

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025

DOENÇA DE CHAGAS



IGUARACY

PERNAMBUCO

Lista de autoridades

Prefeitura Municipal de Iguaracy

Pedro Alves de Oliveira Neto (Prefeito)

Marcos Henrique da Silva Jeronimo (Vice-prefeito)

Presidente da Câmara de Vereadores de Iguaracy

Everaldo Pereira de Queiroz

Secretaria Municipal de Saúde de Iguaracy

Joaudeni Cavalcante Barbosa da Silva

Vigilância em Saúde de Iguaracy

Isabel Cristina Pires Mascena dos Santos

Atenção Primária à Saúde de Iguaracy

Thamires Torres Carvalho

Thâmara Narjara Alves Silva

Conselho Municipal de Saúde de Iguaracy

Maria Alves de Lima

Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas de Iguaracy

Joaudeni Cavalcante Barbosa da Silva – Secretária Municipal de Saúde

Isabel Cristina Pires Mascena dos Santos – Coordenadora da Vigilância em Saúde

Thamires Torres Carvalho – Coordenadora da Atenção Primária à Saúde

Maria Betânia Alves Barbosa da Silva – Coordenadora de Combate a Endemias

Milton Simões Rabelo – Coordenador do Programa de Controle da Doença de Chagas

Sonyere Kalyne de Carvalho Silva – Apoiadora da X Gerência Regional de Saúde de Pernambuco

Maria Alves de Lima – Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Iguaçu e Secretária Adjunta de Saúde

Thâmara Narjara Alves Silva – Coordenadora da Atenção Primária à Saúde e Coordenadora de Planejamento

Lucenilda Alves Siqueira – Enfermeira da Atenção Primária à Saúde

Jailson da Paixão Ramos – Médico da Atenção Primária à Saúde

Valdira Rabelo Nunes Moraes – Diretora da Unidade Mista de Saúde

Elvira Karolyne Bezerra Jerônimo – Farmacêutica

Maria José Nunes de Barros – Coordenadora do Centro de Especialidades

Everaldo Gomes da Silva – Agente Comunitário de Saúde e Representação das Pessoas Acometidas por Doença de Chagas

Manoel Braz da Silva – Agente de Combate a Endemias e Representação das Pessoas Acometidas por Doença de Chagas

George Abel da Silva – Diretor de Meio Ambiente

Marcone Melo da Silva – Secretário Municipal de Cultura

Aline Brandão Pessoa – Representante da Secretaria Municipal de Educação e Esportes

Fernanda Alves Torres – Representante da Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social

Equipe de coordenação

Alberto Novaes Ramos Jr – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária & Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Ceará

Eliana Amorim de Souza – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Bahia

Andréa Silvestre de Sousa – Projeto IntegraChagas Brasil & Projeto CUIDAChagas; Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Anderson Fuentes Ferreira – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Ceará

Mirele Coelho Araujo – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Ceará

Isabel Cristina Pires Mascena dos Santos – Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Vigilância em Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, Iguaracy, Pernambuco

Thamires Torres Carvalho – Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Básica & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, Iguaracy, Pernambuco

Thâmara Narjara Alves Silva – Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação da Atenção Básica, Coordenação de Planejamento & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, Iguaracy, Pernambuco

Sonyere Kalynne de Carvalho Silva – Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Estadual de Saúde, X Regional de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, Iguaracy, Pernambuco

Equipe técnica de elaboração

Klécia Nascimento Mendes da Silva – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Ceará

Larissa Pimentel Costa Menezes Silva – Projeto IntegraChagas Brasil; Prefeitura de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, Ceará

Gênova Maria de Azevedo Oliveira – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

Vânia Benigno – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

Michella Assunção Roque – Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, Espinosa, Minas Gerais

Milena Maria Alves Vasconcelos – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Medicina, Ceará

Francisco Lucas Barbosa de Assis – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Medicina, Ceará

Equipe técnica de colaboração

Alejandro Luquetti Ostermayer – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Goiás

Paulo Jefferson Pereira Barreto – Projeto IntegraChagas Brasil

Falkner Moreira – Projeto IntegraChagas Brasil

Maria Helena Hallais – Projeto IntegraChagas Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro

Maria Cristina Soares Guimarães – Projeto IntegraChagas Brasil; Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Alejandro Marcel Hasslocher Moreno - Projeto IntegraChagas Brasil & Projeto CUIDA Chagas; Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Wilson de Oliveira Júnior – Serviço de Referência em Doença de Chagas da Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco

Cristina de Fátima Velloso Carrazzone – Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco

Ana Márcia Drechsler – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

Milton Simões Rabelo – Secretaria Municipal de Saúde, Igaracy, Pernambuco

Bruno César de Resende Gois – Secretaria Municipal de Saúde, Igaracy, Pernambuco

Matheus Almeida Nascimento – Centro Universitário Maurício de Nassau (Uninassau), Serra Talhada, Pernambuco

Luiz Henrique Alexandre dos Santos – Secretaria Estadual de Saúde, X Regional de Saúde, Afogados da Ingazeira, Pernambuco

Mary Delanea Sousa Pinheiro dos Santos – Secretaria Estadual de Saúde, X Regional de Saúde, Afogados da Ingazeira, Pernambuco

Tiago Jose de Souza – Projeto IntegraChagas Brasil; Coordenação Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial, Departamento de Doenças Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Distrito Federal

Michel Vergne Felix Sucupira - Laboratório de Testes Sorológicos (LASOR), Departamento de Desenvolvimento de Reativos para Diagnóstico (DEDED), Vice-Diretoria de Reativos para Diagnóstico (VDIAG), Bio-Manguinhos - Fiocruz, Rio de Janeiro

Edimilson Domingos da Silva - Responsável Técnico dos produtos de reativos para diagnóstico humano de Bio-Manguinhos, Gerente do Departamento de

Desenvolvimento de Reativos para Diagnóstico (DEDED), Vice-Diretoria de Reativos para Diagnóstico (VDIAG), Bio-Manguinhos - Fiocruz, Rio de Janeiro

Francisco Edilson Ferreira de Lima Júnior - Coordenador-Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial, Ministério da Saúde (MS)

Apoio institucional

Secretaria Municipal de Saúde de Iguaracy, Pernambuco

X Gerência Regional de Saúde, Afogados da Ingazeira, Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária & Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Ceará

Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar de Saúde, Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista, Bahia

Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Casa de Chagas – Casa do Portador de Doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca do Pronto Socorro Cardiológico Universitário da Universidade de Pernambuco (Procape/UPE), Recife, Pernambuco

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília

Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Goiânia, Goiás

Lista de figuras

Figura 1 - Distribuição etária da população no município de Iguaracy-Pernambuco, 2000, 2020 e 2022 13

Figura 2 - Localização do estado de Pernambuco (A); Regional de Saúde de Afogados da Ingazeira (B); Município de Iguaracy (C) 15

Figura 3 - Distribuição espacial do índice de Gini, A e B [Estado]; C e D [Região de Saúde], segundo municípios, Pernambuco, Brasil, 2000 [A e C] e 2010 [B e D] (destaque para Região de Saúde e município de Iguaracy-Pernambuco) ... 19

Figura 4 - Distribuição espacial do Índice de Desenvolvimento Humano, A e B [Estado]; C e D [Região de Saúde], segundo municípios, Pernambuco, Brasil, 2000 [A e C] e 2010 [B e D] (destaque para Região de Saúde e município de Iguaracy-Pernambuco)	20
Figura 5 - Distribuição espacial do Índice Brasileiro de Privação, A [Estado]; B [Região de Saúde], segundo municípios, Pernambuco, Brasil, 2010 (destaque para região de saúde e município de Iguaracy-Pernambuco).....	22
Figura 6 - Distribuição espacial do Índice de Vulnerabilidade Social, A e B [Estado]; C e D [Região de saúde], segundo municípios, Pernambuco, Brasil, 2000 [A e C] e 2010 [B e D] (destaque para região de saúde e município de Iguaracy-Pernambuco)	24
Figura 7 - Representação esquemática da execução do teste rápido de triagem para detecção de anticorpos para Doença de Chagas.	31
Figura 8 - Público alvo do projeto IntegraChagas Brasil, 2025	32
Figura 9 - Taxa de detecção e número de casos de doença de Chagas crônica, Iguaracy-Pernambuco, 2023-2025*	35
Figura 10 – Número de testes rápidos de triagem realizados segundo mês e ano de testagem, no período de 19 de agosto de 2024 a 28 de março de 2025, Iguaracy, Pernambuco.....	37
Figura 11 – Número de testes rápidos de triagem realizados segundo resultado, no período de 19 de agosto de 2024 a 28 de março de 2025, Iguaracy, Pernambuco	38
Figura 12 – Número de TR realizados no município de Iguaracy-Pernambuco, de 19 de agosto de 2024 a 28 de março de 2025.....	40
Figura 13 – Distribuição espacial do número de testes (positivos, inconclusivos e negativos), segundo unidades de saúde, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025	42
Figura 14 – Número e percentual de pessoas com testes rápidos de triagem realizados e encaminhadas para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos [com histórico de DC]). Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025	43
Figura 15 – Distribuição espacial das pessoas com testes rápidos de triagem realizados e encaminhadas para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos [com histórico de DC]), segundo unidades de saúde, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025	44
Figura 16 – Número e percentual de casos com realização de teste confirmatório segundo resultado, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025.....	45
Figura 17 – Distribuição espacial do percentual de investigação sorológica (resultado da sorologia positivo ou negativo), segundo unidades de saúde, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025	45
Figura 18 – Distribuição espacial do número de casos confirmados sorologicamente, segundo unidades básicas de saúde da família, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025	47
Figura 19 – Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo sexo, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025	48

Figura 20 – Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo faixa etária, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025.	49
Figura 21 – Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo zona de residência, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025.	49
Figura 22 – Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo raça/cor, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025	50
Figura 23 – Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo escolaridade, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025	51
Figura 24 – Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo existência de casos na família e diagnóstico anterior, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025	52
Figura 25 – Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo contexto de risco/vulnerabilidade, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025	53
Figura 26 – Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo modo de entrada no Projeto IntegraChagas Brasil, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025	54
Figura 27 – Número e percentual de casos confirmados, notificados, com indicação de tratamento, com tratamento iniciado e tratamento concluído, e com ocorrência de evento adverso, Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025.....	55

Lista de tabelas

Tabela 1 - Número e percentual de casos de doença de Chagas crônica, Iguaracy-Pernambuco, eSUS notifica 2023-2025* (dados parciais)	35
Tabela 2 - Número e percentual dos testes rápidos de triagem, segundo variáveis sociodemográficas, Iguaracy-Pernambuco, 2024 –2025	39

SUMÁRIO

1. Introdução.....	12
2. Determinação social	17
3. Epidemiologia da doença de Chagas	25
4. Procedimentos metodológicos	29
4.1. Registros no sistema de informação eSUS notifica	29
4.2. Testes rápidos de triagem, confirmatórios e classificação clínica	29
5. Resultados.....	34
5.1. Registro de casos no eSUS notifica.....	34
5.2. Resultados de testes rápidos de triagem e testes confirmatórios.....	37

5.2.1. Perfil das pessoas com teste rápido realizado e encaminhadas para confirmação.....	37
5.2.2. Perfil dos casos com confirmação sorológica	46
6. Considerações Finais.....	56
Referências Bibliográficas.....	58

Apresentação

Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma Doença Tropical Negligenciada (DTN), a doença de Chagas persiste como relevante problema de saúde pública, acometendo, segundo estimativas da OMS, entre 6 e 7 milhões de pessoas em todo o mundo. No contexto das Américas, a OMS destaca que a doença de Chagas é endêmica em 21 países, incluindo o Brasil, sendo responsável por aproximadamente 30 mil casos novos e 12 mil óbitos por ano, além de 70 milhões de pessoas que vivem sob risco de serem acometidas pela doença.

Com a finalidade de consolidar-se como instrumento estratégico, que busca contribuir para uma resposta efetiva que perpassa o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), este documento traz em perspectiva um panorama de indicadores epidemiológicos e operacionais relativos à doença de Chagas no município de Iguaracy, sendo o primeiro Boletim Epidemiológico desenvolvido após o início das ações do Projeto IntegraChagas Brasil a partir da realização de testes rápidos de triagem no município. Anteriormente, em 2024, foi lançado o Informe Epidemiológico municipal sobre a doença de Chagas (https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Informe_Epidemiologico_Iguaracy_Agosto_2024-rev.pdf), fundamentado em análises anteriores ao processo de testagem, a partir de dados secundários de diferentes fontes, processo que serviu como base para as atividades que se sucederam no município. Portanto, este boletim apresenta um panorama acerca dos testes rápidos de triagem realizados no município, no intervalo compreendido entre agosto de 2024, marco inicial das testagens, até março de 2025.

A presente publicação é fruto da colaboração entre distintas e relevantes instituições e insere-se no conjunto de ações delineadas no âmbito do projeto intitulado "*Acesso à detecção e tratamento da doença de Chagas no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil – IntegraChagas Brasil*". Tal iniciativa constitui uma parceria estratégica entre o Ministério da Saúde, o Instituto Nacional de

Infectologia Evandro Chagas (Fiocruz) e a Universidade Federal do Ceará (UFC), tendo a colaboração direta da Universidade Federal da Bahia, com o propósito de ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento dessa doença no contexto da atenção primária à saúde, alinhando-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), mais especificamente o objetivo 3, em sua meta 3.3, que estabelece que *“Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis”*.

Outrossim, levando em conta a participação de equipe multiprofissional na concepção deste documento, sua elaboração está de acordo com os princípios do conceito de *One Health* (Saúde Única ou Uma Só Saúde), que enfatizam a interdependência entre a saúde humana, ambiental e animal. Tal perspectiva ressalta a relevância dessa interconexão para a mitigação e prevenção dos impactos desta doença sobre a população, reforçando a necessidade de abordagens integradas e transdisciplinares no enfrentamento dos desafios persistentes.

Dessa forma, busca-se viabilizar a ampla difusão deste documento para além dos limites municipais, abrangendo não apenas instâncias gestoras, profissionais da saúde e instituições de ensino, mas também a comunidade em sua totalidade, incluindo pessoas acometidas pela doença de Chagas, promovendo o engajamento de diferentes atores sociais no enfrentamento à doença, fortalecendo a participação coletiva e mobilização social.

Nesse contexto, os dados aqui sistematizados têm como propósito subsidiar a formulação e aprimoramento de políticas públicas voltadas ao controle e enfrentamento da doença de Chagas, garantindo assim o alcance dos ODS e a redução de desigualdades. Para tanto, busca-se, também, assegurar uma assistência qualificada e resolutiva, pautada nos princípios fundamentais do SUS – universalidade, equidade e integralidade, garantindo suporte efetivo às pessoas acometidas pela doença, em diversas dimensões de suas vidas.

1. Introdução

Iguaracy é um município pernambucano situado na região Nordeste do Brasil. Ele limita-se com os municípios de Monteiro (Paraíba), Tuparetama, Ingazeira, Afogados da Ingazeira, Carnaíba, Custódia e Sertânia, todos no estado de Pernambuco. Localizado a 565 metros acima do nível do mar, Iguaracy apresenta as coordenadas geográficas de 7° 50' 21" de latitude sul e 37° 30' 37" de longitude oeste.

Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Iguaracy registrava, no Censo Demográfico de 2022, uma população de 11.081 habitantes, com uma projeção de crescimento para 11.366 pessoas em 2024. Com uma extensão territorial de 836,046 km², apresentava, em 2023, densidade demográfica estimada em aproximadamente 13,22 habitantes/km². Inserido no bioma Caatinga e caracterizado por um clima semiárido, o município, embora tenha a maioria de sua população residente em áreas urbanas, ainda mantém expressiva parcela de habitantes em zonas rurais, correspondendo a 46,8% do total, o equivalente a 5.182 pessoas. Essa configuração territorial e populacional demanda a implementação de estratégias descentralizadas para a prestação de serviços de saúde, garantindo acessibilidade, continuidade e integralidade na atenção à população.

Conforme dados do mesmo Censo (2022), a raça/cor predominante no município é a parda, representando 57,4% da população, seguida da branca (35,7%) e da preta (6,6%). Além disso, 229 são pertencentes a povos/comunidades tradicionais, sendo 16 indígenas e 213 quilombolas.

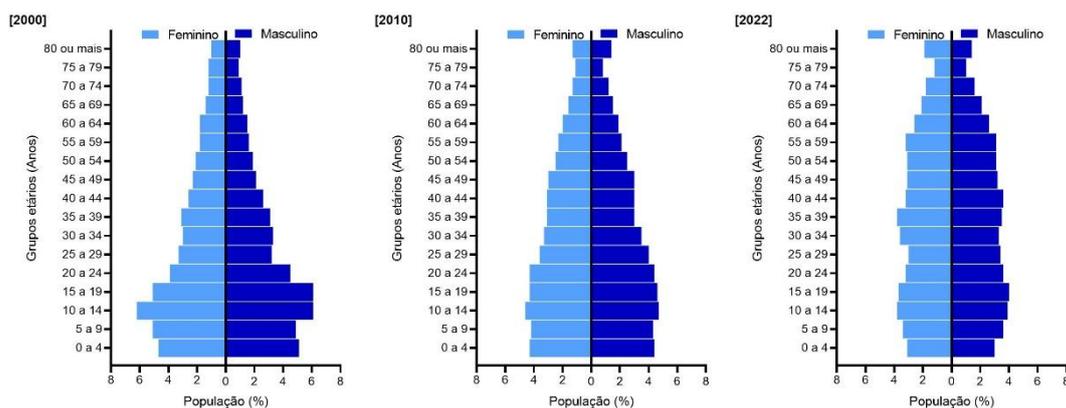
Verificou-se ainda que 78,7% das pessoas com 15 anos ou mais de idade são alfabetizadas. Entretanto, ao analisar a população com 18 anos ou mais, a maioria, correspondente a 55,8% (4.659 pessoas), não possui nenhum grau de instrução ou não concluiu o ensino fundamental.

A maior parte dos domicílios conta com serviço regular de coleta de lixo, abrangendo 55,7% das habitações, e recebe suprimento hídrico por meio da rede

geral de abastecimento, alcançando 51,5%. Contudo, observa-se que 45,2% das residências encontram-se devidamente interligadas ao sistema público de esgotamento sanitário.

No Censo Demográfico de 2000, a distribuição populacional do município revelava uma predominância de pessoas com até 24 anos de idade, abrangendo ambos os sexos e incluindo a população infantil, o que conferia ao município um perfil demográfico marcadamente jovem. Contudo, ao longo da década seguinte, essa configuração sofreu transformações, evidenciadas pela redução na proporção de habitantes com 24 anos ou menos e pela redistribuição etária, com incremento relativo nas faixas de 25 a 49 anos, bem como aumento expressivo nos estratos de pessoas com 70 anos ou mais. Já no Censo de 2022, observa-se ampliação contínua da proporção de pessoas idosas (70 anos ou mais), enquanto as demais faixas etárias, em especial de 0 a 59 anos, mantêm proporções semelhantes, conformando pirâmide etária mais retilínea (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição etária da população no município de Iguaracy-Pernambuco, 2000, 2010 e 2022



Fonte: IBGE, 2025

Para além da perspectiva demográfica, a configuração do sistema de saúde é fundamental nas análises propostas neste Boletim. De fato, a Atenção Primária à

Saúde (APS) desempenha um papel central na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo responsável por garantir o primeiro contato da população com os serviços de saúde. Sua maior capacidade resolutiva possibilita a abordagem abrangente das necessidades de saúde da comunidade. De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS), sistemas de saúde que estruturam sua assistência a partir de uma APS robusta, focada no cuidado integral e na continuidade da atenção, apresentam maior eficácia na promoção de melhores desfechos clínicos e na qualificação da assistência prestada.

Pernambuco é organizado em 12 regionais de saúde, sendo Iguary integrante da X Gerência Regional de Saúde (X GERES), cuja sede está situada no município de Afogados da Ingazeira (Figura 2). Além de Iguary, a X GERES abrange os municípios de Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Santa Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira e Tuparetama.

Figura 2 - Localização do estado de Pernambuco (A); Regional de Saúde de Afogados da Ingazeira (B); Município de Iguaracy (C)



Fonte: IBGE, 2025

Com base nisso, a APS do município de Iguaracy é composta por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Sede, Santa Ana, Irajá, Jabitacá e Caatingueira –, garantindo cobertura integral à população. A atuação de Agentes Comunitários(as) de Saúde (ACS) alcança 100% do território, com um total de 31 profissionais. Além disso, o município dispõe de 10 Agentes de Combate às Endemias (ACE), cuja cobertura abrange 95% da área territorial. O fortalecimento da APS é assegurado pelo suporte de uma equipe eMulti, integrada por profissionais das áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia.

O município dispõe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na modalidade I, que transcende os limites territoriais de Iguaracy, oferecendo suporte aos municípios de Ingazeira e Tuparetama. A assistência hospitalar destinada às urgências e emergências é assegurada pela Unidade Mista de Iguaracy, a qual

dispõe de uma unidade de suporte básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Adicionalmente, os distritos de Irajaí, Jabitacá e o povoado da Caatingueira dispõem de ambulâncias municipais estrategicamente alocadas, com a finalidade de proporcionar suporte assistencial complementar, reforçando a capacidade de resposta às demandas emergenciais e ampliando o acesso à assistência em saúde na região.

O município concretizou a implantação de um Centro de Especialidades Municipal, estruturado de forma estratégica para prover uma ampla gama de serviços de saúde à população, contemplando áreas de nutrição, psicologia, fonoaudiologia e fisioterapia. Além disso, a unidade disponibiliza atendimento na área médica em distintas especialidades, incluindo cardiologia, pediatria, neurologia, ginecologia e ortopedia, consolidando-se como referência na oferta de assistência qualificada e integral à população.

2. Determinação social

Em 2005, a OMS incluiu oficialmente a doença de Chagas na lista das DTN, marco que representou um avanço significativo em seu reconhecimento como relevante questão de saúde pública global. Essa classificação impulsionou o fortalecimento de estratégias voltadas à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento, além de fomentar iniciativas voltadas à superação de barreiras históricas, como a desinformação e o limitado comprometimento político diante do impacto que a doença exerce sobre populações em contextos de vulnerabilidade. Essa ação foi essencial para inserir a doença em agendas internacionais de saúde e de desenvolvimento, promovendo maior visibilidade em seu enfrentamento.

Com o propósito de alinhar-se aos ODS, o governo federal brasileiro instituiu, em 2024, o Programa Brasil Saudável. Essa iniciativa interministerial tem como objetivo central a eliminação de 14 doenças determinadas socialmente, entre as quais insere-se a doença de Chagas. O programa representa um esforço estruturado e transversal do Estado para enfrentar, de forma integrada, doenças historicamente negligenciadas, cuja persistência está profundamente enraizada em contextos de vulnerabilidade socioeconômica.

No município de Iguaçacy, o enfrentamento da DC é especialmente desafiador devido ao seu forte vínculo com determinantes sociais críticos da saúde. Por se tratar de uma doença com determinação social ampliada, seu controle vai além das ações dos serviços de saúde, exigindo intervenções em fatores como moradia precária, baixa escolaridade e condições econômicas desfavoráveis. Esses elementos contribuem para a reprodução de iniquidades em saúde, tornando a eliminação da transmissão da doença um objetivo complexo, que demanda ações intersetoriais e políticas públicas voltadas à redução das desigualdades.

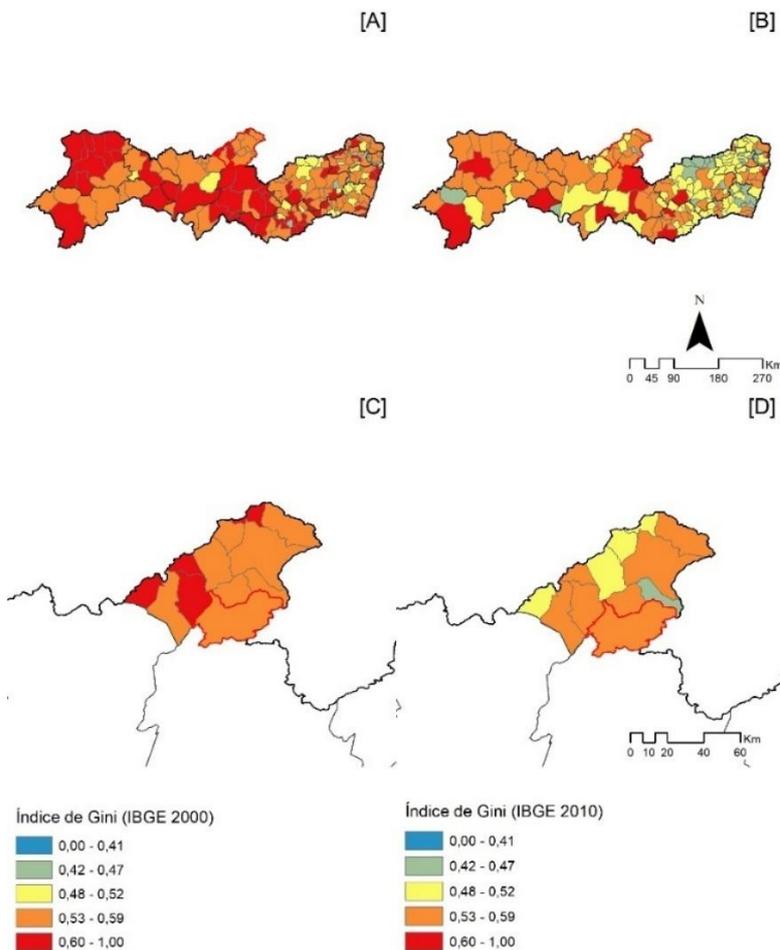
De modo geral, Pernambuco apresentou avanços significativos nos indicadores sociais, com melhorias observadas na comparação entre os dados dos Censos de 2000 e 2010. Esses progressos evidenciam transformações positivas nas condições de vida da população. No entanto, persistem iniquidades além do fato

de que os dados do Censo de 2022 ainda não foram consolidados/disponibilizados para consulta pública, o que impede uma avaliação mais recente do contexto atual.

De modo geral este boletim traz em perspectiva a análise de indicadores capazes de permitir maior compreensão do contexto dos territórios endêmicos em que pessoas acometidas vivem. O primeiro deles é o Índice de Gini, que traduz níveis de desigualdade social. Este vem sendo utilizado para medir a desigualdade entre pessoas mais ricas e mais pobres, variando de 0 a 1. Quanto mais próximo a 0 indicam um cenário de igualdade entre as pessoas, enquanto valores próximos a 1 representam um cenário de desigualdade extrema. A partir de dados dos censos brasileiros, a comparação é realizada a partir das 20% pessoas mais pobres em relação às 20% mais ricas (<http://www.atlasbrasil.org.br/>).

Registra-se que, mesmo com a melhoria no padrão do estado de Pernambuco, ao longo dos períodos analisados, o indicador de Gini para a Região de Saúde Afogados da Ingazeira ainda sinaliza para alta desigualdade (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição espacial do índice de Gini, A e B [Estado]; C e D [Região de Saúde], segundo municípios, Pernambuco, Brasil, 2000 [A e C] e 2010 [B e D] (destaque para Região de Saúde e município de Iguaracy-Pernambuco)

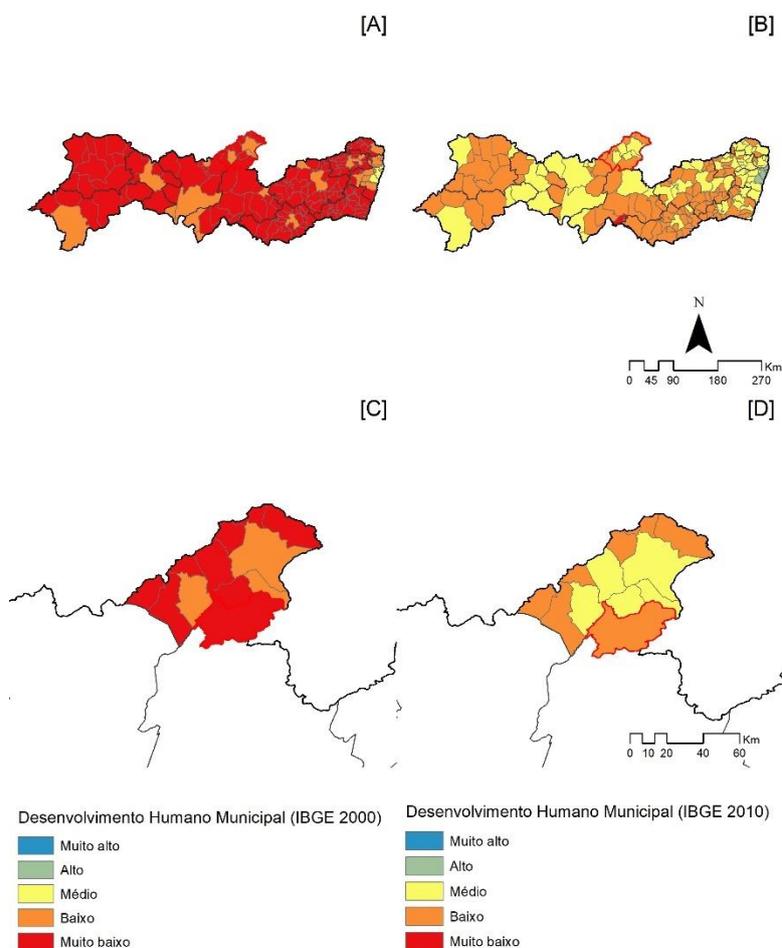


Fonte: IBGE, 2025

Sob outra perspectiva, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é um indicador que busca medir o grau de desenvolvimento humano dos municípios, sendo uma alternativa para indicadores econômicos clássicos como o Produto Interno Bruto (PIB). Este indicador considera 3 dimensões fundamentais: 1) padrão de vida, 2) vida longa e saudável, 3) acesso ao conhecimento. Os resultados variam de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 0, menor o IDHM, e quanto mais próximo a 1, melhor o IDHM (<http://www.atlasbrasil.org.br/>).

O IDHM apresentou avanços notórios, com a maioria dos municípios deixando a faixa de muito baixo desenvolvimento humano e passando a ser classificados como de médio ou alto IDHM. A Região de Saúde de Afogados da Ingazeira também registrou melhorias significativas, com seus municípios passando de classificações muito baixas para categorias de baixo e médio desenvolvimento humano (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição espacial do Índice de Desenvolvimento Humano, A e B [Estado]; C e D [Região de Saúde], segundo municípios, Pernambuco, Brasil, 2000 [A e C] e 2010 [B e D] (destaque para Região de Saúde e município de Iguaracy-Pernambuco)

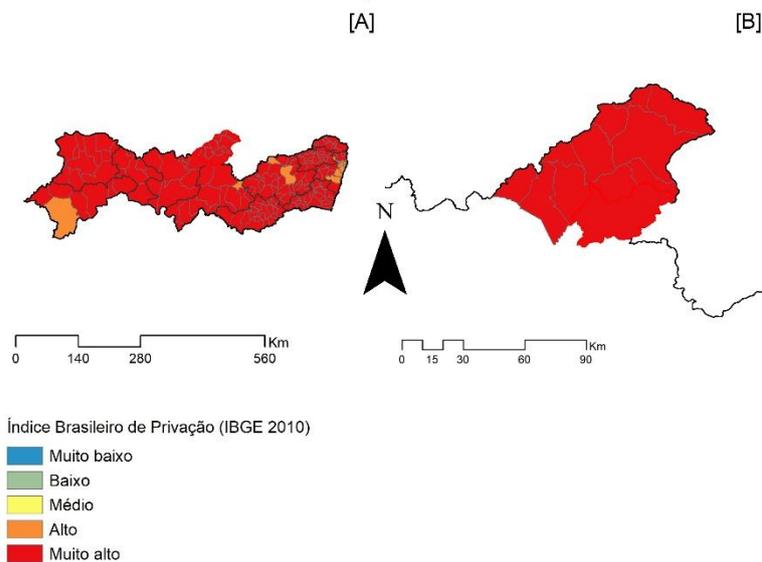


Fonte: IBGE, 2025

Recentemente desenvolvido/elaborado por pesquisadores(as) do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia) e da Universidade de Glasgow-Escócia, dentro do projeto SPHI (*Social Policy & Health Inequalities*), o Índice Brasileiro de Privação (IBP) busca informar os níveis de posição socioeconômica níveis ou de privação material em relação a diferentes recortes territoriais (setores censitários, municípios, estados, macrorregiões, estados, macrorregiões e nacional). Este índice considera em seu cálculo dados sobre renda, escolaridade e condições do domicílio. Nos dados de renda, considera-se o percentual de domicílios com renda per capita inferior a ½ salário-mínimo, enquanto nos dados de escolaridade, insere-se o percentual de pessoas analfabetas com idade igual ou superior a 7 anos. Já nos dados de condições dos domicílios, considera-se o percentual de domicílios com acesso inadequado a saneamento básico e sem água encanada, coleta de lixo, vaso sanitário e banheiros (<https://cidacs.bahia.fiocruz.br/ibp/>).

O IBP revela um panorama alarmante para a maioria dos municípios de Pernambuco. A Região de Saúde de Afogados da Ingazeira possui 100% dos municípios com nível de IBP classificado como muito alto (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição espacial do Índice Brasileiro de Privação, A [Estado]; B [Região de Saúde], segundo municípios, Pernambuco, Brasil, 2010 (destaque para região de saúde e município de Iguaracy-Pernambuco)



Fonte: IBGE, 2025

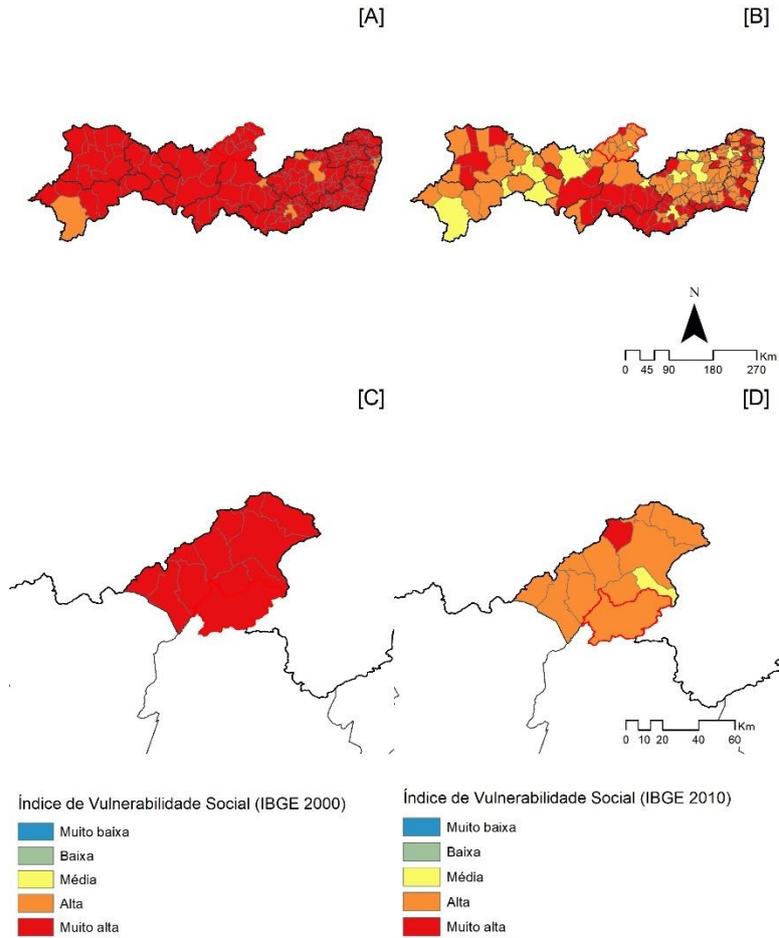
Representando as condições sociais nos territórios, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) está baseado em dados censitários (disponíveis nos anos de 2000 e 2010). São considerados 16 indicadores, organizados em 3 dimensões: 1) infraestrutura urbana (acesso a serviços básicos para a população), 2) capital humano e 3) condições de trabalho e renda.

Na infraestrutura urbana, o indicador aborda a inadequação de coleta de lixo, água e esgoto, e tempo de deslocamento de casa para o trabalho; no capital humano inserem-se mortalidade infantil, crianças de 0 a 5 anos e 6 a 14 anos fora da escola, crianças que não estudam, não trabalham e baixa renda, mães jovens de 10 a 17 anos, mães que não possuem ensino fundamental e com filhos até os 15 anos, pessoas analfabetas, e crianças residentes em domicílios com ninguém sem ensino fundamental completo; enquanto na dimensão de renda e trabalho, são analisados os dados de renda menor ou igual a R\$ 255,00 (padrão utilizado nos anos do censo), pessoas de baixa renda e dependência de pessoas

idosas, proporção de desocupação, trabalho infantil e ocupação informal em pessoas sem ensino fundamental. Esses indicadores foram combinados gerando um índice que varia de 0 a 1, onde 0 indica menor vulnerabilidade, enquanto 1 indica alta vulnerabilidade (<https://ivs.ipea.gov.br/>).

O IVS apresentou avanços ao longo do tempo, com a maioria dos municípios migrando da classificação de vulnerabilidade social *muito alta* para a faixa de vulnerabilidade alta, o que, apesar da melhora, ainda indica um cenário de significativa fragilidade das condições sociais. Na Região de Saúde de Afogados da Ingazeira, observou-se uma transição semelhante: a maioria dos municípios passou de níveis muito alto para alto em 2010. Esse quadro, embora positivo, ainda requer investimentos significativos para superação, e espera-se um panorama melhor e mais atualizado com a divulgação dos dados do Censo de 2022 (Figura 6).

Figura 6 - Distribuição espacial do Índice de Vulnerabilidade Social, A e B [Estado]; C e D [Região de saúde], segundo municípios, Pernambuco, Brasil, 2000 [A e C] e 2010 [B e D] (destaque para região de saúde e município de Iguaracy-Pernambuco)



Fonte: IBGE, 2025

3. Epidemiologia da doença de Chagas

A doença de Chagas é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* e pode ser transmitida por diversas vias, destacando-se a vetorial (por meio do contato com fezes de triatomíneos infectados), a oral (via ingestão de alimentos contaminados), a vertical (durante a gestação ou parto, de mão para filho/a), além de transmissões por transfusão de sangue, transplante de órgãos e acidentes laboratoriais. Estima-se que aproximadamente 7 milhões de pessoas sejam acometidas por essa doença em escala global, com concentração predominante na América Latina.

A DC está diretamente relacionada a diversos fatores de vulnerabilidade social e ambiental. Dentre os principais, destacam-se: a permanência em habitações de estrutura precária e sem condições adequadas de habitação; escassez de recursos materiais; e residência em contextos marcados por pobreza, instabilidade social e econômica. A doença, por sua vez, contribui para a manutenção do ciclo da pobreza, ao comprometer a produtividade e as possibilidades de geração de renda dos indivíduos acometidos. O município de Iguaçu persiste com número significativo de casas construídas com pau-a-pique em diferentes áreas rurais, ampliando risco para manutenção de transmissão da doença de Chagas.

Embora a doença de Chagas tenha sido historicamente associada a contextos rurais, transformações socioambientais significativas, aliadas ao crescente fluxo migratório, modificaram profundamente sua distribuição geográfica. Atualmente, grande parte das pessoas acometidas encontra-se em ambientes urbanos. A ampliação da mobilidade humana contribuiu para a dispersão do *T. cruzi* para além das fronteiras latino-americanas, com casos registrados em 44 países, incluindo nações da América do Norte — como Canadá e Estados Unidos, diversos países europeus, bem como regiões do Pacífico Ocidental, África e do Mediterrâneo Oriental. Tal cenário evidencia o caráter globalizado da doença,

exigindo estratégias de vigilância e respostas que transcendam fronteiras geográficas e articulem ações coordenadas internacionalmente.

No início da década de 1990, os países afetados pela doença articularam-se, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/OMS, para formular uma resposta coordenada de saúde pública. Por meio de iniciativas de cooperação técnica, alcançaram avanços significativos, como a implantação da triagem universal de pessoas candidatas à doação de sangue e a identificação de casos da doença por transmissão vertical.

Do ponto de vista clínico, a doença de Chagas manifesta-se em duas fases distintas: a fase aguda, que pode decorrer de forma assintomática ou com sintomas inespecíficos, e a fase crônica. A maior parte das pessoas acometidas pela doença permanece assintomática ao longo da vida. Entretanto, cerca de 20% a 30% evoluem para formas crônicas sintomáticas, que podem envolver lesões no coração, no trato gastrointestinal e/ou no sistema nervoso.

Na ausência de diagnóstico e tratamento oportunos, estima-se que até um terço das pessoas com infecção crônica desenvolvam alterações cardíacas, enquanto aproximadamente 10% apresentam comprometimentos digestivos, neurológicos ou mistos, os quais podem demandar intervenções terapêuticas específicas e complexas. Em alguns casos, a doença pode evoluir para morte súbita, sobretudo em decorrência de arritmias graves e insuficiência cardíaca. Entretanto, vale ressaltar que a doença pode ser curável se tratada com antiparasitário precocemente, ainda na fase aguda, e na fase crônica pode ter a sua progressão interrompida, melhorando a qualidade de vida e reduzindo o risco de transmissão.

O enfrentamento da doença de Chagas exige uma abordagem estratégica articulada ao fortalecimento de políticas públicas orientadas pelos princípios dos ODS. Nesse cenário, destaca-se a importância da consolidação de uma Linha de Cuidado bem estruturada, que garanta o acompanhamento longitudinal dos casos e sua articulação efetiva com ações de vigilância em saúde. Nesse processo, a APS assume um papel central como porta de entrada qualificada para

o sistema, facilitando o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno, ordenando o processo de cuidado. Sua relevância reside na capacidade de integrar vigilância e cuidado, promovendo uma atenção contínua e abrangente às pessoas acometidas. Simultaneamente, é crucial promover estratégias intersetoriais que assegurem o acesso equitativo aos serviços de saúde além de fomentar a produção de conhecimento científico para a geração de evidências a serem incorporadas, elementos fundamentais para o controle da doença e atenuar seus impactos sobre serviços de saúde e as comunidades mais vulnerabilizadas.

O estado de Pernambuco é historicamente reconhecido por sua elevada vulnerabilidade à doença de Chagas. No município de Iguaracy, destacam-se, entre as espécies de triatomíneos mais frequentemente identificadas, *Triatoma brasiliensis* e *Triatoma pseudomaculata*, ambas consideradas vetores relevantes para transmissão de *T. cruzi* no estado. A ocorrência recorrente dessas espécies intensifica o nível de alerta quanto ao risco de transmissão vetorial no território pernambucano, evidenciando a necessidade de vigilância constante e ações integradas de controle.

No período de 2010 a 2023 o estado de Pernambuco registrou 38 casos de doença de Chagas aguda, todos no município de Ibimirim (VI Regional de Saúde), após surto por ingestão de alimentos contaminados com formas infectadas e/ou fragmentos do vetor infectado. O município de Iguaracy, neste mesmo período, não teve registro de casos de doença de Chagas aguda.

Entre os anos de 2019 e 2024, 13,1% das pessoas submetidas à sorologia IgG para doença de Chagas apresentaram resultado positivo (1.162 de um total de 8.873 examinados), com destaque para a X Regional de Saúde, que registrou a maior proporção de positividade: 25,7% (349/1.360), assim como a maior prevalência (188,7 casos/100.000 habitantes). No mesmo período, foram registrados 592 óbitos atribuídos à doença no estado, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 6,5 óbitos por 100 mil habitantes, sendo novamente a X Regional de Saúde a que apresentou a taxa mais elevada, com 34,6 óbitos por 100 mil habitantes.

A vigilância entomológica estadual, no período de 2019 a 2024, pesquisou 193.675 triatomíneos, sendo que desses, 4,6% (8.984) foram positivos, com maior percentual de positividade na VII Regional de Saúde (29,5%; 1.632/5.538). Neste período, foram examinados 10.717 triatomíneos e 5,8% (624) foram positivos, com maior positividade na XI Regional de Saúde (28,0%, 120/429).

Nos anos de 2021–2023, o município de Iguaracy registrou 90 casos de doença de Chagas crônica, maioria do sexo feminino e com idades mais avançadas. No intervalo de 2010 a 2023, foram registrados 16 óbitos associados à doença, a maioria tendo como causa básica a doença de Chagas, principalmente entre casos do sexo masculino e, também, em idades mais elevadas. Nesse mesmo período, ocorreram nove internações hospitalares atribuídas à doença, predominando o sexo feminino, sem registro de óbitos durante as hospitalizações.

4. Procedimentos metodológicos

4.1. Registros no sistema de informação eSUS notifica

As informações sobre a doença de Chagas crônica foram obtidas a partir do sistema eSUS Notifica, englobando os casos notificados no município. A extração dos dados considerou os registros de pessoas com residência confirmada na cidade.

A análise descritiva foi realizada por meio da construção de tabelas e gráficos de série temporal, considerando o número de casos e as taxas de detecção anual, de acordo com o ano do diagnóstico. Ademais, este boletim também traz em perspectiva os casos diagnosticados antes de 2020, ainda que a notificação de casos crônicos tenha sido estabelecida somente a partir de 18 de maio de 2020, por meio da Portaria nº 1.061.

Baseado nos casos registrados ao longo do tempo, verifica-se o impacto das atividades do Projeto IntegraChagas Brasil em termos da detecção e notificação de casos de doença de Chagas crônica nos anos de 2024 e 2025, levando em conta o período destinado à testagem rápida de triagem, com a subsequente confirmação sorológica para casos específicos.

4.2. Testes rápidos de triagem, confirmatórios e classificação clínica

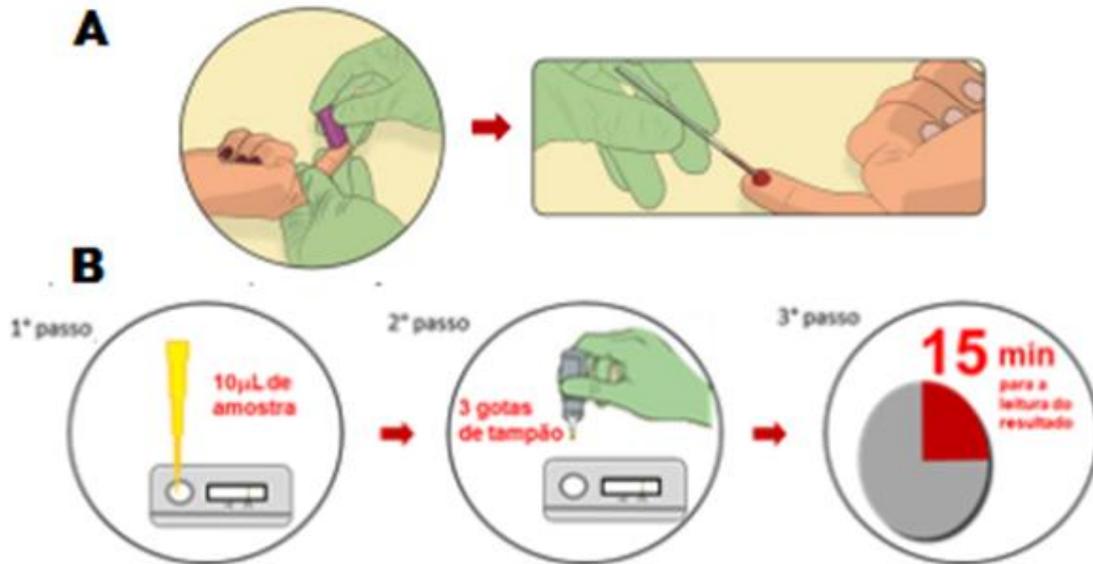
A meta para testagem no município de Iguaracy é de pelo menos 6 mil pessoas em todo o município, correspondendo a mais de 50% da população local. O quantitativo de testes destinados a cada unidade de saúde foi estabelecido com base na população de referência por ela atendida, conforme registros no Prontuário Eletrônico do/a Cidadão/ã (PEC).

Os testes rápidos de triagem são ferramentas de importância estratégica para programas governamentais de atenção à saúde pública, uma vez que oferecem vantagens como: rapidez de resultado (máximo de 20 minutos); treinamento

simples para as pessoas usuárias; facilidade de transporte, atingindo locais de difícil acesso com o objetivo de viabilizar o diagnóstico rápido. Considerando a facilidade de armazenamento e de transporte, o kit utilizado, formado por dispositivos leves e resistentes, possui uma grande amplitude térmica em sua utilização, o que facilita a sua manutenção, em geral, entre 2° e 30°C na estocagem. Portanto, os testes rápidos podem ser utilizados tanto na rotina dos serviços de saúde da APS, quanto em campanhas por todo o país, garantindo à população maior acesso a diagnóstico.

Para executar o Teste Rápido de triagem (TR Chagas Bio-Manguinhos®), é importante certificar-se de que todos os componentes do kit estejam à temperatura ambiente. Vale lembrar que o suporte somente poderá ser retirado do seu envoltório no momento da realização do procedimento, pois os testes expostos ao ambiente por muito tempo sofrem ação da umidade local, o que pode interferir na interpretação dos resultados. Após a devida higienização e punção digital, com uma micropipeta, fornecida no kit, coletam-se 10 µl de sangue total que são aplicados no poço S do cassete montado seguidos de três gotas de tampão de corrida. Por capilaridade, a migração ocorre em todo o sistema. Após a aplicação do tampão da amostra, aguardam-se 15 minutos para interpretação dos resultados. Essa visualização pode ser realizada até o 20º minuto após a adição do tampão de corrida (Figura 7).

Figura 7 - Representação esquemática da execução do teste rápido de triagem para detecção de anticorpos para doença de Chagas.



A: Higienização e coleta de punção digital; B: procedimento do teste em 3 etapas (1 – aplicação da amostra no orifício S do suporte do teste; 2 – aplicação do tampão de corrida; 3 – Interpretação dos resultados após 15 minutos de aplicação do tampão de corrida [não ultrapassando os 20 minutos]).

Fonte: Adaptado de Bio-Manguinhos

(<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/produtos/reativos/testes-rapidos-2>).

Os testes rápidos de triagem (TR Chagas Bio-Manguinhos®) conduzidos nas UBS do município, têm como referência o seguinte público-alvo (Figura 8):

Figura 8 - Público-alvo do projeto IntegraChagas Brasil, 2025

	Pessoa que já tem diagnóstico de doença de Chagas anterior ao projeto
	Pessoa residente em unidade domiciliar (UD) com presença de triatomíneos (no passado ou atual)
	Pessoa que vive em comunidades com cães sentinela diagnosticados pelo projeto como positivos para infecção por <i>T. cruzi</i>
	Pessoa com vínculo epidemiológico de doença de Chagas (exemplo: familiares em geral que residem com pessoas com diagnóstico ou especificamente filhos(as) de mães positivas)
	Pessoa com suspeita clínica de doença de Chagas
	Pessoa com condição(ões) de imunodepressão (exemplo, infecção por HIV/aids, uso de corticoterapia)
	Mulher em idade fértil (10 a 49 anos)
	Pessoa que busca unidade por demanda espontânea (iniciativa própria)

Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Previamente à realização do teste rápido de triagem, as pessoas participantes passavam por um processo de aconselhamento (etapa fundamental da pesquisa que é realizada ao longo de todo o seguimento), assegurando a compreensão plena da pesquisa e do procedimento em questão. Em seguida, assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado em versões específicas para adultos, pessoas entre 6 e 18 anos, bem como para gestantes. Para pessoas analfabetas, um profissional da unidade lia integralmente o termo de consentimento, garantindo sua compreensão.

As informações referentes às pessoas participantes da pesquisa são, em um primeiro momento, inseridas no software *Research Electronic Data Capture* (REDCap) por meio da Ficha Única de Triagem (FUT), que engloba um conjunto abrangente de dados, incluindo características sociodemográficas, informações

sobre residência e nível de conhecimento acerca dos aspectos clínicos e epidemiológicos da doença de Chagas.

Uma vez concluída a testagem, eram direcionadas a um espaço reservado, onde passavam por um novo processo de aconselhamento, desta vez centrado no recebimento do resultado. Aquelas pessoas cujo teste apresentava resultado negativo e não possuíam histórico prévio de doença de Chagas, encerravam sua participação após receberem o laudo correspondente.

As pessoas participantes com resultado positivo ou inconclusivo no teste rápido de triagem seguiam para coleta de sangue venoso para confirmação sorológica, assim como as pessoas com diagnóstico anterior de doença de Chagas com resultado do teste rápido de triagem negativo ou inconclusivo. Após a obtenção do resultado da sorologia confirmatória, as pessoas participantes eram informadas com realização do aconselhamento, independentemente de a sorologia ser negativa ou positiva. Aquelas pessoas com sorologia negativa tinham a sua participação encerrada no sistema, enquanto aquelas que apresentavam sorologia positiva passavam a ser consideradas casos de doença de Chagas e iniciavam o acompanhamento clínico. Esse acompanhamento incluía, além da anamnese e exame físico, a realização do eletrocardiograma (ECG), assim como de outros exames conforme a necessidade, além da devida notificação no eSUS Notifica.

Após a realização dos exames, cada pessoa acometida retornava para a consulta inicial de seguimento, na qual a equipe médica analisava os resultados, definia a conduta terapêutica e realizava a classificação inicial da doença de Chagas. Nesse momento, a pessoa acometida recebia, mais uma vez, aconselhamento detalhado sobre o processo de diagnóstico e as opções de tratamento antiparasitário e para eventuais complicações da doença.

Após a conclusão do tratamento antiparasitário, a pessoa acometida retornava à unidade de saúde para a última etapa dentro do projeto. Nessa ocasião, a equipe médica formalizava no sistema o encerramento do tratamento antiparasitário, e realizava a classificação final da doença de Chagas, reforçando as orientações

sobre a necessidade de acompanhamento clínico longitudinal. Embora essa seja a etapa final no âmbito do projeto, a pessoa acometida permanece em seguimento pela UBS de referência, podendo necessitar de interconsultas junto a outros pontos de maior complexidade da rede de atenção.

Para avaliação de risco e vulnerabilidade dentro do Projeto IntegraChagas Brasil, foi elaborado um escore, composto por 7 categorias: sexo ao nascer (feminino), faixa etária (50 anos ou mais), zona de residência (rural), raça/cor (parda ou preta), escolaridade (analfabeta ou ensino fundamental incompleto), risco epidemiológico (ter familiares com histórico de doença de Chagas) e residente em unidade domiciliar (UD) com presença de triatomíneos (no passado ou atual). Cada uma das categorias possui peso igual a 1, e são somadas para compor um escore que varia de 0 a 7. As variáveis que compõem este escore são coletadas na primeira abordagem da equipe de saúde com a pessoa participante, por meio da ficha única de triagem.

Os dados referentes ao teste rápido de triagem, sorologias e seguimento foram organizados em tabelas e gráficos, com o propósito de facilitar a disseminação dessas informações pela população em geral do município. A análise apresentada neste boletim corresponde aos dados obtidos no período de 19 de agosto de 2024 a 28 de março de 2025.

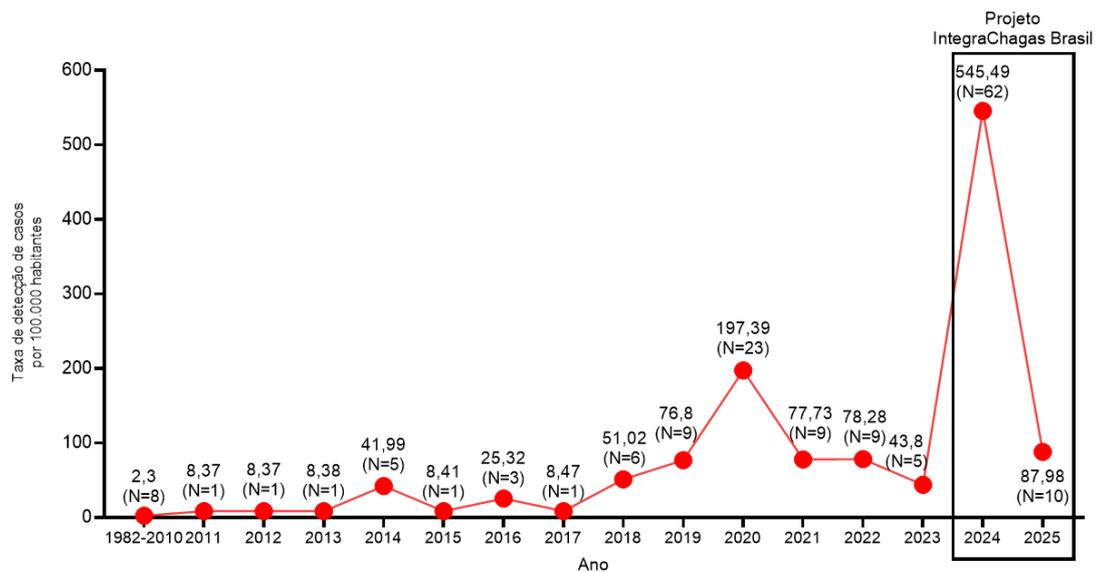
5. Resultados

5.1. Registro de casos no eSUS notifica

O município de Iguaacy iniciou a notificação de casos de doença de Chagas crônica a partir de 2023. Os dados do ano de 2025 ainda são parciais, abrangendo até o dia 28 de março. Ao considerar o ano de diagnóstico, 2024 apresentou o maior número de casos registrados (N=62), com taxa de detecção de 545,49 casos por 100.000 habitantes. Em 2020, observou-se também alta taxa de

deteção, 197,39 casos por 100.000 habitantes, com um total de 23 casos notificados (Figura 9).

Figura 9 - Taxa de deteção e número de casos de doença de Chagas crônica, Iguaracy-Pernambuco registrados entre 1982-2022 e notificados entre 2023-2025* (dados parciais)



Fonte: eSUS notifica 2023-2025* (dados parciais)

Dos 154 casos notificados de doença de Chagas crônica de 1982 a 2025 (82 casos entre 1982 e 2023, e 72 casos em 2024-2025), a maioria corresponde a pessoas do sexo feminino (N=90; 58,4%), raça/cor parda (N=88; 57,1%), residentes da zona rural (N=105; 68,2%) e com 70 anos ou mais (N=63; 40,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e percentual de casos de doença de Chagas crônica, Iguaracy-Pernambuco, registrados entre 1982-2022 e notificados entre 2023-2025* (dados parciais)

<i>Variáveis</i>	Total	
	N	%
Total	154	100,0
Sexo		

Variáveis	Total	
	N	%
Feminino	90	58,4
Masculino	64	41,6
Raça/cor		
Branca	38	24,7
Preta	10	6,5
Amarela	16	10,4
Parda	88	57,1
Indígena	0	0,0
Sem registro	2	1,3
Faixa etária (em anos)		
<15	0	0,0
15-29	3	1,9
30-39	4	2,6
40-49	20	13,0
50-59	29	18,8
60-69	35	22,7
≥70	63	40,9
Zona de residência		
Urbana	47	30,5
Rural	105	68,2
Periurbana	1	0,6
Ignorado	1	0,6

Fonte: eSUS notifica 2023-2025* (dados parciais)

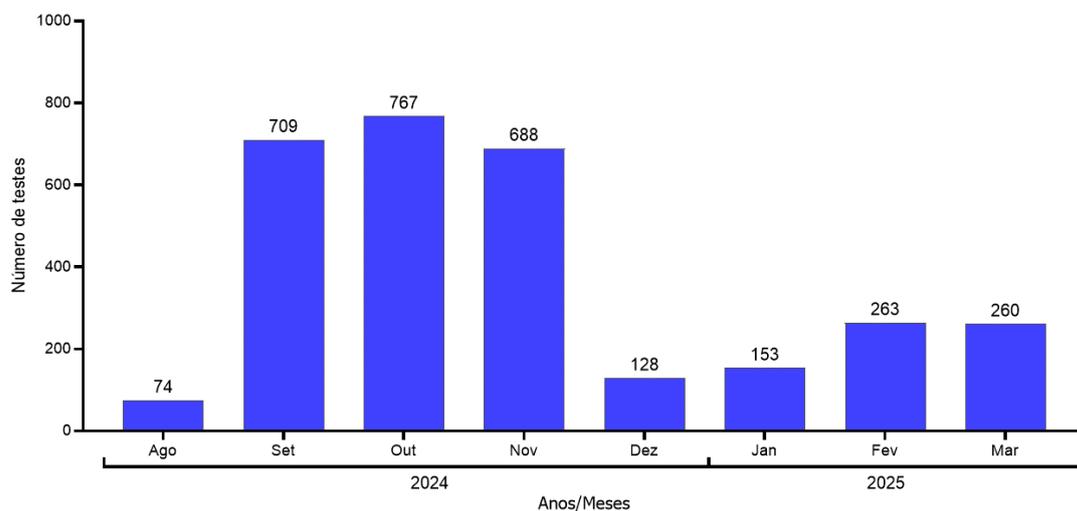
5.2. Resultados de testes rápidos de triagem e testes confirmatórios

5.2.1. Perfil das pessoas com teste rápido realizado e encaminhadas para confirmação

No período de agosto de 2024 a março de 2025 foram realizados **3.042 testes rápidos de triagem para doença de Chagas**, sendo 277 (9,1%) positivos e 28 (0,9%) inconclusivos (Tabela 2) (Figura 11). Dentro do número de testes realizados, o município alcançou 48,3% da meta prevista de testagem pelo Projeto IntegraChagas Brasil.

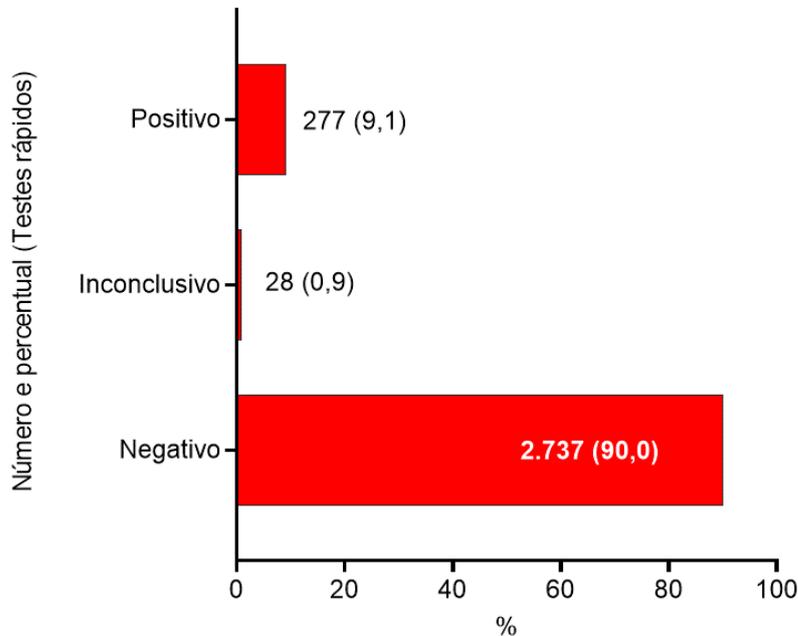
A maioria dos testes rápidos de triagem foi realizada nos meses de setembro a novembro, em meio a atividades de rotina, mas também com a intensificação por atividades de campanhas realizadas pelo município (Figura 10).

Figura 10 - Número de testes rápidos de triagem realizados segundo mês e ano de testagem, no período de 19 de agosto de 2024 a 28 de março de 2025, Iguaracy, Pernambuco



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Figura 11 - Número de testes rápidos de triagem realizados segundo resultado, no período de 19 de agosto de 2024 a 28 de março de 2025, Iguaracy, Pernambuco



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A maioria das pessoas testadas era do sexo feminino (3.191; 62,6%), com idade predominante entre 40 e 49 anos (558; 18,3%). A maior parte residia em áreas rurais (1.670; 54,9%), autodeclarava-se como raça/cor parda (1.795; 59,0%) e possuía ensino fundamental incompleto (1.310; 43,1%) (Tabela 2).

Foram testadas 76 gestantes (2,5%), das quais 3 (1,1%) apresentaram resultado positivo no teste rápido e, conseqüentemente, foram encaminhadas para sorologia confirmatória e acompanhamento sistemático pelas equipes da APS (dados não apresentados na Tabela).

No contexto de risco/vulnerabilidade, escores com valores acima de 4 foram predominantes em 1.397 pessoas testadas (45,9%), com proporção ainda maior entre as que tiveram teste rápido de triagem positivo (198, 71,5%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e percentual dos testes rápidos de triagem, segundo variáveis sociodemográficas, Iguaracy-Pernambuco, 2024 –2025

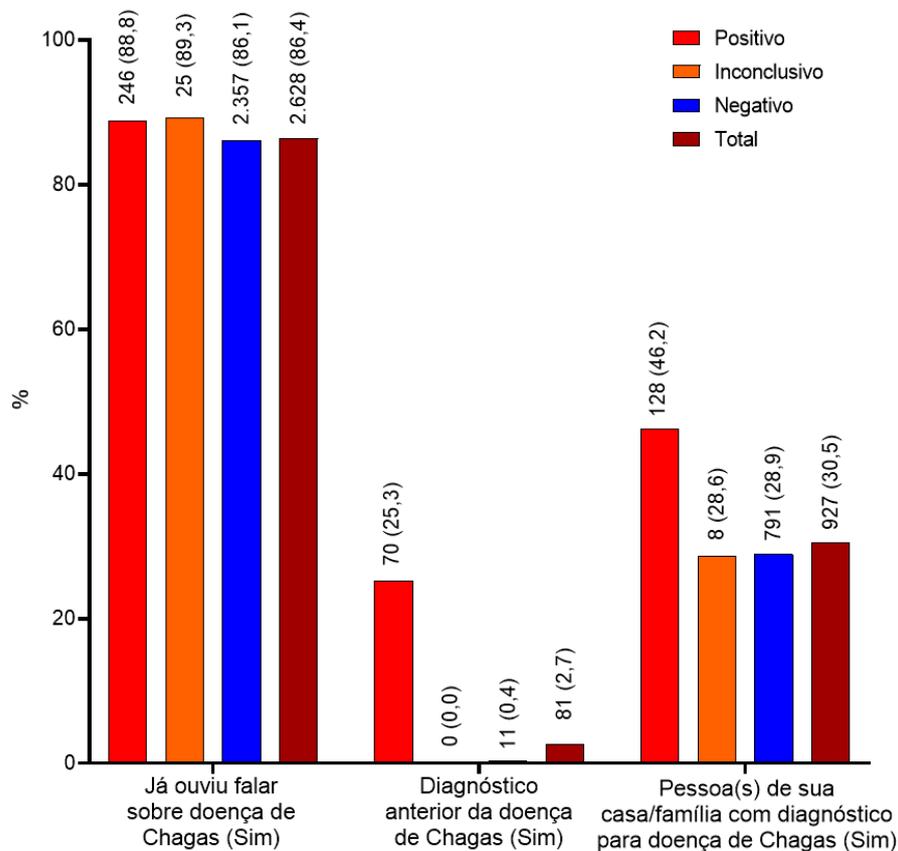
Variáveis	Positivo	Inconclusivo	Negativo	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Total	277 (9,1)	28 (0,9)	2.737 (90,0)	3.042 (100,0)
Sexo				
Masculino	113 (40,8)	9 (32,1)	1.016 (37,1)	1.138 (37,4)
Feminino	163 (58,8)	19 (67,9)	1.721 (62,9)	1.903 (62,6)
Ignorado, não quer responder	1 (0,4)	-	-	1 (0,0)
Faixa etária (em anos)				
<15	9 (3,2)	2 (7,1)	204 (7,5)	215 (7,1)
15 a 29	22 (7,9)	7 (25,0)	484 (17,7)	513 (16,9)
30 a 39	21 (7,6)	3 (10,7)	447 (16,3)	471 (15,5)
40 a 49	37 (13,4)	7 (25)	514 (18,8)	558 (18,3)
50 a 59	41 (14,8)	5 (17,9)	477 (17,4)	523 (17,2)
60 a 69	61 (22,0)	3 (10,7)	367 (13,4)	431 (14,2)
≥70	86 (31,0)	1 (3,6)	244 (8,9)	331 (10,9)
Zona de residência				
Urbana	107 (38,6)	11 (39,3)	1254 (45,8)	1.372 (45,1)
Rural	170 (61,4)	17 (60,7)	1483 (54,2)	1.670 (54,9)
Periurbana	-	-	-	-
Não lembra ou não quer responder	-	-	-	-
Raça/cor				
Branca	74 (26,7)	7 (25)	823 (30,1)	904 (29,7)
Parda	167 (60,3)	17 (60,7)	1.611 (58,9)	1.795 (59,0)
Preta	28 (10,1)	3 (10,7)	240 (8,8)	271 (8,9)
Amarela	3 (1,1)	1 (3,6)	31 (1,1)	35 (1,2)
Indígena	-	-	-	-
Outras	4 (1,4)	-	32 (1,2)	36 (1,2)
Não lembra ou não quer responder	1 (0,4)	-	-	1 (0,0)

Variáveis	Positivo	Inconclusivo	Negativo	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Escolaridade				
Nenhuma	53 (19,1)	4 (14,3)	179 (6,5)	236 (7,8)
Ensino fundamental incompleto	154 (55,6)	9 (32,1)	1.147 (41,9)	1.310 (43,1)
Ensino fundamental completo (até o 9º ano)	11 (4,0)	1 (3,6)	186 (6,8)	198 (6,5)
Ensino médio incompleto	8 (2,9)	6 (21,4)	218 (8,0)	232 (7,6)
Ensino médio completo	34 (12,3)	4 (14,3)	619 (22,6)	657 (21,6)
Superior incompleto	-	1 (3,6)	92 (3,4)	93 (3,1)
Superior completo	16 (5,8)	3 (10,7)	278 (10,2)	297 (9,8)
Não sabe, não lembra ou não quer responder	1 (0,4)	-	18 (0,7)	19 (0,6)
Contexto de risco/vulnerabilidade (escore)				
0	2 (0,7)	-	34 (1,2)	36 (1,2)
1	8 (2,9)	2 (7,1)	217 (7,9)	227 (7,5)
2	19 (6,9)	8 (28,6)	556 (20,3)	583 (19,2)
3	50 (18,1)	5 (17,9)	744 (27,2)	799 (26,3)
4	85 (30,7)	4 (14,3)	686 (25,1)	775 (25,5)
5	74 (26,7)	7 (25)	357 (13)	438 (14,4)
6	32 (11,6)	2 (7,1)	124 (4,5)	158 (5,2)
7	7 (0,0)	-	19 (0,0)	26 (0,0)

Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A maior parte das pessoas participantes já havia ouvido falar sobre a doença de Chagas (2.628; 86,4%). Um total de 2,7% (N=81) afirmou já ter recebido esse diagnóstico anteriormente, enquanto 30,5% (N=927) relataram casos da doença entre familiares (Figura 12).

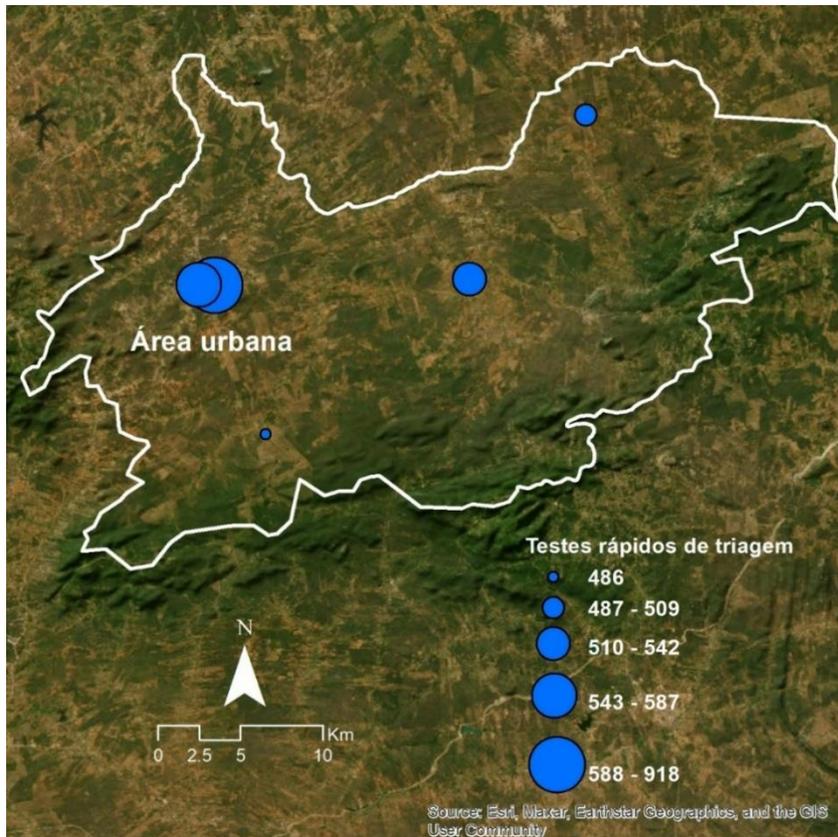
Figura 12 – Número de TR realizados no município de Iguaracy-Pernambuco, de 19 de agosto de 2024 a 28 de março de 2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Entre as cinco unidades de saúde de Iguaracy, a ESF da Sede foi a que realizou o maior número de testes rápidos de triagem (918), seguida pela ESF Santa Ana, com 587 testes. Ambas as unidades estão situadas na zona urbana do município (Figura 13). Vale destacar que, até a elaboração deste boletim, a ESF da Caatingueira atingiu a meta de testagens estabelecida para a unidade.

Figura 13 - Distribuição espacial do número de testes (positivos, inconclusivos e negativos), segundo unidades de saúde, Igaracy-Pernambuco, 2024–2025

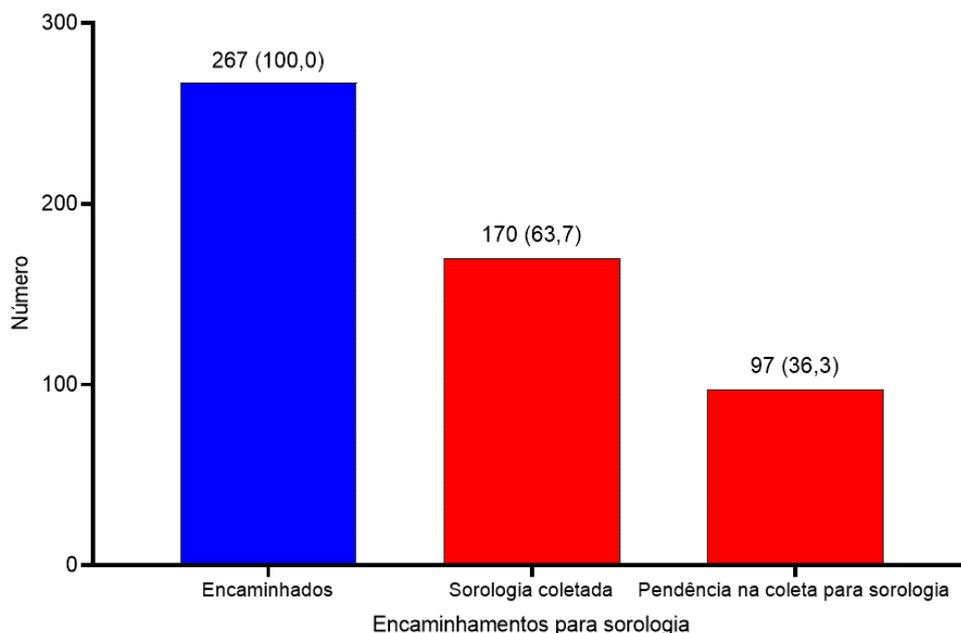


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Pessoas com testes rápidos de triagem realizados e encaminhadas para sorologia confirmatória

Um total de 267 pessoas foi encaminhado para a realização dos testes sorológicos confirmatórios para a doença de Chagas. Até o dia 28 de março de 2025, 63,7% (170 pessoas) já haviam recebido os resultados desses testes (Figura 14).

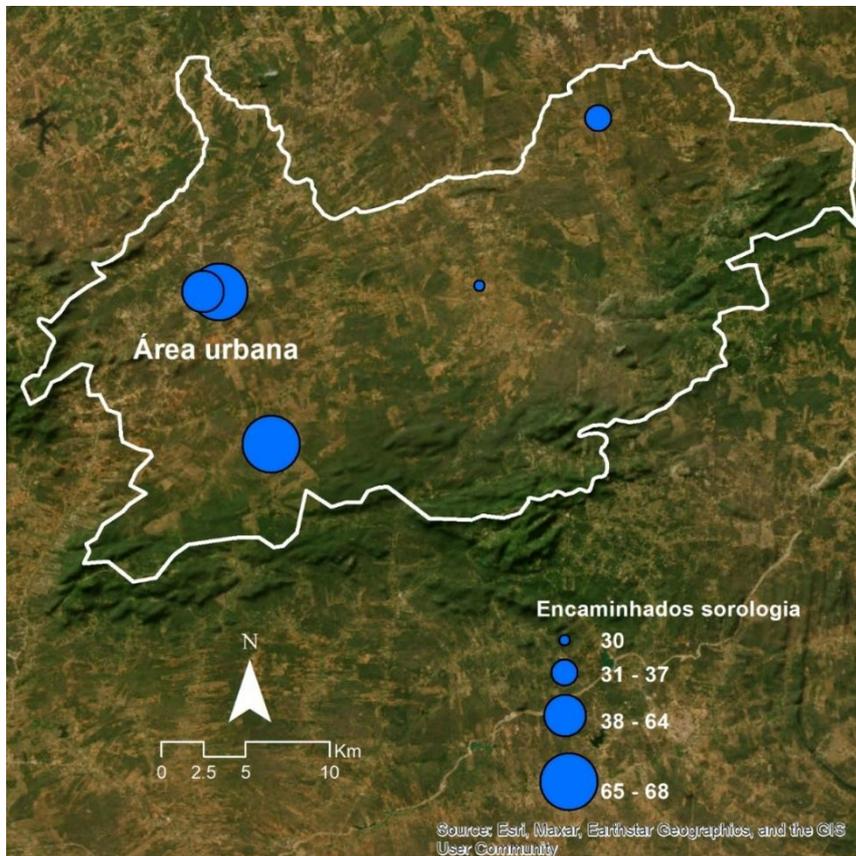
Figura 14 - Número e percentual de pessoas com testes rápidos de triagem realizados e encaminhadas para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos [com histórico de doença de Chagas]). Iguaracy-Pernambuco, 2024 – 2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

As ESF de Irajá e da Sede foram responsáveis pela maior parte dos encaminhamentos para investigação sorológica da doença de Chagas (68 de 276), seguidas pela ESF Santa Ana (64 de 276) (Figura 15). A ESF Sede, com o maior número de encaminhamentos de testes rápidos para confirmação diagnóstica, localiza-se em uma área de intenso fluxo populacional, caracterizada pela presença de comércios e feiras nas imediações da unidade de saúde.

Figura 15 - Distribuição espacial das pessoas com testes rápidos de triagem realizados e encaminhadas para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos [com histórico de doença de Chagas]), segundo unidades de saúde, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025

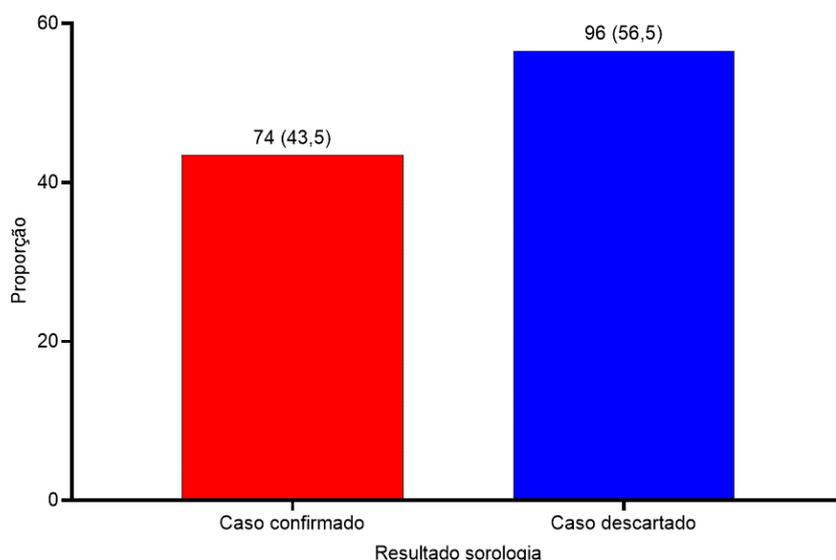


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Testes rápidos de triagem com sorologia confirmatória

Entre as 170 pessoas participantes com disponibilidade do resultado do teste confirmatório para a doença de Chagas, 74 (43,5%) tiveram o diagnóstico estabelecido. Todos os casos confirmados por sorologia apresentaram resultado positivo no teste rápido (Figura 16).

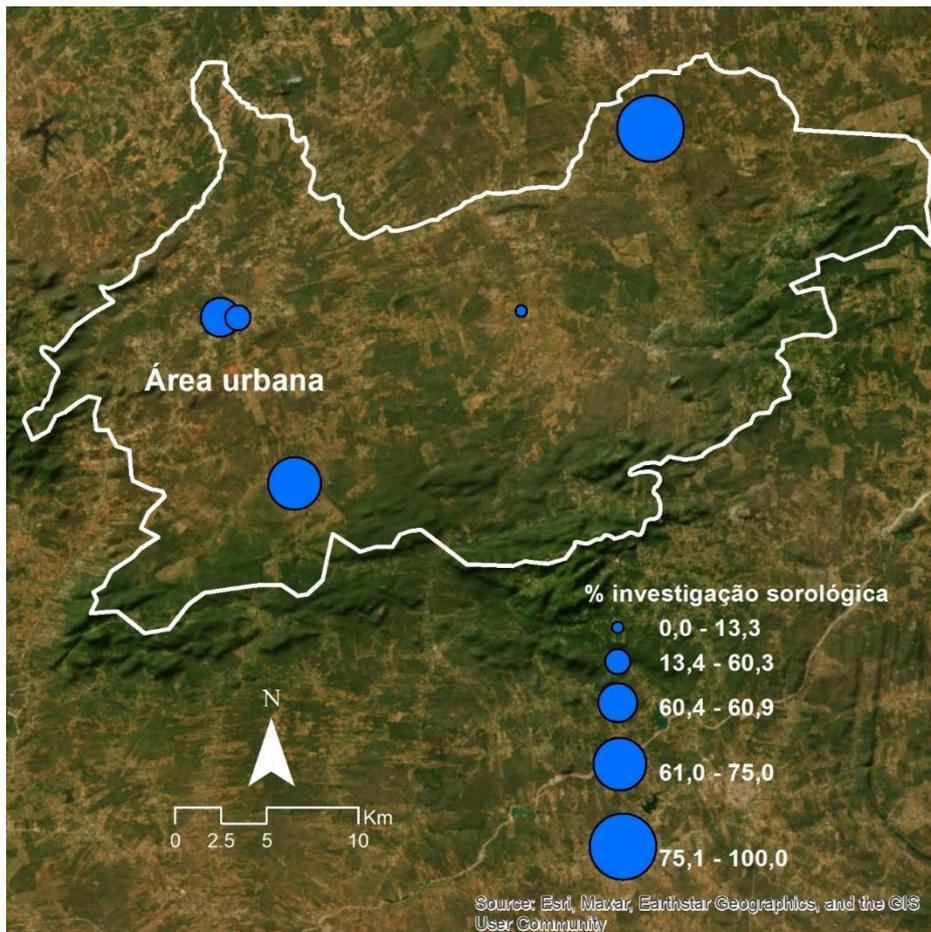
Figura 16 - Número e percentual de casos com realização de teste confirmatório segundo resultado, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Localizadas na zona rural do município, a ESF Caatingueira registrou a maior proporção de investigações sorológicas concluídas (94,6%, 35 de 37), seguida pela ESF Irajá (75,0%, 51 de 68) (Figura 17).

Figura 17 - Distribuição espacial do percentual de investigação sorológica (resultado da sorologia positivo ou negativo), segundo unidades de saúde, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

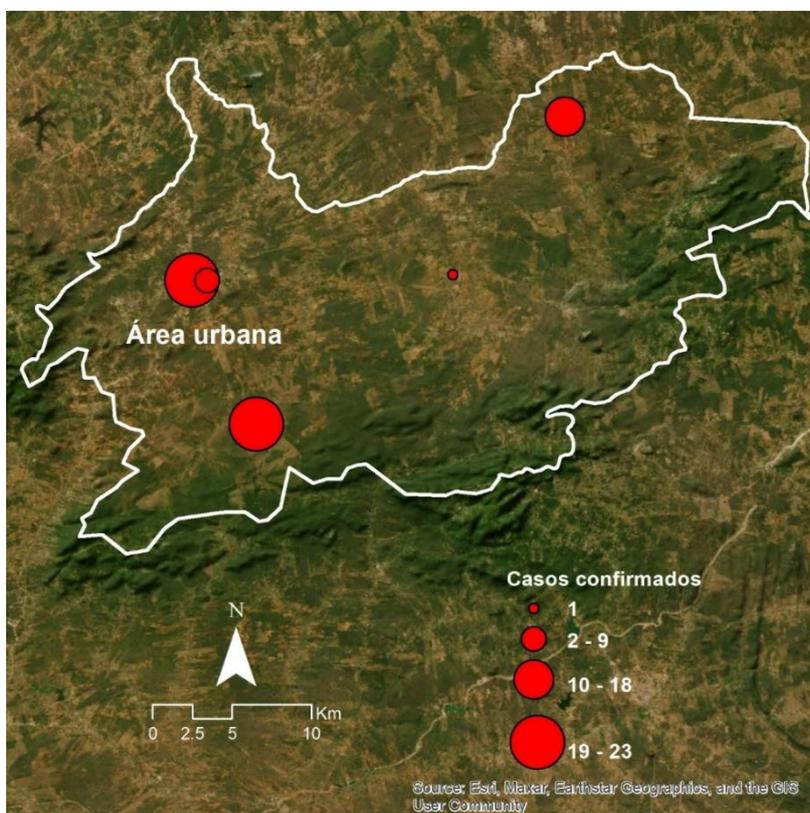
5.2.2. Perfil dos casos com confirmação sorológica

A seguir, apresentam-se as características sociodemográficas e clínicas das 74 pessoas com diagnóstico de doença de Chagas, considerando as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, zona de residência, raça/cor, nível de escolaridade, condição gestacional, conhecimento prévio sobre a doença, escore de contexto de risco e vulnerabilidade, forma de entrada no serviço de saúde, situação de tratamento, bem como a forma clínica identificada no início e ao término do seguimento.

Características dos casos com confirmação sorológica

A maioria dos casos confirmados foi registrada na ESF Santa Ana, localizada na zona urbana, e na ESF Irajaí, situada na zona rural, com 23 dos 74 casos confirmados em cada unidade. Em seguida, destaca-se a ESF Caatingueira, também localizada em área rural, com 18 casos confirmados (Figura 18).

Figura 18 - Distribuição espacial do número de casos confirmados sorologicamente, segundo unidades básicas de saúde da família, Igaracy-Pernambuco, 2024–2025

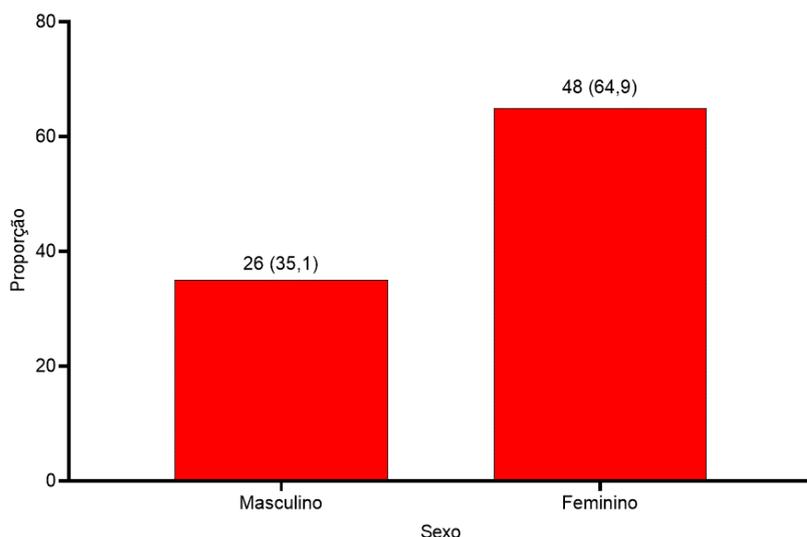


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A maioria dos casos concentrou-se entre mulheres, com 48 casos (64,9%). Essa predominância pode ser atribuída tanto à maior representatividade do sexo feminino no município — correspondente a 50,2% da população, segundo dados do IBGE — quanto ao perfil do público-alvo do projeto, que incluiu, entre outros

grupos, mulheres em idade fértil (Figura 19). Entre aquelas em idade fértil, nenhuma gestação foi identificada no processo de confirmação sorológica.

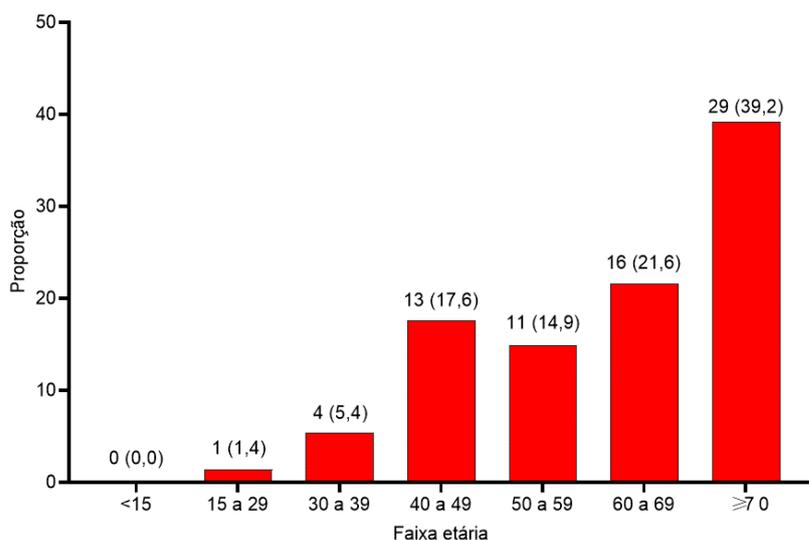
Figura 19 – Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo sexo, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

No que se refere à distribuição etária dos casos confirmados, destaca-se a ocorrência de um caso na faixa de 15 a 29 anos. A maior concentração, entretanto, foi observada entre pessoas com 70 anos ou mais, totalizando 29 casos (39,2%) (Figura 20). Quase ¼ dos casos foi verificada em pessoas com menos de 50 anos de idade.

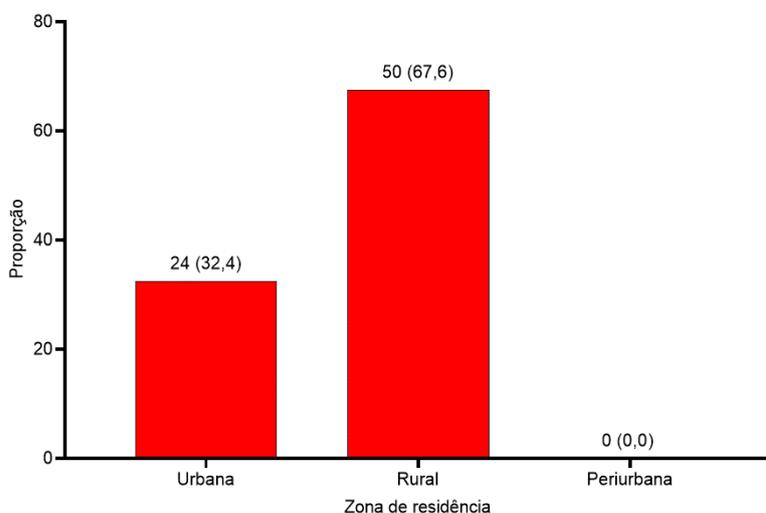
Figura 20 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo faixa etária, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A maioria dos casos confirmatórios ocorreu entre indivíduos residentes na zona rural (n=50; 67,6%), considerando a significativa quantidade da população que vive nessa área. Não foram identificados casos entre moradores(as) de regiões periurbanas (Figura 21).

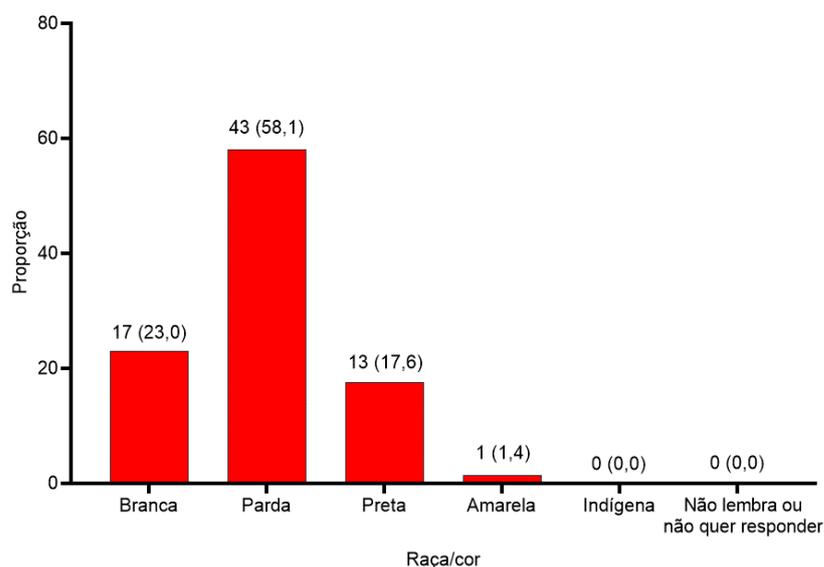
Figura 21 - Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo zona de residência, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A distribuição dos casos acompanha o perfil demográfico do município, cuja população é majoritariamente autodeclarada parda. Dos casos confirmados, 58,1% (43) pertencem a essa categoria, seguidos por 23,0% (17) de pessoas autodeclaradas brancas e 17,6% (13) pretas (Figura 22). Portanto, a população negra (pretas e pardas) representa quase 80,0% dos casos do município.

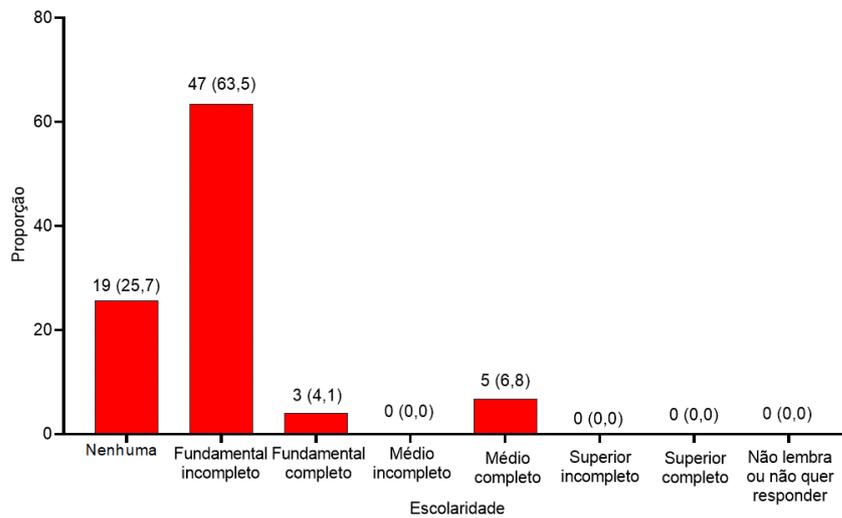
Figura 22 - Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo raça/cor, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Em relação à escolaridade, a maioria dos testes confirmatórios foi registrada entre pessoas com ensino fundamental incompleto (47; 63,5%), seguida por aquelas sem nenhuma escolaridade formal (19; 25,7%) (Figura 23). Esses resultados refletem o perfil educacional apontado pelo Censo de 2022, que revela que a maior parte da população com 18 anos ou mais de idade no município não possui instrução ou tem apenas o ensino fundamental incompleto.

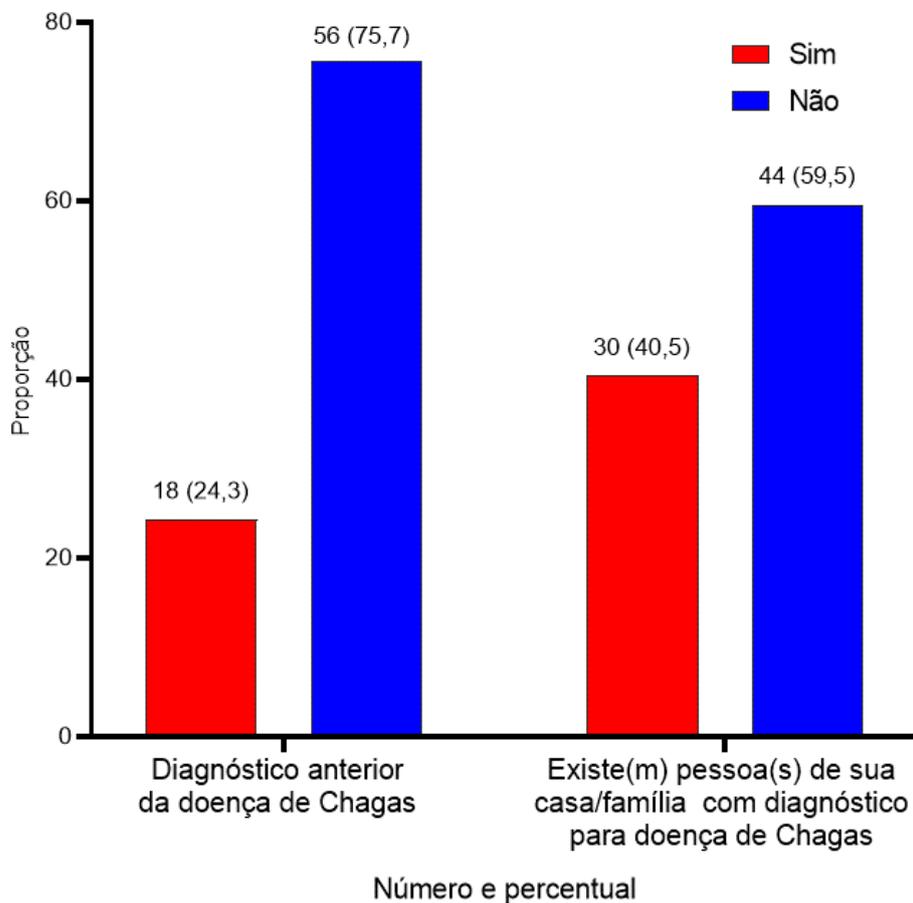
Figura 23 - Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo escolaridade, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

No que se refere ao conhecimento prévio, 40,5% (30) das pessoas acometidas pela doença relataram ter familiares com doença de Chagas, enquanto 24,3% (18) informaram já ter recebido diagnóstico de doença de Chagas anteriormente (Figura 24).

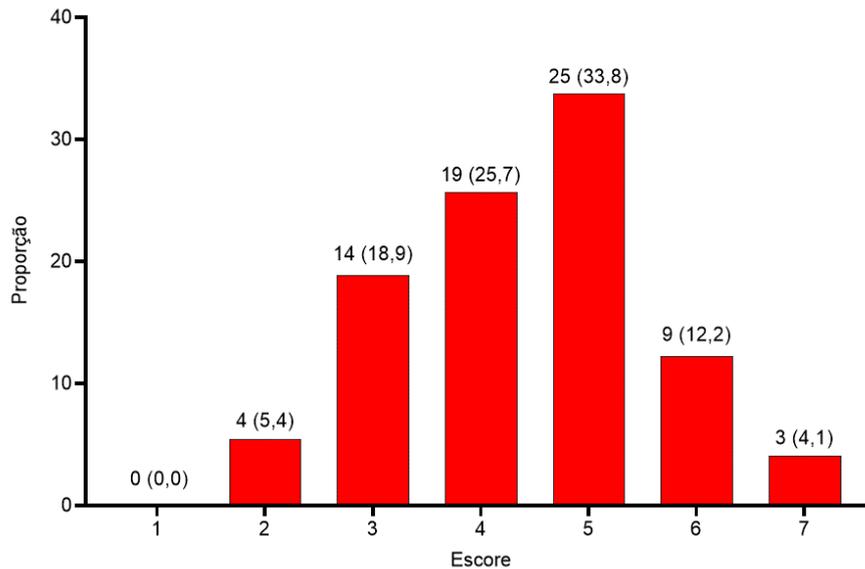
Figura 24 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo existência de casos na família e diagnóstico anterior, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Entre as condições de risco e vulnerabilidade consideradas na composição do escore, a maior parte das pessoas com teste confirmatório positivo apresentou 5 categorias simultâneas (25; 33,8%), seguida por aqueles com 4 categorias (19; 25,7%). Destacam-se ainda 9 pessoas (10,8%) que reuniam 6 das categorias e 3 (4,1%) com todas as 7 categorias de risco e vulnerabilidades avaliadas (Figura 25).

Figura 25 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo contexto de risco/vulnerabilidade, Igaracy-Pernambuco, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A variável "modo de entrada" no Projeto IntegraChagas Brasil contempla múltiplas formas de acesso ao serviço de saúde, sendo preenchida por representação da equipe profissional responsável pela aplicação do formulário. A maior parte dos testes confirmatórios foi realizada em pessoas que procuraram o serviço por demanda espontânea (30; 40,5%), seguidas por aquelas residentes em domicílios com presença de triatomíneos (20; 27,0%). Destacam-se, ainda, os casos identificados por vínculo epidemiológico (13; 17,6%) e por meio de campanhas de testagem (11; 14,9%) (Figura 26).

Figura 26 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo modo de entrada no Projeto IntegraChagas Brasil, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025



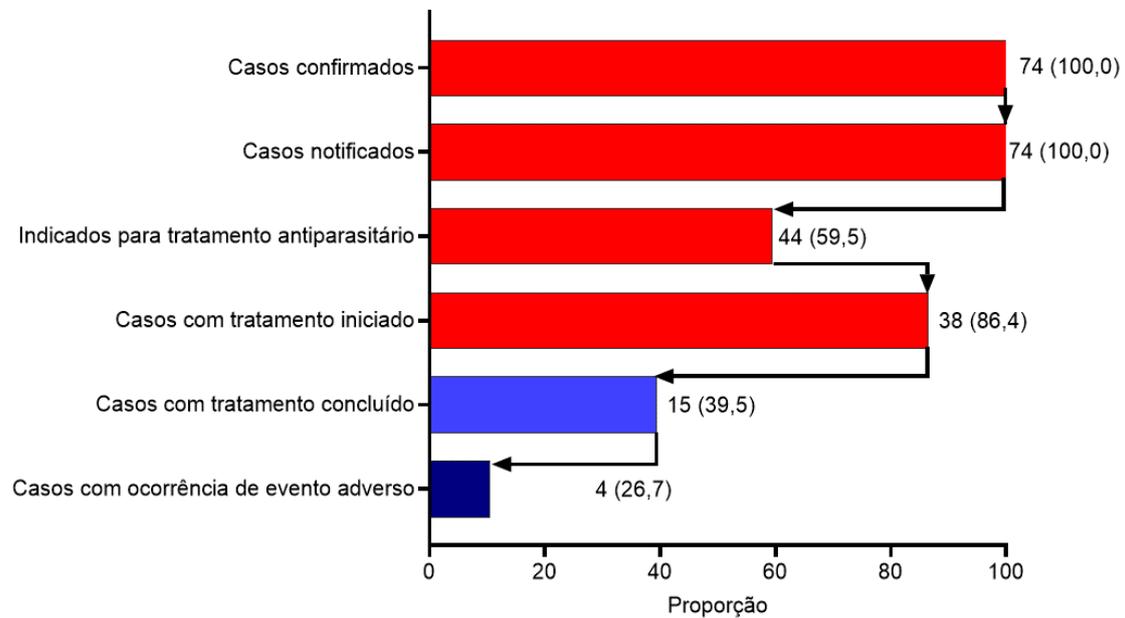
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

* UD: Unidade domiciliar

** A mesma pessoa pode apresentar mais de um modo de entrada no projeto.

Todos os 74 casos confirmados foram devidamente notificados no sistema e-SUS Notifica. Desses, 44 (69,5%) tiveram indicação para tratamento, dos quais 38 (86,4%) iniciaram o protocolo terapêutico. Entre as pessoas que iniciaram o tratamento, 15 (39,5%) concluíram, e, dessas, 4 (26,7%) apresentaram eventos adversos relacionados ao uso de benznidazol (Figura 27).

Figura 27 - Número e percentual de casos confirmados, notificados, com indicação de tratamento, com tratamento iniciado e tratamento concluído, e com ocorrência de evento adverso, Iguaracy-Pernambuco, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

6. Considerações Finais

O Boletim Epidemiológico em doença de Chagas (2025) do município de Iguaçu configura-se como um valioso instrumento estratégico, cuja análise atenta é indispensável não apenas para profissionais e gestores(as) envolvidos(as) na vigilância e controle da doença no âmbito do SUS, mas também para a comunidade em geral, enquanto corresponsável no processo de enfrentamento à doença. A sistematização dessas informações permite uma compreensão mais aprofundada do cenário local da doença, subsidiando ações mais eficazes de vigilância, prevenção e cuidado.

A experiência vivenciada no município traz a potência do teste rápido de triagem como ferramenta para ampliar acesso a diagnóstico, abrindo caminho para o tratamento e cuidado. Traz em evidência também a potência do SUS e, quando integrada ao comprometimento dos profissionais de saúde, reforça o papel estratégico e resolutivo da APS, capaz de promover o diagnóstico oportuno, o acompanhamento longitudinal, a coordenação do cuidado e a articulação intersetorial, elementos fundamentais para o enfrentamento efetivo da doença de Chagas, bem como de outras condições crônicas de saúde.

O Projeto IntegraChagas Brasil, por intermédio do protagonismo e cooperação com o Grupo Gestor da Linha de Cuidado do município de Iguaçu — oficialmente constituído por meio da Portaria Municipal nº 290/2024 — tem promovido a estruturação e o fortalecimento de uma Linha de Cuidado voltada às pessoas com diagnóstico da doença, bem como àquelas inseridas em contextos de risco e vulnerabilidade socioambiental. Este esforço coletivo tem se mostrado essencial diante da elevada proporção da população residente em áreas rurais, onde persistem fatores determinantes para a manutenção da transmissão e barreiras de acesso aos serviços de saúde.

A construção dessa Linha de Cuidado está fundamentada nos conceitos de integralidade, equidade e territorialização, articulando ações de vigilância, diagnóstico, acompanhamento clínico, tratamento e educação em saúde. Ao

integrar distintos níveis de atenção e envolver atores/atrizes locais — como equipes de saúde, gestores(as), lideranças comunitárias e instituições de ensino e pesquisa — o município avança na consolidação de uma resposta coordenada e resolutiva frente à doença de Chagas, reafirmando o papel do SUS como espaço de direitos, um sistema público comprometido com a promoção da saúde e o enfrentamento das iniquidades.

Este boletim reafirma a doença de Chagas como tendo significativa relevância em saúde pública no território de Iguaracy, cuja abordagem demanda ações permanentes, intersetoriais e sustentadas, fortalecendo o compromisso coletivo e a corresponsabilização no enfrentamento e controle da doença.

Referências Bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Ficha de Notificação E-SUS Notifica (10/2023): Doença de Chagas Crônica. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/ficha-de-notificacao-doenca-de-chagas/@@download/file>
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de caso confirmado de doença de Chagas crônica, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/instrutivo-de-preenchimento-da-ficha-de-doenca-de-chagas-cronica/@@download/file>
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia para notificação de doença de Chagas crônica (DCC) - E-SUS Notifica Versão 3.3.0, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/Guia-para-notificacao-de-doenca-de-Chagas-cronica-DCC.pdf>
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas: 14 de abril - Dia Mundial. Boletim Epidemiológico. Brasília/DF; 2021. p. 1-38. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim_especial_chagas_14abr21_b.pdf
5. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Territorialização e vulnerabilidade para doença de Chagas crônica. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2022. p. 29. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-especial-de-doenca-de-chagas-numero-especial-abril-de-2022>
6. Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas. Portaria nº 57 – Brasília/DF; 2018 p. 1-135. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_doenca_de_Chagas.pdf
7. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico Análise descritiva: um ano de implementação da notificação de doença de Chagas crônica no Brasil. Brasília/DF; 2024. Volume 53, p. 1-23. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-08.pdf/@@download/file>
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Dicionário de dados – Ficha de Notificação/Investigação – Doença de Chagas crônica, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/dicionario-de-dados-doenca-de-chagas-cronica/@@download/file

9. Brasil. Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar, e altera o Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023, para dispor sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente - CIEDDS.D.O.U de 07/02/2024, pág. nº 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d11908.htm
10. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria No 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1061_29_05_2020.html
11. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2024-2027. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pns/plano-nacional-de-saude-pns-2024-2027>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Brasil Saudável. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/brasil-saudavel>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 – 6a. ed. Revisada – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/@@download/file>
14. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde. Doenças Tropicais Negligenciadas: Impacto na Morbimortalidade das Crianças no Brasil, 2010 a 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-doencas-tropicais-negligenciadas-numero-especial-jan-2025.pdf/view>
15. Brasil. UNICEF. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Ainda é possível mudar 2030. 2024. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>
16. de Oliveira Junior WA, Gómez I Prat J, Albajar-Viñas P, Carrazzone C, Kropf SP, Dehousse A, Camargo AMA, Anselmi M, Barba MCP, Guiu IC, Barros MDNDS, Cavalcanti MDGM, Correia CB, Martins SM; FINDECHAGAS Workgroup. How people affected by Chagas disease have struggled with

- their negligence: history, associative movement and World Chagas Disease Day. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2022 Jul 13;117:e220066.
17. Dias JCP, Ramos Jr. AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Rodrigues Coura J, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiol e Serviços Saúde. 2016;25(21): 7–86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/JrVJ3sYXSCYbvZdh8cH4Dqy/?format=html>
 18. FindeChagas. FindeChagas, o caminho para fortalecer a ação coletiva. Campinas, SP. 2018. Disponível em: <https://findechagas.org/home-po/>
 19. Fiocruz, Bio-Manguinhos. Testes Rápidos. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/produtos/reativos/testes-rapidos-2>
 20. Fiocruz. Portal da doença de Chagas. Pernambuco. 2024. Disponível em: <https://chagas.fiocruz.br/diagnostico-atencao/recife/>
 21. Iguaçu. Prefeitura Municipal de Iguaçu e Secretaria Municipal de Saúde. Informe Epidemiológico - 2024 - IntegraChagas Brasil. 2024. Disponível em: https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Informe_Epidemiologico_Iguacu_Agosto_2024-rev.pdf
 22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados. IBGE. 2025. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/iguacu/panorama>
 23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama – Censo 2022. IBGE. 2025. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
 24. Marin-Neto JA, Rassi A Jr, Oliveira GMM, Correia LCL, Ramos Júnior AN, Luquetti AO, Hasslocher-Moreno AM, Sousa AS, Paola AAV, Sousa ACS, Ribeiro ALP, Correia Filho D, Souza DDSM, Cunha-Neto E, Ramires FJA, Bacal F, Nunes MDCP, Martinelli Filho M, Scanavacca MI, Saraiva RM, Oliveira Júnior WA, Lorga-Filho AM, Guimarães AJBA, Braga ALL, Oliveira AS, Sarabanda AVL, Pinto AYDN, Carmo AALD, Schmidt A, Costa ARD, Ianni BM, Markman Filho B, Rochitte CE, Macêdo CT, Mady C, Chevillard C, Virgens CMBD, Castro CN, Britto CFPC, Pisani C, Rassi DDC, Sobral Filho DC, Almeida DR, Bocchi EA, Mesquita ET, Mendes FSNS, Gondim FTP, Silva GMSD, Peixoto GL, Lima GG, Veloso HH, Moreira HT, Lopes HB, Pinto IMF, Ferreira JMBS, Nunes JPS, Barreto-Filho JAS, Saraiva JFK, Lannes-Vieira J, Oliveira JLM, Armaganijan LV, Martins LC, Sengeniz LHC, Barbosa MPT, Almeida-Santos MA, Simões MV, Yasuda MAS, Moreira MDCV, Higuchi ML, Monteiro MRCC, Mediano MFF, Lima MM, Oliveira MT, Romano MMD, Araujo NNSL, Medeiros PTJ, Alves RV, Teixeira RA, Pedrosa RC, Aras Junior R, Torres RM, Pova RMDS, Rassi SG, Alves SMM, Tavares SBDN, Palmeira SL, Silva Júnior TLD, Rodrigues TDR, Madrini Junior V, Brant VMDC, Dutra WO, Dias JCP. SBC Guideline on the Diagnosis and Treatment of Patients with Cardiomyopathy of Chagas Disease - 2023. Arq Bras Cardiol. 2023 Jun 26;120(6):e20230269.

25. Marin-Neto JA, Rassi A, Oliveira GMM, Correia LCL, Ramos AN, Luquetti AO, et al. Diretriz da SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas – 2023. Arq Bras Cardiol. 2023 Jun16;120(6). Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretriz-da-sbc-sobre-diagnostico-e-tratamento-de-pacientes-com-cardiomiopatia-da-doenca-de-chagas-2023/>
26. Martins SM, Moura CBC, Cavalcanti MGAM, Carrazzone CFV, Medeiros CA, Oliveira Junior W. Além da Doença – História da Casa do Portador de Doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca de Pernambuco (Casa do Portador de Doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca de Pernambuco) /PROCAPE-UPE/Brasil. ABC Heart Fail Cardiomyop.;2021;1(1):15-26. Disponível em: <https://www.abcheartfailure.org/pt-br/article/muito-alem-da-doenca-a-historia-da-casa-do-portador-de-doenca-de-chagas-e-insuficiencia-cardiaca-de-pernambuco-procape-upe-brasil/>
27. OPAS. A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. 2a edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 113 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf
28. Organização Pan-Americana de Saúde. Doença de Chagas. Washington: Organização Pan-Americana de Saúde; 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doenca-chagas>
29. Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. IntegraChagas: X Geres e município de Iguaçacy recebem equipe do Ministério da Saúde. 2024. Disponível em: <https://portal.saude.pe.gov.br/integrachagas-x-geres-e-municipio-de-iguaracy-recebem-equipe-do-ministerio-da-saude/#:~:text=De%202020%20a%202022%2C%20o,estado%20est%203%A1%20em%201%2C81>
30. Ramos AN Jr, Souza EA, Guimarães MCS, Vermeij D, Cruz MM, Luquetti AO, Diotaiuti L, Palmeira SL, Lima MM, Costa VMD, Andrade LAB, Correia D, Sousa AS. Response to Chagas disease in Brazil: strategic milestones for achieving comprehensive health care. Rev Soc Bras Med Trop. 2022;55:e01932022. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0193-2022>
31. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Mapa de Saúde da X Região de Saúde do Estado de Pernambuco. Afogados da Ingazeira: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; 2022.
32. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária (SEVSAP). Boletim técnico doença de Chagas – Período anual. Recife, PE, Brasil; 2024. Disponível em: <https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Boletim%20CHAGAS%20%20final.pdf>

33. Soares Filho AM, Vasconcelos CH, Dias AC, Souza ACC, Merchan-Hamann E, Silva MRF da. Atenção Primária à Saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. Ciênc saúde coletiva. 2022;27(1):377–86.
34. Sousa AS, Vermeij D, Ramos AN Jr, Luquetti AO. Chagas disease. Lancet.2024;403(10422):203-218. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(23\)01787-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(23)01787-7.pdf)
35. Souza, EA, Cruz MM, Ferreira AF, Sousa AS, Luiz RR, Palmeira SL, Luquetti AO, Heukelbach J., Ramos Jr. A.N. Hospital case fatality and mortality related to Chagas disease in Brazil over two decades. BMC Public Health 24, 2282. 2024. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19618-z>
36. Sucupira, MVF. Desenvolvimento de teste rápido baseado em imunocromatografia de fluxo lateral para detecção de anticorpos contra Hepatite A em amostras de soro e sangue. Tese (doutorado) — Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Medicina Tropical, 139F, 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/67272>
37. Warsinke, A. (2009) Point-of-care testing of proteins. Analytical and Bioanalytical Chemistry. 393, 1393-1405. <https://doi.org/10.1007/s00216-008-2572-0>
38. World Health Organization. Chagas disease (also known as American trypanosomiasis). Genebra: World Health Organization; 2025. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis))
39. World Health Organization. Chagas disease (American trypanosomiasis). Genebra: World Health Organization; 2025. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/chagas-disease#tab=tab_1
40. World Health Organization. One Health. Genebra: World Health Organization; 2025. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1