodríguez da Silva et al. (1961); Coura (1966) e Coura et al. (1985). Contudo, esses estudos deixaram algumas dúvidas e consideraram a hipótese de que a DC seja autóctone no RJ na ausência de uma causa clara de transmissão.

Entretanto, esses estudos já deixavam algumas ponderações e exigiam que fossem feitas novas pesquisas para determinar aqueles casos em que a contaminação não era clara e fugiam do padrão da autoctonia da DC no RJ. Quase todos os relatos dessas séries de casos contêm poucas informações sobre a história materna dos pacientes. Coura (1966) também relatou a possibilidade de transmissão em alguns indivíduos naturais da cidade do Rio de Janeiro, mas não descreveu o local de nascimento e a história materna dos casos suspeitos. Outros fatores a considerar são as limitações dos recursos laboratoriais da época. O exame de confirmação de infecção por *T. cruzi* era a reação de fixação de complemento, mas trata-se de técnica abandonada há mais de 20 anos devido à dificuldade de implementação e ao maior entendimento dos métodos atuais (MS, 2010). Os exames mais utilizados em procedimentos de DC, como imunofluorescência indireta (IFI), ensaio imunoenzimático (ELISA), reação em cadeia da polimerase (PCR) e ecocardiografia (ECO), não existiam nessa época.

Há muito tempo já é conhecida a presença de vetores CD no RJ e diversas publicações relataram a captura de alguns triatomíneos, alguns infectados pelo *T. cruzi*, na cidade do Rio de Janeiro (antigo estado da Guanabara e Distrito Federal) e também em outras localidades do Estado (Neiva, 1914; Neiva e Pinto 1922; 1923; Dias 1943; Guimarães e Jansen 1943; Lent 1942; 1943; Dias e Seabra 1943; Costa Leite 1960; Coura et al. 1966a; Silveira et al. 1982; Ferreira et al. 1986a). Recentemente, em algumas outras publicações de Gonçalves et al. (1998); Fernandes et al. (1999); Lorosa et al. (2003; 2008); Giordano-Dias et al. (2010); Sangenis Et al. (2012). A maioria dos relatos é de *Triatoma vitticeps*, triatomíneo que será abordado com maior profundidade adiante.

Leent, em 1942, documentou a presença de *T. infestans* no distrito de Engenheiro Passos, no município de Resende (divisa com o Estado de São Paulo). Mais tarde, Bustamante e Gusmão (1953), também encontraram *T. infestans* em residências de várias localidades de Resende e Itaverá (atualmente município de Rio Claro), no Sul Fluminense. Na Baixada Fluminense, Duque de Caxias e Nova Iguaçu,

Aragão e Souza (1971) e Coura et al. (1971) também registraram a presença desses vetores. Essas descobertas na Baixada Fluminense levaram a medidas de controle vetorial seguidas de inquéritos sorológicos e de âmbito nacional realizados entre 1975 e 1983 e 1975 e 1980. Importante apontar que esse estudo estimou a prevalência de DC humana no RJ em 1,75% (Camargo et al. 1984). Em 1970, depois que Aragão e Souza relataram a presença de *T. infestans* em cinco locais em Duque de Caxias e Nova Iguaçu, Coura e seus colaboradores conduziram estudos de campo nas localidades onde foram encontrados os *T. infestans* infectados com *T. cruzi* infestando vários domicílios. Este estudo identificou seis indivíduos, sendo três adultos e três crianças, com reação de fixação de complemento positiva para DC. As crianças eram naturais da cidade de Duque de Caxias, região estudada. Um dos adultos era natural de Minas Gerais, região endêmica da DC, e estava há dois anos apenas residindo no Estado do RJ.

Os outros dois adultos são de Conceição de Macabu e Itaocara (distrito de Laranjeiras), cidades ao norte do Rio de Janeiro. Entre 1978 e 1980, Silveira e seus colaboradores realizaram novos estudos entomológicos nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu. Embora 535 amostras de *T. infestans* tenham sido coletadas em diferentes locais dentro e fora dos domicílios, nenhuma infecção por *T. cruzi* foi encontrada. Após isso, foi aplicado um inseticida de ação residual (BHC) para eliminar os focos existentes. Desde então, não mais se registrou a presença do vetor nos municípios em questão (Silveira et al. 1982).

Em outras pesquisas foi identificado a presença de reservatórios silvestres de *T. cruzi* no RJ, documentado por Guimarães e Jansen (1943), em gambá e cuíca; Coura et al. (1966b), gambá; Fernandes et al. (1999), gambás, cuíca preguiças-de-coleira, mico-leão-dourado, roedor; Gonçalves et al. (1998), gambá; Lisboa et al. (2000) Mico-leão-dourado; Sangenis et al. (2012), gambá e roedores. Estudos sorológicos também foram desenvolvidos por muitos pesquisadores e fazem parte dos estudos de campo para o diagnóstico de casos de DC em humanos (Bustamante e Gusmão 1953; Coura 1966; Coura et al. 1971; Camargo et al. 1984; Gonçalves et al. 1998; Giordano-Días et al. 2010; Sangenis et al. 2012). Apenas os estudos de Bustamante e Gusmão, Coura e Sangenis descreveram casos humanos de DC com probabilidade de autóctones. A probabilidade de casos autóctones no RJ também é levada em conta na publicação de Benchimol Et al. (1954), pois, de dois casos de

pacientes naturais da cidade do Rio de Janeiro, um não havia deixado a cidade em momento algum.

Coura, em seu trabalho de 1966, descreve a famosa viagem de Charles Darwin, no século XIX, pela América do Sul, onde foi picado por reduvídeos (*T. infestans*) enquanto viajava por Luxan, na província argentina de Mendoza. Este episódio, registado no seu diário de viagem, foi acrescentado à lista de doenças relatadas pelo naturalista após o seu regresso a Inglaterra e suspeitou-se que tenha morrido em consequência de DC (Darwin 1871; Coura 1966; Pena 2009). Concomitantemente a isso, quando realizava pesquisa bibliográfica da parte histórica da DC no RJ, foram descobertos textos que faziam menção a Charles Darwin em sua passagem ao Brasil, onde permaneceu alguns dias na Fazenda do Sossego, em Conceição de Macabu, Norte Fluminense. Darwin descreveu um quarto com estruturas simples e janelas de vidro, onde pernitoou vários dias, comendo caça dos animais selvagens que caçavam na área (Capozzoli 2009; Darwin 1871). Embora remota e até contestada por especialistas (Pena 2009), o DC de Darwin poderia ter sido adquirido em Mendonça ou em Conceição de Macabu.

3.1.2 Triatomíneos presentes no estado

Arthur Neiva, Cesar Pinto, Herman Lent, Emmanuel Dias, Felipe Nery Guimarães, Geth Jansen, Pedro Wygodzinsky e Antônio Carlos Silveira tiveram trabalhos pioneiros e importantíssimos para os estudos da fauna de triatomíneos não somente no RJ, bem como em outras regiões do Brasil e América Latina. Recente estudo sobre a distribuição geográfica dos vetores da DC mostra que existem 62 espécies no Brasil, distribuídas pelos 27 estados da federação (Gurgel-Gonçalves et al. 2012a).

Além disso, a pesquisa esclareceu os fatores ambientais que influenciam a distribuição e a abundância dos triatomíneos, como temperatura, umidade e cobertura vegetal. Ao identificar áreas de alto risco para a transmissão da doença, os investigadores e as autoridades de saúde pública podem implementar medidas específicas de controle para redução de sua incidência.

No RJ, estão presentes oito espécies de triatomíneos, sendo predominantes as de comportamento silvestre, sendo: *Microtriatoma borbai*, *Panstrongylus geniculatus*, *Panstrongylus megistus*, *Parabelminus carioca*, *Rhodnius domesticus*,

Triatoma rubrofasciata, *Triatoma tibiamaculata* e *Triatoma vitticeps* (Jurberg Et al. 2009; Gurgel-Gonçalves et al. 2012a). Algumas espécies no RJ são estritamente silvestres (*M. borbai*, *P. geniculatus*, *P. carioca*, *R. domesticus*, *T. tibiamaculata*), sendo que outras podem ser achadas em ambientes humanos (*P. megistus*, *T. rubrofasciata* e *T. vitticeps*) (Jurberg Et al. 2009).

É importante ressaltar que algumas dessas espécies são estritamente silvestres, ou seja, são encontradas predominantemente em áreas naturais e de mata fechada, longe do convívio humano. É o caso do *M. borbai*, *P. geniculatus*, *P. carioca*, *R. domesticus* e *T. tibiamaculata*. Essas espécies têm um papel importante na cadeia ecológica em seus habitats naturais, interagindo com outros organismos e desempenhando funções específicas no ecossistema.

Por outro lado, algumas espécies de triatomíneos encontradas no RJ têm a capacidade de se adaptar a ambientes humanos, podendo ser encontradas em residências, prédios e outras estruturas construídas pelo homem. É o caso do *P. megistus*, *T. rubrofasciata* e *T. vitticeps*. Essas espécies representam um risco maior para a saúde pública, uma vez que aumentam a proximidade entre os triatomíneos e os seres humanos, facilitando a transmissão da DC.

3.1.3 Presença do *triatoma vitticeps* e sua importância como vetor da DC

A primeira aparição registrada de *T. vitticeps* no RJ data de 1914, quando foram coletados exemplares na região de Macaé, Conceição de Macabu, Norte Fluminense e enviados ao Instituto Oswaldo Cruz (Neiva 1914; Neiva e Pinto 1923). Neiva e Pinto, em 1923, manifestaram preocupação com o comportamento desse vetor, que tende a adentrar em casas em busca de alimento à medida que seu habitat natural vai sendo destruído. Essa espécie foi descrita em 1859 por Carl Stål, entomologista sueco e especialista em Hemípteros que atribuiu ao Rio de Janeiro como espécie típica (Neiva & Pinto 1923, Lent, 1942). Informações da literatura indicam que *T. vitticeps* é encontrado em quatro estados do Brasil: Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Bahia (Silveira et al 1984; Gurgel-Gonçalves et al 2012a).

Não obstante, o estudo de Silveira (1984) aponta a captura deste triatomíneo na localidade de Buriti Bravo no Estado de Maranhão (Silveira et al 1984). Este inseto está largamente presente em municípios do Norte e Nordeste de Minas Gerais e

Espírito Santo, em especial na área central, parte do norte e do sul do Estado, incluindo os municípios de Vitória e Vila Velha (Silveira et al 1984, Sessa & Carias 1986, Dias et al. al 1989, Santos et al. 2005; 2006a, Leite 2011). Foi assinalada a presença de *T. vitticeps* em três municípios do sul baiano: Jacaraci, Guaratinga e Itagimirim (Silveira et al. 1984, Gurgel-Gonçalves et al. 2012b).

No Estado do Rio de Janeiro, a presença do vetor é uma realidade preocupante em diversos municípios, principalmente nas regiões Norte, Serrana, Metropolitana e Noroeste. Há relatos da presença deste vetor em municípios fluminenses de Conceição de Macabu, Campos dos Goytacazes, Macaé, São João da Barra e São Fidélis, na região Norte; Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes, Nova Friburgo e Petrópolis, na região Serrana; Itaocara e Porciúncula, na região Noroeste; Magé, Maricá, Niterói, Rio de Janeiro e Tanguá na região Metropolitana; Miguel Pereira, na região Centro-Sul; Silva Jardim e Cabo Frio na Baixada Litorânea (Neiva 1914; Neiva & Pinto 1923; Lent 1942, Ferreira et al. 1986; Fernandes et al.(1999), Gonçalves et al. 1998; Lorosa et al. 2003; 2008; Giordano-Dias et al. 2010; Santos et al. 2006a - comunicação pessoal; Sangenis et al. 2012) (Figura).

Em relação à ecologia do *Triatoma vitticeps*, é possível afirmar que esta espécie está mais adaptada ao bioma da Mata Atlântica. Ao analisarmos as regiões onde o triatomíneo é encontrado em comparação com o mapa de biomas do Brasil, podemos observar que sua distribuição ocorre principalmente em áreas onde predomina a Floresta Tropical Atlântica, com uma transição para o Cerrado ao norte de Minas Gerais e sul da Bahia (IESB 2007; Gurgel-Gonçalves et al. 2012a). A umidade do ambiente parece desempenhar um papel importante na multiplicação desta espécie. Estudos indicam que o aumento da umidade relativa do ar está diretamente relacionado com maiores taxas de eclosão dos ovos do *T. vitticeps* (Souza et al. 2010).

Portanto, o ambiente úmido da Mata Atlântica favorece a reprodução e sobrevivência deste triatomíneo. Apesar de habitar predominantemente ambientes silvestres, o *T. vitticeps* também tem o hábito de invadir as casas em busca de alimento. Estes insetos são atraídos pela luz das residências, especialmente durante os meses mais quentes e chuvosos do ano. Quando esses insetos invadem residências e se instalam em camas, móveis e buracos nas paredes, aumenta-se

significativamente o risco de contato com o parasita, colocando em perigo a saúde das pessoas que habitam o local.

Este comportamento de invasão de domicílios pode aumentar o risco de transmissão da DC para os moradores locais (Neiva & Pinto 1923; et al. 1986; Gonçalves et al. 1988; Lorosa et al. 2008).

A comparação entre as regiões de ocorrência do *T. vitticeps* com os diferentes biomas do Brasil ressalta a preferência desta espécie pela Mata Atlântica. A adaptação ao ambiente úmido e a proximidade com as residências humanas tornam o *T. vitticeps* uma preocupação para a saúde pública, devido ao potencial de transmissão da doença de DC. Lent, em seu artigo em 1942, iniciou um estudo e, a princípio, chegou a considerar espécie dominante e principal transmissora da DC no RJ, pela constante frequência que em que foi encontrada nos domicílios (Lent, 1942). A pesquisa de Lent mostrou a frequência do *T. vitticeps* encontrado nas aldeias, que ele diz ser a principal espécie transmissora de doenças na região. O potencial vetorial de *T.vitticeps* foi constatado no Espírito Santo, onde é o principal vetor, exibindo altas taxas de infecção por *T.cruzi* (Santos et al. 1996b; Sessa & Caria 1986; Dias et al. 1989, Santos et al. 2006a), apesar de a prevalência de DC humana ter se mostrado baixa em diversas testagens sorológicas naquele Estado (Santos et al. 1969a; Barros et al. 1975; Dias et al. 1989; Sessa et al. 2002).

A alta mortalidade de *T. vitticeps* causada por *T. cruzi* foi observada em estudo realizado na localidade de Triunfo, município de Santa Maria Madalena, região de Serrana, RJ (Gonçalves et al. 1998). Apesar de infestar os domicílios em busca de comida, esses triatomíneos raramente são encontrados vivendo em casas. A maioria das capturas são de espécimes adultos, as ninfas são raras, com baixa densidade domiciliar, o que é indicado pela reduzida capacidade de colonização (Sessa e Carias 1986; Dias et al. 1989; Gonçalves et al. 1998; Santos et al. 2005).

Apesar do conhecimento do baixo potencial vetorial da espécie, nenhum estudo contesta o seu envolvimento na transmissão da DC. Tais estudos sugerem uma baixa probabilidade de infecção por *T. vitticeps* transmitir a doença, mas não descartam a possibilidade. Algo pode ser encontrado nos estudos realizados no Espírito Santo (Pinto et al. 1969; Santos et al.2006b). Deve-se notar que, embora o comportamento de defecação tardia seja um padrão frequentemente observado, muitos triatomíneos desta espécie defecam rapidamente após a alimentação, tornando-os as espécies vetoras mais eficientes (Santos et al. 2006b). O *T. vitticeps*

também é, provavelmente, o principal vetor responsável pela transmissão dos casos autóctones de DC observados no RJ. Após análise das últimas publicações e relatos sobre *T. vitticeps* no RJ, constatou-se que a presença do vetor é claramente observada nas regiões Serrana e Norte, onde se concentra a maior parte dos casos autóctones observados nesta série (Ferreira et al. e outros 1986, Gonçalves e outros 1998, Fernandes e outros 1999, Lorosa e outros 1999, Lorosa e outros 1999. 2003; 2008, Giordano-Diaz et al. 2010; Sangenis et al. 2012).

Lorosa (2003), em estudos realizados, relatou caso de DC na região de Arcádia, região serrana (Miguel Pereira-RJ), onde *T. vitticeps* foi apontado como transmissor do agente etiológico da doença. Em 2013, foram encontrados triatomíneos infectados nos municípios de São Sebastião do Alto, São Fidélis (Norte Fluminense) e Santa Maria Madalena (Região Serrana). 73% dos insetos testados, apresentaram positividade para *T. cruzi*. Sangenis (2015) relatou o primeiro caso de DC na região de Engenho de Dentro, bairro da capital do RJ.

De acordo com Mattos et al. (2019) e Passos et al. (2012), o *T. cruzi* pode permanecer viável na polpa de açaí em temperatura de 4°C por um período de 144 horas, o que equivale a seis dias. Além disso, em temperatura ambiente, a polpa de açaí pode manter sua capacidade de infectar por até 24 horas, e por até 26 horas quando congelada a -20°C. Esses resultados são preocupantes, pois o consumo de açaí é muito comum em algumas regiões do Brasil e em outros países.

Já no caso do caldo de cana, Mattos et al. (2019) também observaram que o *T. cruzi* pode permanecer viável em temperatura de 4°C por até sete dias. Além disso, em temperatura mais alta, como 26°C, o parasita pode se manter infectante por até 48 horas. Isso significa que o consumo de caldo de cana, uma bebida popular em muitas partes do mundo, também pode representar um risco de infecção por *T. cruzi*.

Esses resultados ressaltam a importância da higiene e segurança alimentar na prevenção da doença de Chagas. Medidas simples, como garantir a correta higienização dos alimentos e a manutenção adequada da temperatura de armazenamento, podem ajudar a reduzir o risco de contaminação por *T. cruzi*. Além disso, é essencial que as autoridades de saúde pública estejam cientes desses riscos e realizem campanhas educativas para informar a população sobre os cuidados necessários ao consumir alimentos potencialmente contaminados.

Outros estudos foram realizados para demonstrar que o parasito pode sobreviver em outros alimentos em diversas condições ambientais, tais como leite

pasteurizado, água potável, carne moída crua ou cozida, queijo fresco, arroz cozido, banana, pêssago, mamão, maçã, batata, cenoura e tomate. Anez e Crisante (2008) e Calvo-Mendez et al. (1994) foram responsáveis nestes estudos e contribuíram significativamente com a compreensão desta via de contaminação. Segundo Passos et al. (2012) a relação de contaminação por alimentos, se deve, principalmente, pela falta de cuidados de higiene no manuseio durante a colheita, debulha, transporte, armazenamento e possível comercialização da polpa, não podendo se excluir a possível contaminação de equipamentos e utensílios que podem ocorrer durante a fabricação quanto no consumo de tais alimentos.

Embora o número de pacientes seja pequeno para se fazer qualquer afirmação categórica, os achados sobre a doença de Chagas no Rio de Janeiro são significativos e fornecem uma ideia do perfil epidemiológico e clínico da doença nessa região, que é predominantemente urbana e localizada fora da área endêmica original. Vale ressaltar que nenhum outro estudo no passado analisou de forma tão aprofundada os casos de doença de Chagas em indivíduos naturais do Rio de Janeiro.

É importante mencionar que estudos anteriores realizados por Coura (1966) e Coura et al. (1983) analisaram casos de doença de Chagas na cidade do Rio de Janeiro, no entanto, os grupos estudados eram originários de vários estados do Brasil e compostos, em sua maioria, por migrantes do Nordeste e Minas Gerais. Portanto, os resultados desses estudos podem não refletir com precisão a situação da doença de Chagas entre a população nativa do Rio de Janeiro.

Os dados obtidos nessa pesquisa podem contribuir significativamente para o entendimento da epidemiologia e manifestações clínicas da doença de Chagas nessa região. A identificação de casos autóctones de doença de Chagas no Rio de Janeiro pode indicar a presença de vetores infectados na área urbana, o que representa um desafio adicional para o controle e prevenção da doença.

Além disso, a análise mais aprofundada desses casos pode fornecer informações valiosas para o desenvolvimento de estratégias de vigilância e manejo clínico da doença de Chagas no Rio de Janeiro. É fundamental que mais pesquisas sejam realizadas para investigar a extensão do problema e implementar medidas eficazes de controle da doença, especialmente em áreas urbanas onde a transmissão da doença de Chagas pode passar despercebida.

Figura 6: Mapa dos municípios do RJ com relato de captura de *Triatoma vitticeps*

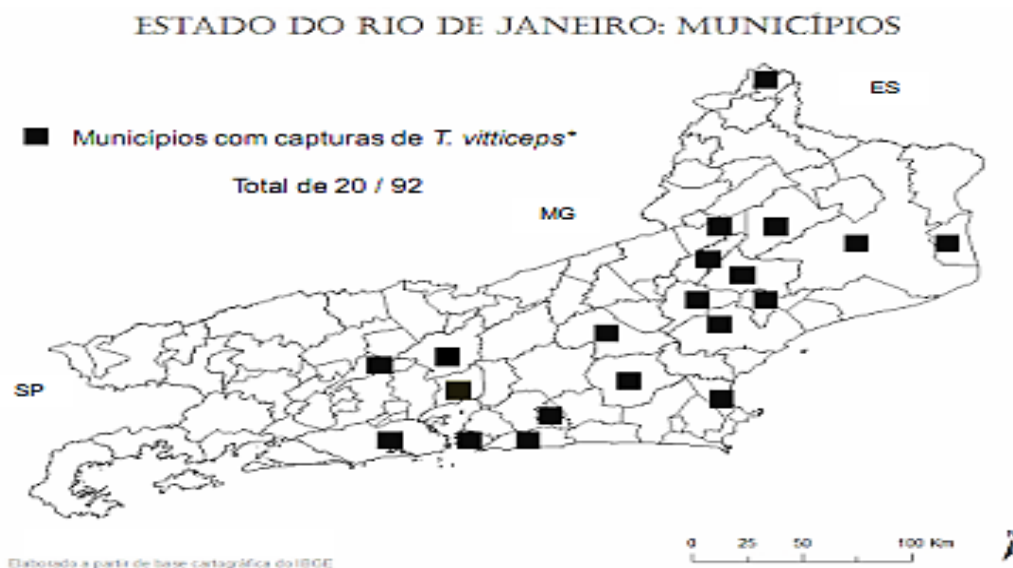


Figura 6: Mapa dos municípios do RJ com relato de captura de *Triatoma vitticeps* – Neiva 1914; Neiva & Pinto 1923; Lent 1942, Ferreira et al. 1986; Fernandes et al. 1999; Gonçalves et al. 1988; Lorosa et al. 2003; 2008; Giordano-Dias et al. 2010; Santos-Mallet 2011. Fonte: comunicação pessoal; Sangenis et al. Fiocruz, 2012.

3.2 Políticas públicas relacionadas ao controle da DC no estado

No Rio de Janeiro, a implementação do PNCDch é feita através da prevenção da DC, e é realizada por meio de campanhas sanitárias, especialmente nas regiões vulneráveis à doença, transversalmente a visitas domiciliares, avaliando interna e externamente os domicílios locais onde podem existir e ser encontrados os vetores responsáveis pela sua transmissão, fornecendo orientações aos moradores de como prevenir esses focos. Caso o inseto seja encontrado, é encaminhado para análise, com a finalidade de identificar se está contaminado pelo parasita (Lima et al., 2012).

No Rio de Janeiro, a implementação do Plano Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDch) é uma ação fundamental para prevenir a propagação dessa doença que afeta milhares de pessoas em todo o país. Através da prevenção da Doença de Chagas, é possível reduzir os casos de transmissão e oferecer um melhor cuidado aos pacientes já infectados.

Uma das principais estratégias de implementação do PNCDch no Rio de Janeiro é a realização de campanhas sanitárias, especialmente nas regiões mais vulneráveis à doença. Essas campanhas têm como objetivo informar a população

sobre os riscos da doença, ensinar medidas de prevenção e identificar possíveis focos de infestação pelos vetores responsáveis pela transmissão.

Além das campanhas sanitárias, as visitas domiciliares também desempenham um papel importante na implementação do PNCDch. Durante essas visitas, equipes de saúde avaliam interna e externamente os domicílios locais, procurando por possíveis focos de infestação. Os moradores são orientados sobre como prevenir a presença desses vetores em suas casas e recebem informações sobre os sintomas da Doença de Chagas.

Caso seja identificada a presença do inseto transmissor, ele é encaminhado para análise laboratorial, a fim de verificar se está contaminado pelo parasita causador da doença. Essa medida é importante para identificar possíveis focos de infestação e prevenir a transmissão para outras pessoas na comunidade.

Representa um desafio fundamental para a vigilância epidemiológica e o monitoramento dos bancos de sangue, bem como para a prestação de assistência médica e social para as pessoas infectadas. Evidentemente que a sustentabilidade destas medidas dependerá também do desenvolvimento da maturidade política e do amadurecimento da cidadania popular. Todavia, nesse sentido, existe uma certa omissão dos setores públicos brasileiros e em outros países latino-americanos, principalmente o sistema educacional e os partidos políticos. O primeiro, geralmente, não mobiliza nem liberta a sociedade, porque se baseia mais nas políticas existentes do que na inovação e não confere direitos à cidadania. A educação pública, que em teoria poderia reduzir a desigualdade, foi pisoteada pelos cortes orçamentais do Estado e pelos interesses dominantes do governo e das elites. Os produtos universitários não têm capacidade ou qualificação para promover reformas políticas ou sociais ou promover uma visão abrangente do mundo e da sociedade. Não obstante, neste ponto, as pesquisas relativas à doença de Chagas fazem exceção em vários lugares da América Latina, resguardando um pouco, de certa forma, a autoestima e encontrando soluções para um problema concreto da Região que não interessa ao primeiro mundo (Dias, 1998, 1999).

Conforme a portaria regulamentadora n.º 1378/13 do MS, as normas de fiscalização de execução e financiamento das medidas de controle e vigilância da DC são: interromper a transmissão por meio dos vetores e pelas transfusões de sangue, detectar e notificar casos agudos e congênitos, pesquisar, tratar e assistir pacientes com DC crônica (OPAS, 2009). Em referência à vigilância entomológica da doença de

DC, o MS recomenda que as atividades rotineiras tanto na vigilância ativa quanto passiva, sejam realizadas em domicílio. Com o advento da pandemia COVID-19, os eventos presenciais também diminuíram. Recomenda-se a realização de atividades planejadas de pesquisa ativa em áreas com riscos ambientais da fauna triatomínea, com o objetivo de identificação de insetos triatomíneos, bem como promover a educação em saúde (MS, 2020).

O Boletim Epidemiológico da DC de 2019 da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS-MS, 2021) enfatiza a importância da conscientização quanto ao controle desses vetores no estado do Rio de Janeiro.

O Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável em fornecer gratuitamente o medicamento para realização de tratamento dos sintomas da doença em fase aguda. Já na fase crônica, o tratamento deverá ser analisado pelo profissional de saúde para realizar diagnóstico a fim de prescrever melhor tratamento (Ministério da Saúde, 2023).

É fundamental que a população esteja ciente dos riscos e das medidas de prevenção da Doença de Chagas. Dentre as ações recomendadas estão a eliminação de possíveis criadouros dos insetos vetores, como a vedação de frestas em residências e a utilização de telas de proteção nas janelas. Além disso, é importante manter a higiene das habitações e realizar regularmente a dedetização para controlar a população de barbeiros.

O Boletim Epidemiológico ressalta que o controle dos vetores da Doença de Chagas é uma responsabilidade compartilhada entre os órgãos de saúde, a população e outros setores da sociedade. A colaboração de todos é essencial para a redução da transmissão da doença e para o controle da sua disseminação.

Diante disso, é fundamental que a conscientização sobre a Doença de Chagas seja ampliada, visando a prevenção e o controle efetivo da enfermidade no estado do Rio de Janeiro. O acesso ao tratamento adequado e a adoção de medidas preventivas são fundamentais para garantir a saúde e o bem-estar da população.

O Governo Federal, através do Ministério da Saúde (Brasil, 2022), lançou campanha nacional de conscientização da população sobre a importância do combate a transmissão da DC no Brasil. A campanha teve como objetivo informar como prevenir o inseto transmissor dentro das residências, causa considerada como maior risco de transmissão, evitando a criação de criadouros dentro de casa.

O combate à transmissão de doenças transmitidas por mosquitos é uma responsabilidade de todos, e a conscientização da população é fundamental para prevenir surtos e epidemias dessas doenças. Portanto, é importante que cada cidadão faça a sua parte, adotando medidas simples, porém eficazes, para combater a proliferação do mosquito transmissor e proteger a sua saúde e a de sua família.

Em fevereiro de 2024, o Governo Federal conjuntamente com a OPAS e OMS (OPAS, 2024), lançam o programa intitulado Programa Brasil Saudável: unir para cuidar” sendo considerado um marco importante na luta pela eliminação das doenças determinadas socialmente no Brasil.

O Programa Brasil Saudável visa combater essas desigualdades e garantir que todos os cidadãos tenham acesso igualitário a serviços de saúde de qualidade. Através de ações preventivas, campanhas de conscientização e investimento em infraestrutura de saúde, o programa pretende reduzir a incidência de doenças determinadas socialmente e melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

A parceria de organizações mundiais como OPAS e da OMS no programa, ressalta a importância do combate às doenças determinadas socialmente em nível global. A colaboração entre países e organizações internacionais é essencial para enfrentar desafios de saúde pública que ultrapassam fronteiras e afetam milhões de pessoas em todo o mundo.

Por meio do programa, o Ministério da Saúde e outros 13 ministérios do governo federal brasileiro estão unindo esforços para atuar em diversas frentes que visam melhorar a qualidade de vida e promover o desenvolvimento social no país. O foco principal é o enfrentamento à fome e à pobreza, buscando garantir que todos os brasileiros tenham acesso a alimentos suficientes e de qualidade, bem como condições dignas de moradia e sustento.

Além disso, o programa tem como objetivo a ampliação dos direitos humanos e a proteção social para populações e territórios prioritários, que muitas vezes são excluídos e negligenciados. Isso inclui ações para combater a discriminação, a violência e a marginalização de grupos vulneráveis, como mulheres, crianças, idosos e pessoas com deficiência.

A qualificação de trabalhadores, movimentos sociais e sociedade civil também é uma prioridade do programa, pois acredita-se que o fortalecimento desses atores é fundamental para o desenvolvimento sustentável e a promoção da justiça social. Por meio de capacitações, treinamentos e apoio técnico, pretende-se capacitar esses

grupos para que possam atuar de forma mais eficaz na defesa dos direitos e na implementação de políticas públicas.

Outro aspecto importante do programa é o incentivo à inovação científica e tecnológica para o diagnóstico e tratamento de doenças, bem como para a melhoria dos serviços de saúde e assistência social. A busca por soluções inovadoras e eficientes é essencial para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, especialmente em regiões mais remotas e carentes.

Além disso, o programa prevê a ampliação das ações de infraestrutura e de saneamento básico e ambiental, que são fundamentais para garantir condições de vida saudáveis e seguras para a população. O acesso a água potável, saneamento adequado, moradia digna e espaços públicos seguros são direitos básicos que devem ser assegurados a todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica.

Por meio desse programa, o governo brasileiro está buscando promover um desenvolvimento mais justo e inclusivo, que leve em consideração as necessidades e direitos de todos os cidadãos. A abordagem integrada e multidisciplinar adotada pelo programa reflete a compreensão de que a superação dos desafios sociais e econômicos do país requer ações coordenadas e colaborativas entre os diversos atores envolvidos. É preciso unir esforços e trabalhar de forma articulada para construir uma sociedade mais justa, igualitária e solidária para todas e todos.

CONCLUSÃO

Inicialmente, insta afirmar que a intenção principal deste estudo foi realizar a análise do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas (PNCDCh) no estado do Rio de Janeiro, visando oferecer uma significativa contribuição para a compreensão da eficácia e implementação dessa política de saúde pública. O escopo desta pesquisa adota uma abordagem científico-jurídica que investigou as ações do programa, com o intuito de estabelecer seus efeitos práticos no controle da doença na região.

A constatação do contexto de pobreza e das condições socioeconômicas instáveis emerge como elementos cruciais na propagação da doença de Chagas e na dificuldade de acesso da população aos sistemas de prevenção e tratamento. Nesse sentido, a análise crítica realizada buscou compreender as causas e os impactos da doença no âmbito da pobreza, ressaltando a importância de políticas públicas integradas e eficazes para o enfrentamento das doenças negligenciadas.

A revisão bibliográfica e a análise exploratória se mostraram plenamente eficazes no levantamento das informações para alcançar os objetivos inicialmente propostos e revelaram que, apesar dos desafios na implementação das políticas de controle da doença de Chagas, não foram identificadas evidências que sugiram a ineficácia do programa nacional no estado do Rio de Janeiro. Este resultado indica que mesmo em uma região não endêmica, as medidas de controle se mostraram eficazes em prevenir a disseminação da doença e garantir o acesso ao diagnóstico e tratamento para aqueles que necessitam, apesar de existirem barreiras que precisam ser transpostas, exemplo disso é a falta de hospitais especializados em localidades no interior do estado.

Destaca-se, ainda, a relevância do enfoque multidisciplinar adotado neste estudo, que amalgama elementos da saúde pública, do direito e das ciências sociais para uma análise abrangente e pontual da problemática. A integração dessas diferentes perspectivas permitiu uma compreensão mais completa dos fatores que influenciam a eficácia das políticas de controle da doença de Chagas e das possíveis soluções para os desafios enfrentados.

A análise crítica das políticas de controle da doença de Chagas no Rio de Janeiro possibilitou a verificação dos resultados obtidos pelo programa, bem como a

identificação dos avanços alcançados e dos desafios a serem superados. Aspectos como a escassez de recursos financeiros e humanos, a dificuldade no diagnóstico precoce da doença e a necessidade de ampliar e disseminar informações sobre as diversas formas de contágio, sua prevenção e tratamento surgiram ao longo desse estudo como questões críticas que demandam atenção e investimento por parte dos gestores públicos.

Apesar de existirem diversos pontos de atendimento da rede básica de saúde, como postos de saúde e clínicas da família, não existe recurso necessário para identificação da enfermidade, principalmente no interior do estado, sendo necessário que esses moradores necessitem se deslocarem de suas localidades e irem em busca de atendimento especializado na capital, dificultando sensivelmente um rápido diagnóstico e eventual tratamento.

A pesquisa destaca a importância da educação em saúde como uma ferramenta fundamental para a prevenção e controle da doença de Chagas. A disseminação de informações precisas e acessíveis sobre a doença, seus sintomas, métodos de prevenção e formas de tratamento, podem contribuir significativamente para reduzir a ocorrência de novos casos e melhorar o atendimento dos pacientes já diagnosticados.

Sugere-se, em primeiro lugar, a realização de estudos mais aprofundados sobre a eficácia das estratégias de controle da doença de Chagas em diferentes contextos regionais, levando em consideração as especificidades socioeconômicas, culturais e epidemiológicas de cada região. Além disso, é imprescindível investigar os determinantes sociais, ambientais e políticos que influenciam a transmissão e disseminação da doença, visando propor políticas ainda mais eficazes e sustentáveis.

Uma área de pesquisa promissora consiste na avaliação do impacto das intervenções de saúde pública no acesso ao diagnóstico e tratamento da doença de Chagas, especialmente em comunidades vulneráveis e marginalizadas. O desenvolvimento de métodos inovadores de diagnóstico e vigilância epidemiológica também representa uma importante linha de pesquisa que pode contribuir para o controle da doença.

Ademais, é fundamental promover a integração entre pesquisadores, profissionais de saúde, gestores públicos e organizações da sociedade civil, a fim de compartilhar conhecimentos, experiências e melhores práticas no enfrentamento da doença de Chagas. A colaboração interdisciplinar e a troca de informações são

essenciais para o avanço do campo e o desenvolvimento de abordagens mais eficazes e abrangentes.

Por fim, incentiva-se a realização de estudos longitudinais que acompanhem o impacto das políticas de controle da doença de Chagas ao longo do tempo, permitindo uma avaliação contínua de sua eficácia e identificação de áreas de melhoria. Tais pesquisas podem fornecer insights valiosos para a tomada de decisões e o planejamento de intervenções futuras, visando a redução da morbimortalidade associada à doença e a promoção da saúde pública.

Portanto, ao concluir este estudo, reitera-se a importância de uma análise crítica e embasada das políticas de controle da doença de Chagas, visando contribuir para o aprimoramento das estratégias de prevenção e tratamento, bem como para a promoção da saúde e bem-estar das populações afetadas. Que este trabalho possa servir como base para futuras pesquisas e iniciativas voltadas à redução da morbimortalidade associada à doença de Chagas e à melhoria das condições de vida das comunidades atingidas.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sonia (org). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. 1ª edição; Rio de Janeiro, p.77-125 Editora FGV, 2006.

AGEVAP (Associação Pró-Gestão das Águas da Bacia Hidrográfica do Rio Paraíba do Sul). Relatório técnico – Bacia do Rio Paraíba do Sul – **subsídios às ações de melhoria da gestão** 2011. Disponível em: <http://www.agevap.org.br/downloads/Relatorio%20Geral%20versao%20para%20site%2029dez11.pdf>. Acesso: 13 agos 2023.

ALA-HARJA, Marjukka; HELGASON, Sigurdur. **Em direção às melhores práticas de avaliação**. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 51, n. 4, p. 5-59, out./dez. 2000.

ALENTAJANO prr 2005. **A evolução do espaço agrário fluminense**. Geographia (UERJ) 13: 49-70.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP – Brasil). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

ALMEIDA, Matheus Alves. **Governo lança programa para eliminação e controle de doenças como malária, tuberculose e HIV/aids**. Brasil de Fato, Rio de Janeiro-RJ, 07 de fev de 2024. Disponível: <https://www.brasildefato.com.br/2024/02/07/governo-lanca-programa-para-eliminacao-e-controle-de-doencas-como-malaria-tuberculose-e-hiv>. Acesso: 12 mar 2024.

ANEZ, N; CRISANTE, G. **Supervivencia de formas de cultivo de Trypanosoma cruzi en alimentos experimentalmente contaminados**. Boletín de Malariología y Salud Ambiental, 2008. p. 91-94.

ANDRADE, Fabrício Fontes. **A institucionalidade da assistência social na proteção social brasileira**. Serv. Soc. Rev, Londrina, V. 13, n. 2, p. 19-44, Jan/Jun, 2011.

ARAGÃO, MB; SOUZA, SA 1971. **Triatoma infestans colonizando em domicílios da Baixada Fluminense, estado do Rio de Janeiro**, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop 5: 115-121.

ARAÚJO, Adauto et al. Paleoparasitology Of chagas disease - A review. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, 2009. v. 104. n. SUPPL. 1. p. 9–16.

ARAÚJO, Waleska Regina Machado. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: análise hierárquica de fatores de contexto, estrutura e processo de trabalho** (Dissertação). UFMA, São Luís, 2015.

ARNAL, A.; WALECKX, E.; RICO-CHÁVEZ, O.; HERRERA, C.; DUMONTEIL, E. **Estimating the current burden of Chagas disease in Mexico: A systematic**

review and meta-analysis of epidemiological surveys from 2006 to 2017. PLoS Neglected Tropical Diseases, v. 13, n.4, p. 1-19, 2019.

ARRETCHE, Marta. **Mitos da descentralização: Mais democracia e eficiência nas políticas públicas?** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v.11, n.31, jun. 1996

ARRETCHE, Marta. **Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003.

ARRETCHE, Marta. **Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995.** Dados, jun, vol.52, no.2, p.377-423, 2009.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 7(3), p. 455-479, 2002.

BARROS gc, Mayrink W, Salgado AA, Barros RCG, Sessa PA 1975. **Contribuição para o conhecimento da doença de Chagas autóctone no estado do Espírito Santo.** Rev Inst Med Trop São Paulo 17: 319-329.

BENCHIMOL ab, Schlesinger P, Cotrim MR 1954. **A cardiopatia Chagásica crônica observada na cidade do Rio de Janeiro:** estudo de 32 casos. Med Cirurgam 213: 5-30.

BRASIL, **Constituição Federal do Brasil** (planalto.gov.br). Acesso: 21 agos 2023.

BRASIL, **Direito à saúde - SUS: O que são?** Leia mais no Pense SUS | Fiocruz. Acesso: 21 agos de 2023.

BRASIL, Fiocruz, **Doenças Negligenciadas**, disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>, Acesso em 11 set 2022.

BRASIL, **Doenças negligenciadas.** Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/handle/iciict/13183#:~:text=O%20estado%20do%20Rio%20de,estado%20do%20Rio%20de%20Janeiro>. Acesso em 28 agos de 2023.

BRASIL. **Governo Federal lança a campanha de combate à doença de Chagas.** Disponível: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/governo-federal-lanca-campanha-de-combate-a-doenca-de-chagas>. Acesso: 12 mar de 2024.

BRASIL, Hasslocher Morenno, Alejandro **Transmissão da doença de Chagas.** Disponível em <https://chagas.fiocruz.br/doenca/transmissao/>. Acesso em 25 agos de 2023.

BRASIL, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 2022. Estados: Rio de Janeiro. (homepage). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj>. Acesso; 17 out 2023.

BRASIL, IBGE/PENAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Disponível: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=microdados>. Acesso: 22 dez 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso: 13 mar de 2024.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/550018>. Acesso: 13 mar de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doença de Chagas aguda no Brasil: série histórica de 2000 a 2013.** Bol Epidemiol. 2015;46(21):1-9. Acesso em 28 agos de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 2021.** Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br>. Acesso: 11 set 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em 18 mar 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em 18 mar 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Educação Popular em Saúde.** Disponível: <http://www.saude.gov.br/participacao-e-controle-social/gestao-participativa-em-saude/educacao-popular-em-saude>. Acesso: 19 mar 2024.

BRASIL, ONU, **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** - Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> Acesso em: 6 Set 2023.

BRASIL., ONU, **Entrevista Entenda a nova linha global de pobreza.** Disponível em: Entrevista: Entenda a nova linha global de pobreza | | ONU News. <https://news.un.org/pt/tags/linha-da> Acesso em: 05 set 2023.

BRASIL, ODS 1 - **Erradicação da Pobreza** - Ipea - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Acesso 05 set 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.061, de 18 de maio de 2020 – **revoga a Portaria n.º 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de consolidação n.º 4/gm/ms**, de 28 de setembro de 2020. Acesso em 23 agos de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doença de Chagas: 14 de abril - Dia Mundial.** Bol Epidemiol 2020; 51(n. esp.):1-43.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.** Disponível: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=REKBw1EzsOo%3D>

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma Teoria Jurídica das Políticas Públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

BUCCI, Maria Paula Dalar. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUSTAMANTE, Gusmão JB 1953. **Sobre um foco de Triatoma infestans nos municípios de Resende e Itaverá, estado do Rio de Janeiro**. Rev Brasil Malariol D Trop 5: 23-28.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007, p. 77-93.

CALVO-MENDÉZ, ML.et al. **Infección experimental con Trypanosoma cruzi a través de agua y alimentos contaminados**. Revista Latino-Americana de Microbiología, 1994. p. 67-69.

CAMARGO me, Silva GR, Castilho E A, Silveira AC 1984. **Inquérito sorológico da prevalência de infecção chagásica no Brasil, 1975/1980**. Rev Inst Med Trop São Paulo 26: 192-204.

CANOTILHO, J. **Tomemos a sério os direitos econômicos, sociais e culturais**. [s. l.: s.n.] apud Sarlet I. Eficácia dos direitos fundamentais. [s. l.: s.n.] p. 299.

CANO, Ignacio. **Introdução à Avaliação de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

CAPAZZOLI u, 2009. **Darwin no Brasil – Encanto com a natureza e choque com a escravidão**. Scientific American Brazil 81: 83-87.

CARVALHO, Suzana Costa et al. **Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State**, Northeast Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 744-754, abril, 2015.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. **Análise da Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde no Brasil**. Organização: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016a.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. **Uma Narrativa Sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Organização: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016b.

CEPERJ (Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro) 2022. **Produto interno bruto do Estado do Rio de Janeiro – 2022. Textos analíticos**. Disponível em: <http://www.ceperj.rj.gov.br/ceep/pib/pib.html>

CESAR G.V. **Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough**. lancet. jul 2003; 362(9379): 233-41. Acesso: 12 jun 2023.

CHAGAS, C. **Nova tripanozomíase humana: estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum Cruzi* n. gen., n. sp., agente etiológico de nova entidade morbida do homem**. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, v. 1, n. 2, p. 159–218, 1909.

COSTA, Frederico Lustosa; CASTANHAR, José Cezar. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos**. RAP: Rio de Janeiro 37(5):969-92, set./out. 2003.

COSTA LEITE II, 1960. **Sobre o *Triatoma tibiamaculata* (Pinto, 1926)**. Rev Bras Malariol 12: 365-371.

COTTA, Tereza Cristina. **Avaliação educacional e políticas públicas: a experiência do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (Saeb)**. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 52, n. 4, p. 89-110, out./dez. 2001.

COURA, J. R. **Transmission of chagasic infection by oral route in the natural history of Chagas Disease**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., São Paulo, v. 39, sup. 3, p. 113-117, 2006.

COURA, J. R. Ferreira LF, Rodrigues da Silva J 1966a. **Triatomíneos no Estado da Guanabara e suas relações com o domicílio humano**. Rev Inst Med Trop São Paulo 8: 162-166.

COURA, J. R. Ferreira LF, Rubens J, Pereira NC, Rodrigues da Silva J 1966b. **Tripanosoma do “complexo cruzi” em reservatório silvestre no estado da Guanabara. Estudo de sua patogenicidade**. Rev Inst Med Trop São Paulo 8: 125-133.

COURA, J. R. Abreu LL, Borges-Pereira J, Willcox HP 1985. **Morbidade da doença de Chagas. IV. Estudo longitudinal de dez anos em Pains e Iguatama, Minas Gerais, Brasil**. Mem Inst Oswaldo Cruz 80: 73-80.

COURA, J. R. Silva CET, Vieira W, Figueiredo N 1971. **Um foco de doença de Chagas transmitida pelo *Triatoma infestans* na Baixada Fluminense, município de Caxias, estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Rev Soc Bras Med Trop 5: 123-129.

COURA, J. R. Chagas disease: what is known and what is need – A background article. Memórias do Instituto Owasldo Cruz, 2007.

COURA, J. R., BORGES-PEREIRA, J. **Chagas disease: 100 years after its Discovery. A systemic review**. Acta Tropica, v. 115, n.1-2, p. 5-13, 2010.

DANTAS me, Shinzato E, Medina AIM, Silva CR, Pimentel J, Lumbreras JF, Calderano SB, Carvalho Filho A 2005. **Diagnóstico Geoambiental do Estado do Rio de Janeiro. In Oficina internacional de ordenamento territorial mineiro -**

cyted (Ciencia y Tecnologia para el Desarrollo Cooperación Iberoamericana). Rio de Janeiro, CD-ROM, Sessão 4, p.1-35.

DARWIN c, 1871. **Diário das Investigações sobre a História Natural e Geologia dos países visitados durante a viagem ao redor do mundo pelo navio de Sua Majestade “Beagle” sob o comando do Capt. Fitz Roy, RA. Viagem de um naturalista ao redor do mundo**, ed. Abril Cultural. 135 pp.

DIAS, J. C. P., DIAS, J. C. P. & JATENE, A. D., 1992. **Doença de Chagas no Brasil: situação atual e perspectivas**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 25: 6-8.

DIAS, J. C. P., DIAS, J. C. P. & JATENE, A. D., 1985. **Aspectos socio culturales y económicos relativos al vector de la enfermedad de Chagas**. In: Factores Biológicos y Ecológicos en Enfermedad de Chagas (R. Tonn & R. Carcavallo, orgs.), vol. II, pp. 289-304, Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud/Servicio Nacional de Chagas.

DIAS, J. C. P., DIAS, J. C. P. & JATENE, A. D., Feitosa VR, Ferraz-Filho NA, Rodrigues VLC, Alencar AS, Sessa PA 1989. **Fonte alimentar e potencial vetorial de Triatoma vitticeps (Stal, 1859) com relação à doença de Chagas humana no estado do Espírito Santo, Brasil (Hemiptera, Reduviidae)**. Mem Inst Oswaldo Cruz 84 (supl. IV): 165-173.

DIAS, J. C. P., DIAS, J. C. P. & JATENE, A. D., Schofield CJ 1998. Controle da transmissão transfusional da doença de Chagas na Iniciativa do Cone Sul. Rev Soc Bras Med Trop 31: 373-383.

DIAS, J. C. P., DIAS, J. C. P. & JATENE, A. D., et al. **ii Consenso brasileiro em doença de Chagas**, 2016. epidemiol. serv. saúde. 2016; 24; 1: 7-86.

DIAS, J. C. P., DIAS, J. C. P. & JATENE, A. D., **Perspectivas de controle da doença de chagas no brasil. 1986**. cad. saúde Pública 2, 84-103

DIAS, J. C. P., DIAS, J. C. P. & JATENE, A. D., **Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas: epidemiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006. cap. 5.

DIAS e, Seabra CAC 1943. **Sobre o Trypanosoma conorhini, hemoparasito do rato transmitido pelo Triatoma rubrofasciata. Presença do vector infectado na cidade do Rio de Janeiro**. Mem Inst Oswaldo Cruz 39: 301-329.

DNDi, org. **Relatório de atividades na América Latina. Disponível em:** <https://dndi.org/wp-content/uploads/2023/10/DNDi-RelatorioAtividades-AmericaLatina-2022-PT.pdf>. Acesso: 22 nov. 2024.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **A política da avaliação de políticas públicas**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 2005.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Idéias, Conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003.

FERNANDES o, Mangia RH, Lisboa CV, Pinho AP, Morel CM, Zingales B, Campbell da, Jansen AM 1999. **The complexity of the sylvatic cycle of Trypanosoma cruzi in Rio de Janeiro state (Brazil) revealed by the non-transcribed spacer on the mini-exon gene**. Parasitology 118: 161-166.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Eletrônico: século XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. versão 3.0. CD-ROM

FERREIRA e, Souza OS, Fonseca Filho M, Rocha 1986. **Nota sobre a distribuição geográfica do Triatoma vitticeps Stal, 1859 (Hemiptera, Reduviidae) no estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Rev Brasil Malariol D Trop 38: 11-14.

FERREIRA e, Souza OS, Fonseca Filho M, Rocha 2018. **Nota sobre a distribuição geográfica do Triatoma vitticeps Stal, 1859 (Hemiptera, Reduviidae) no estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Rev Brasil Malariol D Trop.

FIDALGO, A. S. O. B. V.; COSTA, A. C.; SILVA-FILHO, J. D.; CANDIDO, D.; FREITAS, E. C.; PEREIRA, L. S.; et al. **Insect vectors of Chagas disease (Trypanosoma cruzi) in Northeastern Brazil**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 51, n. 2, p. 174-182, 2018.

FLEURY, Sonia. **Democracia, descentralização e desenvolvimento**. In: FLEURY, Sonia (org). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

FLEURY, Sonia (org). **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha (Introdução)**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006a.

FLEURY, Sonia, Ouverney AM. **Gestão em redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. 2007. Rio de Janeiro: Editora FGV, 204.

FORATTINI, O. P., 1980. **Biogeografia, origem e distribuição de triatomíneos no Brasil**. Revista de Saúde Pública, 14: 265-299.

FREY, Klaus. **Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 21, p. 211-259, jun. 2000.

FREY, K.; PENNA, M. C.; CZAJKOWSKI JÚNIOR, S. **Redes de políticas públicas e sua análise**. In: ENCONTRO DA ANPOCS, 29., 2005. Anais [...]. Caxambu: ANPOCS, 2005. Disponível em: <https://anpocs.com/index.php/papers-29-encontro/gt-25/gt19-21/3795-kfrey-redes/file>. Acesso em: 12 mar 2024.

FUJITAD. M. et al. **The oral transmission of Chagas disease in Brazil: new food supplies and travel experience**. Acta tropica, 2019.

FUNASA, BRASIL. **Melhorias habitacionais**. <https://www.funasa.gov.br/melhorias-habitacionais-para-o-controle-da-doenca-de-chagas>. Acesso: 15/08/2023.

GARCIA, M. N.; AGUILAR, D.; GORCHAKOV, R.; ROSSMANN, S. N.; MONTGOMERY, S.P.; RIVERA, H.; et al. **Case Report: Evidence of Autochthonous Chagas Disease in Southeastern Texas**. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, v. 92, n.2, p. 325-330. 2015.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental**. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 23, p. 7-70, jan./jun. 2001.

G-FINDER2 Survey. **Policy Cures Research**, disponível em: <https://gfinderdata.policycuresresearch.org/pages/datavisualisations/allNeglectedDiseases>. Acesso: 20 ago de 2023.

GIORDANO-Dias CM, Bezerra IO, Moza PG, Braga JO, Silva JL, Santos HR, Souza MSB, Fonseca Filho M, Pacheco SRR, Gonçalves TCM, Santos-Mallet JR, Lopes CM 2010. **Investigação do risco de transmissão de doença de Chagas no município Trajano de Moraes – Região Serrana do estado do Rio de Janeiro**. Anais de XXVI reunião de pesquisa aplicada em doença de Chagas e XIV reunião de pesquisa aplicada em leishmanioses, Uberaba, Minas Gerais, v.1. p. 16-23

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). Health behavior and health education: **Theory, research, and practice**. John Wiley & Sons.
GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. **Uma Análise Política do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB**. Organização: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio. Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

GOMES Im, Reis RB, Cruz CBM 2009. **Análise da cobertura florestal da Mata Atlântica por município do estado do Rio de Janeiro**. Anais XIV Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto, Natal, Brasil, INPE, p. 3849-3857.

GONÇALVES tcm, Oliveira E, Dias LS, Almeida MD, Nogueira WO, Pires FDA 1998. **An investigation on the ecology of Triatoma vitticeps (Stal, 1859) and its possible role in the transmission of Trypanosoma cruzi, in the locality of Triunfo, Santa Maria Madalena municipal district, state of Rio de Janeiro, Brazil**. Mem Inst Oswaldo Cruz 93: 711-717.

GUIMARÃES FN, Jansen G 1943. **Um foco potencial de Tripanosomíase Americana na cidade do Rio de Janeiro (Distrito Federal)**. Mem Inst Oswaldo Cruz 39: 405-417.

GURGEL-Gonçalves R, Galvão C, Costa J, Peterson AT 2012a. **Geographic distribution of Chagas disease vectors in Brazil based on ecological niche modeling**. J Trop Med 2012: 1-15.

GURGEL-Galvão C, Mendonça J, Costa-Neto EM 2012b. **Guia de triatomíneos da Bahia**, ed. UEFS – Universidade Estadual de Feira de Santana, 112p.

GURGEL, CB; MAGDALENA, CV; PRIOLI, LF. **A Tripanossomíase Americana antes de Carlos Chagas**. Cad Saúde Col, 2009.

HILL, Michael; HUPE, Peter. **Implementing Public Policy**. SAGE, 2014.

HOTEZ, P.J.; DUMONTEIL, E.; BETANCOURT CRAVIOTO, M.; BOTTAZZI, M.E.; TAPIA-CONYER, R.; MEYMANDI, S.; KARUNAKARA, U.; RIBEIRO, I.; COHEN, R. M.; PECOUL, B.. **An Unfolding Tragedy of Chagas Disease in North America. PLoSNeglected Tropical Diseases**, v. 7, n. 10, 2013.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez; Lima: Celats, 2008.

IESB (Instituto de Estudos Socioambientais do Sul da Bahia) 2007. **Levantamento da cobertura vegetal nativa do bioma Mata Atlântica. Relatório Final**. Edital PROBIO 03/2004. Projeto de Conservação e Utilização Sustentável da Diversidade Biológica Brasileira – PROBIO, Rio de Janeiro, p. 1-84.

IMDS BRASIL, <https://imdsbrasil.org/atualizacao-dos-resultados-de-pobreza-2021>, acesso em 20/08/2022.

INEA (Instituto Estadual do Ambiente), Estado do Rio de Janeiro. **A Mata Atlântica no estado do Rio de Janeiro**. (homepage) Disponível em: <http://www.inea.rj.gov.br/mata/conteudo.asp>. Acesso: 17 out 2023.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2012.

JEFFREY D, Sachs, **The age of sustainable development**, Columbia, Imprensa Universidade de Columbia. 2015.

JOBERT, Bruno; MULLER, Pierre. **L'Etaten action**. Paris: PUF, 1987.

JUBERG j, Galvão C, Rocha D, Dale C, Cunha V 2009. **Vetores da doença de Chagas da região Sudeste do Brasil**. Laboratório Nacional e Internacional de Referência em Taxonomia de Triatomíneos, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Atlas.

LENT, h. **Transmissores da moléstia de Chagas no Estado do Rio de Janeiro**. Rev Flum Med 6: 7-19, 1942

LENT h; **Novo transmissor da doença de Chagas na cidade do Rio de Janeiro**, D.F. 1943 Estudo dos gêneros Belminus Stal, 1859, Bolboderia Valdés, 1910 e descrição do Parabelminus carioca n. g., n. sp. (Hemiptera, Triatomidae). Mem Inst Oswaldo Cruz 38: 497-516.

LENT H, Wigodzensky P 1979. **Revision of the Triatominae (Hemiptera, Reduviidae) and their significance as vectors of Chagas disease.** Bull Amer Museum Nat Hist 163: 123-520.

LISBOA CV, Dietz J, Baker AJ, Russel NN, Jansen AM 2000. **Trypanosoma cruzi infection in Leontopithecus Rosalia Atte Reserva Biológica de Poço das Antas**, Rio de Janeiro, Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz 95: 445-452.

LISBOA CV, Mangia RH, Luz SL, Kluczkowski A Jr, Ferreira LF, Ribeiro CT, Fernandes O, Jansen AM 2006. **Stable infection of primates with Trypanosoma cruzi I and II.** Parasitology 133: 603-611.

LIMA AF, Jeraldo VLS, Silveira MS, Madi RR, Santana TBK, Melo CM 2012a. **Triatomines in dwellings and outbuildings in an endemic area of Chagas disease in northeastern Brazil.** Rev Soc Bras Med Trop 45: 701-706.

LOROSA ES, Santos CM, Juberg J 2008. Foco na doença de Chagas em São Fidélis, no Estado do Rio de Janeiro. Rev Soc Bras Med Trop 41: 419-420.

LOROSA ES, Valente MVM, Cunha V, Lent H, Juberg J 2003. **Foco da doença de Chagas em Arcádia, Estado do Rio de Janeiro**, Brasil. Mem Inst Oswaldo Cruz 98: 885-887.

KNILL, Christoph; TOSUN Jale. Public Policy: **A New Introduction.** *PublicAdministration Review*, 73(1), 193–197. <http://www.jstor.org/stable/23355455>

KROPF, S. **Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, 596 p. História e Saúde collection. ISBN 978-85-7541-315-9. <https://doi.org/10.7476/9788575413159>. Acesso: 03 out 2023.

LENT H, 1942. **Transmissores da moléstia de Chagas no Estado do Rio de Janeiro.** Rev Flum Med 6: 7-19.

LIBERATI, Wilson Doniz et. **Políticas públicas no Estado constitucional.** 17-102. São Paulo, 2013.

LIMA, Juliana Gagno. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

LIMA, Nísia Trindade et al. **A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica.** Organização: Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman e Flavio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LINHARES, Paulo de Tarso et al. (orgs). **Federalismo à brasileira: questões para discussão.** Brasília: IPEA, 2012.

LYNN, L. E. (1980) **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis**. Santa Monica, Calif.: Goodyear.

LOBATO, M. Mr. Slang. **Brasil e Problema Vital**. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

LOWI, Theodore J. American Business, **Public Policy, Case-Studies, and Political Theory**. In: **World Politics**, Vol. 16, No. 4 (Jul., 1964), pp. 677-715. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2009452>. Acesso em: 12 agos 2023.

MADEIRA, L. M. et al. **Ideias, redes e políticas públicas: reflexões a partir do modelo de Coalizões de Defesa**. In: LIMA, L. L.; SCHABBACH, L. (org.). Políticas públicas: questões teórico-metodológicas emergentes. Porto Alegre: CEGOV UFRGS, 2020. p. 42-73.

MARENGO ja, Alves LM 2005. **Tendências hidrológicas da bacia do rio Paraíba do Sul**. Rev Bras Meteorol 20: 215-226.

MARMOT, Michael. **Social Determinants of Health**. Ed. OUP Oxford. 2015. 25-90.

MARQUES, E. C. L. **Notas sobre redes, Estado e políticas públicas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, s. 2, e00002318, 2019.

MARTINS-melo Fr, ramos an, alencar ch, heukel bach J. **mortality from neglected tropical diseases in brazil, 2000-2011**. bull World health organ. 2016; 94: 2: 103-110.

MATTOS, E.C. et al. **Determinação da viabilidade de Trypanosoma cruzi em polpa de açaí e caldo de cana experimeltamente contaminados**. BEPA, 2019. p. 15-23.

MEAD, L. M. (1995) **"Public Policy: Vision, Potential, Limits"**, Policy Currents, Fevereiro: 1-4.

MÉNDEZ, A. R.; ALDASORO, E.; LAZZARI, E.; SICURI, E.; BROWN, M.; MOORE, D. A. J.; et al. Prevalence of Chagas Disease in Latin- American Migrants Living in Europe: **A Systematic Review and Meta-analysis**. PLoS Neglected Tropical Diseases, v. 9, n. 2, p.1-15, 2015.

MELO, Marcus André. **As sete vidas da agenda pública brasileira**. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, 1998. P 11.28.

MELO, Marcus André. **Estado, governo e políticas públicas**. In: MICELI, Sérgio (Org.). **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**. São Paulo: Sumaré, 1999. v. 3, p. 59-100.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **A relação entre o público e o privado e o contexto federativo do SUS: Uma análise institucional**. CEPAL - Série Políticas Sociais N° 196, 2014.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, 2014b

MIRANDA-SCHAEUBINGER, M.; CHAKRAVARTI, I.; LIDANI, K. C. F.; OMIDIAN, Z.; GILMAN, R. H. **Systematic Review of the Epidemiology of Chagas Disease in the Americas: a Call for Standardized Reporting of Chagas Disease Prevalence.** Current Tropical Medicine Reports, v. 6, n. 1, p. 23-34, 2019.

MOKATE, Karen Marie. **Convirtiendo El “monstruo” en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social.** Revista do Serviço Público, Brasília, v. 53, n. 1, p. 89-131, jan./mar. 2002.

MORAN, Guzman J, Ropars AL, McDonald A, Jameson N, Omune B, et al. **neglected disease research and development: ho much are e really spending?** PLoS Med. 2009;6(2):137–46.

MSF, Médicos sem fronteiras: [https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/doenca-de-chagas/?utm_source=grants_er&utm_medium=cpc&utm_campaign=\[sch\]_\[cmno\]_\[Exiber\]__Doen%C3%A7as_-_Geral_\[MSF\]_-_Chagas_comunicacao&utm_content=link_tr%C3%A1fego_Doen%C3%A7as_-_Geral_texto_avulso&gclid=Cj0KCQjwi7GnBhDXARIsAFLvH4macLEJQYapkIdO53qTAI4qQ5pMXK0XeXOGZN4UrBC3N7dVG5FsGEgaAkAxEALw_wcB](https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/doenca-de-chagas/?utm_source=grants_er&utm_medium=cpc&utm_campaign=[sch]_[cmno]_[Exiber]__Doen%C3%A7as_-_Geral_[MSF]_-_Chagas_comunicacao&utm_content=link_tr%C3%A1fego_Doen%C3%A7as_-_Geral_texto_avulso&gclid=Cj0KCQjwi7GnBhDXARIsAFLvH4macLEJQYapkIdO53qTAI4qQ5pMXK0XeXOGZN4UrBC3N7dVG5FsGEgaAkAxEALw_wcB). Acesso em 18 agos de 2023.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão bioética e do biodireito.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodríguez-Sanz, M., ... & Vergés, N. (2006). **Politics and health outcomes.** The Lancet, 368(9540), 1033-1037.

NEGRI-FILHO. A. **A human rights approach to quality of life and health: applications to public health programming.** International Journal, v. 10, n. 1, 2008.

NEIVA a, 1914. **Presença em uma localidade do Estado do Rio de um novo transmissor da moléstia de Chagas encontrado infectado em condições naturais** (Nota prévia). Brasil Med 28: 333-335.

NEIVA a, Pinto C 1922. **De um novo hemíptero brasileiro** (*Triatoma fluminensis* nov. sp.). Brasil Med 36: 402-403.

NEIVA, A. Pinto C 1923. **Dos reduvídeos hematófagos encontrados no Distrito Federal e Estado do Rio de Janeiro com descrição de uma espécie nova.** Brasil Med 37: 45-47.

NEVES, Teresa Cristina de Carvalho Lima et al. **Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, 2014.

OMS. **Trabalhando para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas** - Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas. Genebra: WHO Press, 2010. 188 p.

Olivera MJ, Villamil JFP, Gahona CCT, Hernández JMR. **Barriers to diagnosis access for Chagas disease in Colombia**. J Parasitol Res 2018; 2018:4940796.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos** - Nações Unidas - ONU Portugal (unric.org). Acesso: 21 ago 2023.

ORELLANA-HALKYER, Nancy; ARRIAZA-TORRES, Bernardo. **Enfermedad de Chagas en poblaciones prehistóricas del norte de Chile**. Revista Chilena de História Natural, 2010. v. 83. n. 4.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (2023). **Menos de 10% das pessoas com Chagas recebem um diagnóstico**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/13-4-2023-menos-10-das-pessoas-com-chagas-recebem-um-diagnostico>>. Acesso em: 22 out 2023.

OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. **Em evento com diretores da OPAS e OMS, Brasil lança programa para eliminação de doenças determinadas socialmente**. Disponível: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2022/abril/governo-federal-lanca-campanha-de-combate-a-doenca-de-chagas>. Acesso: 07 mar de 2024.

OPAS. Organização Pan Americana da Saúde. **Doença de chagas-Guia para vigilância, prevenção, controle e manejo clínico da doença de Chagas aguda transmitida por alimentos**. [Internet]. Washington D.C: OPAS/OMS, 2009. Acesso 03 jan 2024.

PAHO, **chagas disease** (american trypanosomiasis). disponível em: chagas disease – Paho/Who | Pan american health organization. Acesso em 18 ago 2023.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). **The Brazilian health system: history, advances, and challenges**. The Lancet, 377(9779), 1778-1797.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, Out. 2013.

PASSOS, Luiz Augusto Corrêa. et al. **Sobrevivência e infectividade do Trypanosoma cruzi na polpa de açaí: estudo in vitro e in vivo**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2012. v. 21. n. 2.

PENA s, 2009. **Mal de Chagas: a misteriosa doença de Darwin**. Revista Ciência Hoje Online, coluna Deriva Genética. Disponível em: <http://cienciahoje.uol.com.br/colunas/deriva-genetica/mal-de-chagas-a-misteriosa-Doenca-de-darwin>. Acesso: 15 jun 2023.

PEREIRA, Potyara. **Política Social: temas e questões**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PINTO afs, Santos UM, Zaganelli FL, Almeida AZ, Carrancho PV 1969. **Doença de Chagas no estado do Espírito Santo. VI – Observações sobre o Triatoma vitticeps vetor do :Tripanosoma tipo Cruzi no município de Alfredo Chaves, ES.** Rev Soc Bras Med Trop 3: 53-54.

RAMOS, Marília Patta; SCHABBACH, Letícia Maria. **O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil.** Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 46(5):1271-294, set./out. 2012.

REIS, Elisa P. **Reflexões legais para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 11-14, fev. 2003.

Rio de Janeiro, **Deliberação para políticas contra a doença de Chagas.** Disponível: <http://cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/736-2021/agosto/7200-deliberacao-cib-rj-n-6-475-de-12-de-agosto-de-2021.html>. Acesso: 16/08/2023.

Rio de Janeiro, SES, **Plano Estadual de Saúde.** Disponível: <https://www.saude.rj.gov.br/>. Acesso: 18 mar 2024.

Rio de Janeiro, **RJ PES-2020-2023. Preliminar** Disponível: <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus>. Acesso: 19 mar 2023.

RHODES, R. A. W. **Policy network analysis.** In: MORAN, M.; REIN, M.; GOODIN, R. E. (eds.). The Oxford Handbook of Public Policy. Oxford: Oxford University Press, 2006. p. 425-447.

RODRIGUES DA SILVA J, Coura JR, Queiroz G 1961. **Investigação sobre a doença de Chagas no estado da Guanabara. Inquérito sorológico entre doadores de sangue e doentes do ambulatório.** Arq Bras Med 51: 35-38.

RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: PEREIRA, C. P. (Org.). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

SANGENIS Ihc, Fernandes FA, Georg I, Sarquis O, Roque ALR, Xavier SC, Hasslocher-Moreno AM, Brasil PEAA, Lima MM, Bóia MN 2012. **Chagas disease in Guarani, a rural illage within São Sebastião do Alto municipality in the state of Rio de Janeiro, Brazil: An eco-epidemiological and serological survey.** Annals of XVIII International Congress for Tropical Medicine and Malaria and XLVIII Congress of the Brazilian Society of Tropical Medicine, v.1. p. 25- 87

SANTANA, RS, Lupatini E O, Leite SN. **Registro e incorporação de tecnologias no SUS: barreiras de acesso a medicamentos para doenças da pobreza?** Cien Saude Colet. 2017;22(5):1417–28

SANTOS cb, Ferreira AL, Leite GR, Ferreira GEM, Rodrigues AAF, Falqueto A 2005. **Peridomiliary colonies of Triatoma vitticeps (Stal, 1859) (Hemiptera,**

Reduviidae, Triatominae) infected with Trypanosoma cruzi in rural areas of the state of Espírito Santo, Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz 100: 471-473.

SANTOS cb, Leite GR, Ferreira GEM, Ferreira AL 2006a. **Infecção natural de Triatoma vitticeps (Stal, 1859) por flagelados morfologicamente semelhantes à Trypanosoma cruzi (Chagas, 1909) no Estado do Espírito Santo.** Rev Soc Bras Med Trop 39: 89-91.

SANTOS cb, Leite GR, Sessa PA, Falqueto A 2006b. **Dynamics of feeding and defecation in Triatoma vitticeps (Stal, 1859) (Hemiptera, Reduviidae, Triatominae) and its potential in the transmission of Trypanosoma cruzi.** Mem Inst Oswaldo Cruz 101: 543-546.

SANTOS um, Pinto AFS, Zaganelli FL, Almeida AZ, Martins A, Carrancho PV, Vieira HJ 1969a. **Doença de Chagas no estado do Espírito Santo. II – Inquérito sorológico.** Rev Soc Bras Med Trop 3: 51.

SECCHI, L. **Políticas Públicas, Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos.** São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SECCHI, L.. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções.** São Paulo: Cengage Learning, 2016.

SEN, A. (1999). **Development as freedom.** Oxford University Press.p. 3-203.

SEN, Amartya; **Desenvolvimento como Liberdade.** 1ª Edição. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 2000.

SESSA pa, Carias VRD 1986. **Infecção natural de triatomíneos do Espírito Santo por flagelados morfologicamente semelhantes ao Trypanosoma cruzi.** Rev Bras Med Trop 19: 99-100.

SESSA para, Pimentel RR, Ferreira AL, Falqueto A 2002. **Soroprevalência da doença de Chagas em crianças em idade escolar do Estado do Espírito Santo, Brasil, 1999-2000.** Cad Saúde Pública 18: 1765-1769.

SILVEIRA, Antonio Carlos; Junior, **Controle da transmissão vetorial,** 2011, FB; Rev. Soc. Bras. Med. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0037-86822011000800004>. Acesso: 14 agos de 2023.

SESSA para, Pimentel RR, Ferreira AL, Falqueto A 2002. **Controle da transmissão vetorial.** Rev Bras Med Trop 44 (supl. II): 52-63.

SILVEIRA ac, Sakamoto T, Faria-Filho OF, Gil HSG 1982. **Sobre o foco de triatomíneos domiciliados na Baixada Fluminense.** Rev Brasil Malariol D Trop 34: 50-58.

SILVEIRA ac, Feitosa VR, Borges R 1984. **Distribuição de triatomíneos capturados no ambiente domiciliar, no período de 1975/83, Brasil.** Rev Brasil Malariol D Trop 36: 15-312.

SCHMUNIS, G. A., 1991. **Trypanosoma cruzi, the etiologic agent of Chagas disease: status in the blood supply in endemic and non-endemic countries.** Transfusion, 31: 547-557.

SCHMUNIS, G. A. **Epidemiology of Chagas disease in non-endemic countries: the role of international migration.** Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, v. 102, n. suppl. I, p. 75-85, 2007.

SCHNEIDER, V. **Redes de políticas públicas e a condução de sociedades complexas.** Civitas: Revista de Ciências Sociais, v. 5, n. 1, p. 29-58, jan./jun. 2005.

SLAIBI, Maria Cristina Barros Gutierre. Disponível em https://tjrj.jus.br/c/document_library/get_file?uuid=11c201f6-5bf6-4e44-b4d8-137441e3d826. Acesso: 16 set 2023.

SOCIOLOGIAS, C. E.; SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias**, [S. l.], v. 8, n. 16, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/5605>. Acesso em: 28 12. 2023.

SOFFIATI A 2004. **Meio Ambiente, município de São Fidélis.** (homepage). Disponível em: <http://www.saofidelisrj.com.br/municipio/Meio-Ambiente>. Acesso: 28 nov 2023.

SOUZA, rcm, Diotaiuti L, Lorenzo MG, Gorla DE 2010. **Analysis of the geographical distribution of Triatoma vitticeps (Stal, 1859) based on data species occurrence in Minas Gerais, Brazil.** Infect Genet Evol 10: 720-726.

SOUZA, Celina. **“Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil.** Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, fev. 2003.

SOUZA, M A. **Uso do Território e Saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”.** in: ana maria girotti sperandio. (org.). **o processo de construção da rede de municípios** potencialmente saudáveis. 2004, 1ª ed. campinas: iPes editorial, 2: 57-77.

Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde. **Doença de Chagas Aguda e distribuição espacial dos triatomíneos de importância epidemiológica,** Brasil boletim epidemiológico. 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50413>. Acesso: 05 nov 2023.

TDR (WHO/UNDP/WB), 1980. **Workshop about mathematical computer models in the control of Chagas' disease.** Description of the final simulation model, including a listing of the computer program and of the data files (J. E. Rabinovich,org.), Caracas: IVIC.
TEIXEIRA, C. F. **O SUS e a Vigilância da Saúde.** PROFORMAR.F IOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

THOENIG, Jean-Claude. **A avaliação como conhecimento utilizável para reformas de gestão pública.** Revista do Serviço Público, Brasília, v. 51, n. 2, p. 54-70, abr./jun. 2000.

TROUILLER, P. et al. **Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure.** The Lancet, 359 (9324): 2188 - 2194, June 2002.

VAITSMAN, J.; RIBEIRO, JM; LOBATO, LVC. **Policy analysis in Brazil: the state of the art.** In: VAITSMAN, J.; RIBEIRO, JM; LOBATO, LVC (ed). Policy analysis in Brazil Bristol: Policy Press, 2013.

VILELA, Marcos Marreiro; De Souza, Paula Melo, Vicente; Pinto Dias, JC. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):907-917, abr, 2009. Acesso em: 18 agos de 2023.

WHO (World Health Organization), 1960. **Enfermedad de Chagas. Informe de un grupo de estudio.** Informe Técnico, 202. Washington.

WHO (World Health Organization), 1991. **Control of Chagas disease.** Report of a WHO Expert Committee. Geneva:WHO. (Technical Report Series, 811)

Wikipédia – A enciclopédia livre. **Geografia do Rio de Janeiro.** Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Geografia_do_Rio_de_Janeiro#Clima. Acesso em 22 nov 2023.

ZELEDON, R., 1981. **El “Triatoma dimidiata” y su Relación con la Enfermedad de Chagas.** San José: EUNED.