



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2026 - DOENÇA DE CHAGAS

# IGUARACY

PERNAMBUCO





### **Prefeitura Municipal de Iguaracy**

Prefeito: Pedro Alves de Oliveira Neto

Vice-prefeito: Marcos Henrique da Silva Jeronimo

### **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

<b>Joaudeni Cavalcante Barbosa da Silva</b>	Secretária Municipal de Saúde
<b>Isabel Cristina Pires Mascena dos Santos</b>	Coordenadora de Vigilância em Saúde
<b>Maria Eduarda Alves Torres</b>	Enfermeira da Vigilância em Saúde
<b>Thamires Torres Carvalho</b>	Coordenadora da Atenção Primária à Saúde
<b>Thâmara Narjara Alves Silva</b>	Coordenadora da Atenção Primária à Saúde e Coordenadora de Regulação e Planejamento
<b>Maria Betânia Alves Barbosa da Silva</b>	Coordenadora de Combate a Endemias e do Programa de Controle da Doença de Chagas
<b>Alda Vanessa Nunes Mendes Pereira</b>	Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
<b>Elvira Karolyne Bezerra Jerônimo</b>	Farmacêutica municipal
<b>Mary Delanea Pinheiro</b>	Apoiadora da X Gerência Regional de Saúde de Pernambuco
<b>Maria Alves de Lima</b>	Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Iguaracy e Secretária Adjunta de Saúde
<b>João Afonso Batista</b>	Médico da Atenção Primária à Saúde
<b>Lucenilda Alves Siqueira</b>	Enfermeira da Atenção Primária à Saúde
<b>Valdira Rabelo Nunes Morais</b>	Diretora da Unidade Mista de Saúde
<b>Mirelle Barbosa Cordeiro dos Santos</b>	Enfermeira da Atenção Primária à Saúde
<b>Eliana Torres Cavalcante Duarte</b>	Coordenadora do Centro de Especialidades e das equipes multiprofissionais na APS (eMulti)
<b>Everaldo Gomes da Silva</b>	Agente Comunitário de Saúde e Representação das Pessoas Acometidas por Doença de Chagas
<b>Manoel Braz da Silva</b>	Agente de Combate a Endemias e Representação das Pessoas Acometidas por Doença de Chagas
<b>Manoel França Belarmino Filho</b>	Representação das Pessoas Acometidas por Doença de Chagas
<b>Shirley Walquiria Alves Gomes Viana</b>	Representante da Secretaria Municipal de Educação e Esportes
<b>Fernanda Alves Torres</b>	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 & Projeto CUIDAChagas; 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

**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 Primária à Saúde & 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 Primária à Saúde, Coordenação de Regulação e Planejamento & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, Iguaracy, Pernambuco

**Joaudeni Cavalcante Barbosa da Silva** – Secretária Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, Iguaracy, Pernambuco



## Equipe técnica de elaboração

**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 & Projeto CUIDAChagas; 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 & Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

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

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

**José Carlos da Silva** – Universidade Federal da Paraíba; Projeto IntegraChagas Brasil

**Vânia Glaucinele da Silva Benigno** – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife, Pernambuco

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

**Gênova Maria de Azevedo Oliveira** – 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

**Diogo Henrique Saliba de Souza** – Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Goiás & Projeto IntegraChagas Brasil

**Fernanda de Souza Nogueira Sardinha Mendes** – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz/RJ (INI/Fiocruz) & Projeto IntegraChagas Brasil

**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

**Alejandro Marcel Hasslocher Moreno** – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

**Bruno César de Resende Gois** – Secretaria Municipal de Saúde, Iguaracy, Pernambuco & Projeto IntegraChagas Brasil

**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

**Falkner Moreira Silva** – Projeto IntegraChagas Brasil, Fortaleza, Ceará

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

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

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

**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

**Paulo Jefferson Pereira Barreto** – Projeto IntegraChagas Brasil, Fortaleza, Ceará



## 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

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



## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> - Taxa de mortalidade por doença de Chagas crônica em Iguaracy, Pernambuco, 2000-2024.....	28
<b>Figura 2</b> - Distribuição espacial da taxa de mortalidade por doença de Chagas, ajustada por idade e sexo, por 100.000 habitantes, no estado de Pernambuco, Brasil, 2000–2024.....	29
<b>Figura 3</b> - Taxa de internação hospitalar por doença de Chagas crônica, Iguaracy, Pernambuco, 2000-2024.....	31
<b>Figura 4</b> - Distribuição espacial da taxa de internação relacionada à doença de Chagas ajustada por idade e sexo, por 100.000 habitantes, estado de Pernambuco, Brasil, 2000–2024.....	32
<b>Figura 5</b> - Taxa de detecção e número de casos de doença de Chagas crônica registrados entre 1982 e 2022 e notificados entre 2023 e 2025, em Iguaracy, Pernambuco.....	33
<b>Figura 6</b> - Participação de Iguaracy nas notificações (número e percentual) da regional de saúde de Afogados da Ingazeira, 2023-2025.....	36
<b>Figura 7</b> - Número de Testes Rápidos de Triagem realizados por mês e ano de testagem. Testes realizados de 19 de agosto de 2024 a 28 de março de 2026, em Iguaracy, Pernambuco.....	39
<b>Figura 8</b> - Número e percentual de pessoas que realizaram o Teste Rápido de Triagem segundo diagnóstico anterior e presença de familiares com doença de Chagas, Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.....	40
<b>Figura 9</b> - Distribuição espacial do número total de testes rápidos de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, por unidade de atenção primária à saúde, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.....	41
<b>Figura 10</b> - Número e percentual de pessoas com Teste Rápido de Triagem realizado no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil e encaminhadas para sorologia confirmatória (por teste rápido positivo, inconclusivo ou negativo [com histórico de doença de Chagas]) e motivo da sorologia não realizada, Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.....	42
<b>Figura 11</b> - Distribuição espacial do número total de testes rápidos de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil e encaminhados para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos [com histórico de doença de Chagas]), segundo a localização das unidades de atenção primária à saúde, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.....	43
<b>Figura 12</b> - Número e percentual de pessoas com investigação sorológica de doença de Chagas concluída, segundo o resultado, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.....	44
<b>Figura 13</b> - Distribuição espacial da proporção de casos com investigação sorológica da doença de Chagas concluída por unidade básica de saúde em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.....	45
<b>Figura 14</b> - Distribuição espacial do número de casos de doença de Chagas confirmados por sorologia no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a localização das unidades de atenção primária à saúde, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.....	46



**Figura 15** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o sexo, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026..... 47

**Figura 16** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, por faixa etária (em anos), em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026..... 48

**Figura 17** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a zona de residência, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.....49

**Figura 18** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a raça/cor autodeclarada, em Iguaracy, Pernambuco, 2024-2026.....49

**Figura 19** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a escolaridade, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.....50

**Figura 20** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o histórico de diagnóstico anterior de doença e a presença de familiares com diagnóstico, Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026..... 51

**Figura 21** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o escore de risco/vulnerabilidade para formas crônicas da doença, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026. .... 52

**Figura 22** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o modo de entrada no projeto, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026..... 53

**Figura 23** - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas: confirmados, notificados, com indicação de tratamento, com tratamento iniciado, com tratamento concluído e com ocorrência de evento adverso, no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, Iguaracy, 2024-2026. .... 54

**Figura 24** - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo a realização de eletrocardiograma (ECG), a ocorrência de sinais e/ou sintomas cardíacos e a realização de ecocardiograma (ECO) no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026. .... 55

**Figura 25** - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo a presença de sinais e/ou sintomas digestivos no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026. .... 56

**Figura 26** - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas com ocorrência de evento adverso, segundo a interrupção do tratamento antiparasitário no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026. .... 57

**Figura 27** - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo o motivo da não prescrição de tratamento antiparasitário no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026..... 57



## Lista de tabelas

<b>Tabela 1</b> - Óbitos por doença de Chagas (número e percentual), segundo variáveis clínicas, sociodemográficas e de atenção à saúde, em Iguaracy, Pernambuco, de 2000 a 2024.....	26
<b>Tabela 2</b> - Internações hospitalares por doença de Chagas (número e percentual), segundo variáveis clínicas, sociodemográficas e de atenção à saúde, em Iguaracy, Pernambuco, de 2000 a 2024. ....	30
<b>Tabela 3</b> - Número e percentual de casos de doença de Chagas crônica notificados no SINAN (2014–2023) e no e-SUS Notifica (2024–2025), em Iguaracy, Pernambuco..	34
<b>Tabela 4</b> - Comparação do número de notificações e das taxas de detecção-notificação de doença de Chagas crônica em Iguaracy, na Regional de Afogados da Ingazeira e em Pernambuco, 2023-2025.....	35
<b>Tabela 5</b> - Número de unidades domiciliares trabalhadas, unidades domiciliares com presença de triatomíneos e triatomíneos positivos, Iguaracy, Pernambuco, 2024 a 2026*.....	37



## SUMÁRIO

1. Contextos Gerais do Município de Iguaracy .....	14
2. Determinação Social da Doença de Chagas .....	17
3. Atenção Primária à Saúde de Iguaracy.....	19
4. Epidemiologia da Doença de Chagas.....	21
5. Procedimentos Metodológicos.....	23
5.1. Registro nos sistemas de informação em saúde.....	23
5.2. Testes rápidos de triagem, confirmatórios e classificação clínica .....	23
5.3. Uso do SisVetor na vigilância entomológica .....	25
6. Resultados.....	26
6.1. Registros nos sistemas de informações SIM e SIH-SUS .....	26
6.2. Registros nos sistemas de informações SINAN e e-SUS Notifica .....	33
6.3. Resultados das pesquisas de triatomíneos.....	36
6.4. Resultados de testes rápidos de triagem e sorologia para doença de Chagas crônica .....	38
6.4.1. Perfil das pessoas com teste rápido realizado e encaminhadas para confirmação sorológica .....	38
6.4.2. Perfil dos casos de doença de Chagas com confirmação sorológica .....	45
7. Considerações Finais e Recomendações.....	58
Referências .....	60



## Apresentação do Boletim

A doença de Chagas, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como doença tropical negligenciada (DTN), permanece um problema relevante de saúde pública e de inequidade social. Este boletim apresenta um panorama crítico e atualizado da situação de Iguaracy, no Sertão do Pajeú, em Pernambuco, articulando evidências epidemiológicas, operacionais e assistenciais produzidas pela vigilância em saúde e pelo Projeto IntegraChagas Brasil.

A edição de 2026 corresponde ao terceiro documento municipal dedicado ao tema. O informe de 2024 concentrou-se sobretudo em dados secundários; o boletim de 2025 incorporou os resultados iniciais da estratégia de testagem; e a presente versão amplia a análise ao integrar testagem, confirmação diagnóstica, seguimento clínico, tratamento e vigilância entomológica, permitindo uma leitura mais abrangente da carga da doença e da resposta do sistema local de saúde. Para mais informações, consulte os respectivos links nas referências deste boletim epidemiológico.

Os dados aqui apresentados não obedecem a um único ponto de corte temporal. Para mortalidade e internações hospitalares, utilizaram-se registros até 2024; para notificações de doença de Chagas crônica, foram considerados bancos históricos e o e-SUS Notifica; para testagem, sorologia, classificação clínica e tratamento, incorporaram-se registros do projeto IntegraChagas Brasil atualizados até 28 de março de 2026; e, para vigilância entomológica, os dados do SisVetor - módulo doença de Chagas - foram atualizados até 06 de abril de 2026. Tornar explícitos esses diferentes recortes temporais é essencial para evitar comparações inadequadas entre fontes distintas.

O boletim resulta da cooperação entre a gestão municipal, equipes da APS, vigilância em saúde, gestão estadual, instituições de ensino e de pesquisa parceiras e o Projeto IntegraChagas Brasil. Mais do que divulgar números, o documento pretende qualificar o planejamento, explicitar os avanços e as limitações da Linha de Cuidado e apoiar decisões mais consistentes no enfrentamento da doença no território e na promoção de uma vida com direito à saúde.

Ao tornar visíveis a carga da doença e os processos de resposta do sistema de saúde, este material também convoca à reflexão sobre desigualdades, barreiras de acesso e necessidades ainda não plenamente atendidas. Em um município historicamente afetado pela doença de Chagas, a produção local de evidências deve servir não apenas para registrar o problema, mas também



para reorientar, de forma sustentada, práticas, prioridades e compromissos institucionais.

No município de Iguaracy, a persistência de famílias vivendo em habitações de pau a pique não constitui um dado residual ou meramente descritivo do território, mas a expressão concreta de processos históricos de exclusão social, precarização das condições de vida e negação continuada de direitos fundamentais, entre eles o direito à moradia digna, à saúde e à proteção social. Trata-se de um marcador eloquente de iniquidade, que não apenas revela a persistência de vulnerabilidades estruturais, mas também ajuda a explicar por que a doença de Chagas continua a encontrar, em determinados contextos, condições favoráveis à sua manutenção. A presença de triatomíneos em ambientes intra e peridomiciliares, associada à precariedade habitacional e à vulnerabilização social de parcelas da população, evidencia que a transmissão da doença não pode ser compreendida como herança passiva do passado, mas como fenômeno ainda inscrito nas formas concretas de produção do espaço, da pobreza e da desigualdade no território.

Nessa perspectiva, o enfrentamento da doença de Chagas exige muito mais do que a ampliação do acesso ao diagnóstico, à confirmação sorológica, ao seguimento clínico e ao tratamento antiparasitário, embora esses componentes sejam indispensáveis e inadiáveis. Exige reconhecer que a persistência da doença está profundamente vinculada a contextos de injustiça social, precariedade habitacional, fragilidade das políticas públicas e insuficiente capacidade do Estado de assegurar proteção integral às populações mais expostas. Reduzir a resposta à dimensão biomédica significaria, portanto, intervir sobre as consequências sem enfrentar de modo efetivo as condições que produzem, reproduzem e territorializam o risco. O controle sustentável da doença requer ações estruturantes e intersetoriais, articulando saúde, habitação, saneamento, educação, assistência social, desenvolvimento territorial e participação social, de modo a transformar os contextos que sustentam a exposição ao vetor e a vulnerabilidade ao adoecimento. Assim, garantir o cuidado é imperativo, mas ele só se tornará plenamente efetivo quando vier acompanhado de compromisso político e institucional com a superação das desigualdades que naturalizam a precariedade da vida e perpetuam a persistência da doença de Chagas no território.



## 1. Contextos Gerais do Município de Iguaracy

O município de Iguaracy localiza-se no estado de Pernambuco, na região Nordeste do Brasil, e integra o Sertão do Pajeú. O território faz divisa com Monteiro, na Paraíba, e com Tuparetama, Ingazeira, Afogados da Ingazeira, Carnaíba, Custódia e Sertânia, em Pernambuco. Situa-se a aproximadamente 565 metros de altitude, nas coordenadas 7°50'21" de latitude sul e 37°30'37" de longitude oeste, conforme dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Segundo o Censo Demográfico de 2022, Iguaracy possuía 11.081 habitantes distribuídos em uma área territorial de 836,046 km<sup>2</sup>. As estimativas populacionais mais recentes indicam um crescimento discreto, com projeção de 11.366 habitantes para 2024. A densidade demográfica aproximada de 13,22 habitantes por km<sup>2</sup> indica um padrão de ocupação territorial pouco concentrado, com predomínio de pequenas localidades e distritos, característica frequente dos municípios do semiárido nordestino.

Inserido no bioma Caatinga, Iguaracy apresenta uma configuração populacional marcada por um importante componente rural. Embora a maior parte da população resida em áreas urbanas, 46,8% dos habitantes vivem em áreas rurais, o que corresponde a 5.182 pessoas. Essa distribuição espacial impõe desafios logísticos relevantes e exige arranjos assistenciais capazes de assegurar capilaridade do cuidado em áreas de maior dispersão territorial. Ressalta-se que o transporte sanitário continua sendo um grande desafio para os municípios rurais brasileiros com estas características.

A composição étnico-racial do município revela predominância de pessoas que se autodeclararam pardas (57,4%), seguidas por brancas (35,7%) e pretas (6,6%). Destaca-se também a presença de comunidades tradicionais, totalizando 229 pessoas, das quais 16 são indígenas e 213 pertencem a grupos quilombolas. Esses grupos integram o território segundo dinâmicas próprias de ocupação, de sociabilidade e de acesso às políticas públicas. Importantes organizações sociais desenvolvem suas atividades neste território, a exemplo da Associação de Pescadores do Sertão do Pajeú, que reúne mais de 200 pessoas em torno de modos de vida sustentáveis.

Quanto aos indicadores educacionais, 78,7% da população com 15 anos ou mais é alfabetizada. Entretanto, persiste uma importante barreira estrutural na escolaridade adulta: 55,8% das pessoas com 18 anos ou mais (4.659 pessoas) não possuem instrução formal ou não concluíram o ensino fundamental. Esse quadro pode influenciar diretamente a compreensão das orientações



terapêuticas, a adesão ao tratamento e o exercício do autocuidado e da cidadania.

As condições de infraestrutura domiciliar em Iguaracy revelam cobertura parcial dos serviços básicos. Atualmente, 55,7% das habitações contam com coleta regular de resíduos, 51,5% são atendidas pela rede geral de abastecimento de água e 45,2% dispõem de esgotamento sanitário por rede geral. Em municípios rurais e socialmente vulnerabilizados, esse conjunto de carências se articula com condições de moradia, de ocupação do território e de exposição ambiental que interferem na dinâmica das doenças negligenciadas.

A dinâmica demográfica local também evidencia um processo de envelhecimento populacional. A comparação entre 2000 e 2022 mostra uma base mais estreita e um topo mais amplo na pirâmide etária, com um incremento substancial na proporção de pessoas com 70 anos ou mais. Trata-se de uma mudança com implicações diretas para a organização dos serviços de saúde, sobretudo diante da carga acumulada de condições crônicas, como a doença de Chagas.

O recorte do Município de Iguaracy integra o desenho multicêntrico do Projeto IntegraChagas Brasil como cenário estratégico no Nordeste, pela combinação de pequeno porte populacional, forte capilaridade da APS, histórico endêmico, ruralidade importante e elevada vulnerabilidade social. No conjunto do projeto, Iguaracy foi interpretado como território capaz de territorializar rapidamente a estratégia e de expandir os aprendizados para a regional de saúde de Afogados da Ingazeira e para o Estado de Pernambuco.

Ao longo desse processo, consolida-se um marco de elevada relevância política, social e sanitária para o enfrentamento da doença de Chagas no Sertão do Pajeú: a criação da Associação de Chagas do Sertão do Pajeú (AChaSPa), primeira organização de pessoas acometidas pela doença de Chagas instituída no interior do estado. Seu surgimento não representa apenas a formalização de uma entidade representativa, mas também a afirmação concreta de sujeitos historicamente invisibilizados como protagonistas da luta pelo direito à saúde, ao cuidado digno e ao reconhecimento público de uma condição marcada por negligência, silenciamento e desigualdade. Nesse sentido, a AChaSPa ultrapassa o papel de instância associativa convencional: ela se inscreve como expressão viva da participação social, do controle social e da capacidade de organização coletiva de pessoas que, por muito tempo, permaneceram relegadas à margem das prioridades institucionais e das políticas públicas.

A relevância da Associação reside, precisamente, em sua potência para tensionar a naturalização da invisibilidade da doença e deslocar as pessoas acometidas da condição de objeto das políticas para a condição de sujeitos



políticos capazes de incidir sobre agendas, prioridades e decisões. Sua atuação tende a ser estratégica para a sustentabilidade da Linha de Cuidado, não apenas por fortalecer vínculos comunitários e ampliar a mobilização territorial, mas também por conferir densidade social e legitimidade política à defesa de respostas mais integrais, contínuas e equitativas. Ao dar visibilidade a demandas historicamente negligenciadas, fortalecer a voz das pessoas acometidas e promover a articulação entre território, cuidado e direitos, a AChaSPa assume um papel central na indução do escalonamento de ações estruturantes de atenção, vigilância e cuidado. Trata-se, portanto, de um ator coletivo com capacidade de ampliar o debate público, qualificar o controle social e pressionar o Estado a assumir compromissos mais consistentes, contribuindo para que milhares de pessoas acometidas no Sertão do Pajeú e em outros territórios do Nordeste brasileiro deixem de ser apenas contabilizadas como casos e passem a ser reconhecidas, efetivamente, como sujeitos de direitos.



## 2. Determinação Social da Doença de Chagas

A doença de Chagas é uma condição infecciosa crônica fortemente socialmente determinada, cuja ocorrência, transmissão e impacto dependem de fatores socioeconômicos, ambientais, culturais e de acesso aos serviços de saúde. A sua inclusão, em 2005, entre as Doenças Tropicais Negligenciadas pela Organização Mundial da Saúde ampliou a visibilidade do problema e reforçou a necessidade de respostas articuladas entre vigilância, cuidado, proteção social e desenvolvimento.

A determinação social da doença de Chagas relaciona-se à vulnerabilidade estrutural de determinados grupos populacionais, caracterizada por moradias precárias, renda insuficiente, baixa escolaridade, barreiras ao acesso aos serviços e por contextos ambientais favoráveis à presença de vetores domiciliares e peridomiciliares. No Nordeste brasileiro, *Triatoma brasiliensis* mantém relevância epidemiológica, inclusive em áreas do Sertão, o que reforça o vínculo entre a organização social do território, as condições habitacionais e o risco de exposição.

No Brasil, a doença de Chagas mantém um padrão espacial associado a desigualdades históricas. As maiores barreiras ao diagnóstico oportuno, ao seguimento clínico e ao tratamento concentram-se justamente nos territórios com os piores indicadores sociais e de acesso aos serviços de saúde. Além disso, a maior importância relativa das vias oral e congênita demonstra que a endemia não pode ser lida apenas como herança do passado, mas como uma doença que continua exigindo uma resposta programática atualizada.

Iguaçu expressa, de forma eloquente, essa determinação social. Dados da X Gerência Regional de Saúde indicam situação epidemiológica relevante: em 2022, o município registrou taxa de detecção de doença de Chagas crônica de 57,1 por 100 mil habitantes, valor mais de oito vezes superior à taxa média estadual de Pernambuco no mesmo período (6,9 por 100 mil habitantes).

Esse diferencial sugere uma importante carga histórica acumulada e maior vulnerabilidade territorial, o que justifica a priorização do município nas agendas regionais e sua seleção para o Projeto IntegraChagas Brasil. A escolha apoiou-se em critérios técnicos que articularam indicadores epidemiológicos e sociais, incluindo IDHM de 0,565, 46,8% da população residente em área rural e cobertura de esgotamento sanitário por rede geral de 45,2%.



Em síntese, a doença de Chagas em Iguaracy não pode ser compreendida de forma dissociada do território e das desigualdades sociais. O enfrentamento do problema exige respostas intersetoriais e sustentadas, com integração entre vigilância em saúde, APS, educação, assistência social, melhoria das condições de vida e fortalecimento da participação social.



### 3. Atenção Primária à Saúde de Iguary

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o eixo ordenador da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando como a principal porta de entrada do sistema. A eficácia da APS local é determinante para a resolutividade das demandas da comunidade, visando à integralidade do cuidado em todos os ciclos de vida.

Administrativamente, a gestão da saúde no estado divide-se em 12 regionais, sendo o município de Iguary situado na X Gerência Regional de Saúde (X GERES), com sede em Afogados da Ingazeira. Essa integração regional permite o fluxo de referência e contrarreferência para serviços de saúde de maior complexidade tecnológica. A articulação com os outros 11 municípios da regional fortalece a governança e o compartilhamento de recursos especializados.

A infraestrutura da APS em Iguary é composta por cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS): Sede, Santa Ana, Irajá, Jabitacá e Caatingueira. O modelo adotado é o da Estratégia Saúde da Família (ESF), com 6 equipes de APS. Essa configuração garante 100% de cobertura populacional, eliminando áreas tecnicamente descobertas no território municipal.

O suporte operacional é reforçado por um contingente de 31 Agentes Comunitários(as) de Saúde (ACS), assegurando 100% de cobertura domiciliar. No campo da vigilância ambiental, o município dispõe de 7 Agentes de Combate às Endemias (ACE), com cobertura de 95% da área. A atuação deste grupo de profissionais é vital para o controle de vetores, especialmente onde a interface entre os ambientes rural e urbano favorece a transmissão de endemias, como a doença de Chagas.

A qualidade da atenção é potencializada pela presença da eMulti, composta por profissionais das áreas de fisioterapia, psicologia, nutrição e educação física. A inclusão desses profissionais na APS expande o escopo de atuação do nível primário, permitindo intervenções em saúde mental, reabilitação física e educação alimentar, além de otimizar o fluxo de atendimentos na rede.

Para além do nível primário, Iguary dispõe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na modalidade I. Este equipamento de saúde mental tem caráter regional, oferecendo assistência não apenas aos munícipes locais, mas também às populações de Ingazeira e de Tuparetama. Tal configuração exemplifica o papel de Iguary como polo assistencial em saúde mental para as localidades circunvizinhas de menor porte.



A assistência hospitalar para urgências e emergências é centralizada na Unidade Mista de Iguaracy, que dispõe de 15 leitos. O suporte pré-hospitalar é garantido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Complementarmente, o município mantém ambulâncias alocadas nos distritos de Irajá e Jabitacá, bem como no povoado de Caatingueira, para reduzir o tempo de resposta assistencial na zona rural.

Além da estrutura de base, a consolidação do cuidado especializado ocorre por meio do Centro de Especialidades Municipal. Esta unidade operacionaliza o suporte diagnóstico e terapêutico nas áreas de Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Ultrassonografia, Fisioterapia, Pediatria e Ginecologia, configurando o desenho da rede assistencial necessária para que o município supere o desafio de prover saúde pública em um cenário de ruralidade acentuada e de determinantes sociais complexos.



## 4. Epidemiologia da Doença de Chagas

A doença de Chagas, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, permanece entre as principais DTNs e associa-se a determinantes socioambientais, históricos e estruturais. A fase aguda costuma ser assintomática ou oligossintomática, o que dificulta a identificação da infecção no momento da transmissão. A progressão para a fase crônica ocorre em parcela expressiva das pessoas infectadas; nessa etapa, muitos casos permanecem sem manifestações clínicas evidentes por longos períodos, mas parte evolui com comprometimentos cardíacos e digestivos associados ao aumento da morbimortalidade e da incapacidade funcional.

Em escala global, a OMS estima que 6 a 7 milhões de pessoas vivam com infecção por *T. cruzi*, com importante carga de mortalidade, sobretudo por cardiopatia chagásica. Embora a transmissão vetorial domiciliar tenha sido reduzida em diferentes cenários, a doença mantém relevância epidemiológica nas Américas e em países não endêmicos, em virtude da mobilidade populacional e da persistência de múltiplas vias de transmissão.

No horizonte das metas globais até 2030, a OMS preconiza a eliminação da doença de Chagas como problema de saúde pública, com ênfase na interrupção da transmissão vetorial domiciliar, no controle da transmissão vertical e na ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa posição estratégica para reduzir o hiato histórico entre as pessoas infectadas e as efetivamente detectadas e acompanhadas.

O Brasil concentra uma das maiores cargas epidemiológicas da doença nas Américas, com estimativas de milhões de pessoas infectadas. A endemicidade nacional é sustentada por múltiplos mecanismos de transmissão, incluindo focos vetoriais associados a espécies nativas, episódios de transmissão oral por meio de alimentos contaminados e transmissão vertical.

No país, estimativas sugerem que milhares de crianças nasçam anualmente expostas a *T. cruzi*, com um número ainda expressivo de infecções congênitas potencialmente evitáveis. Esses valores devem ser interpretados com cautela, pois a ausência de estratégias universais de triagem de gestantes e as fragilidades dos sistemas de vigilância e de cuidado favorecem um importante subdiagnóstico da doença de Chagas congênita.

No campo normativo, a vigilância da doença de Chagas crônica alcançou um novo patamar em 2020, com a inclusão da fase crônica na Lista Nacional de Notificação Compulsória, por meio da Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020.



Antes desse avanço, apenas a fase aguda era de notificação obrigatória em âmbito nacional, o que contribuía para o sub-registro da maior parte dos casos.

Em Pernambuco, a doença de Chagas apresenta um perfil heterogêneo. Persistem áreas com focos de vetores nativos e municípios com carga relevante de casos crônicos, além da necessidade de maior vigilância da transmissão vertical. A ampliação da notificação da fase crônica cria melhores condições para reconhecer esse mosaico epidemiológico e orientar respostas mais adequadas.

A ampliação da vigilância da fase crônica possibilita que municípios com histórico de exposição, como o de Iguaçu, em Pernambuco, identifiquem áreas de maior prevalência e caracterizem o perfil epidemiológico local da doença. A disponibilidade dessas informações permite identificar grupos populacionais expostos e as demandas assistenciais associadas às formas crônicas, particularmente à cardiopatia chagásica, com repercussões diretas na organização dos serviços de saúde no nível local.

A organização da linha de cuidado da doença de Chagas crônica relaciona-se diretamente à distribuição epidemiológica da infecção e ao perfil clínico reconhecido. A predominância de casos crônicos, identificados tardiamente, implica a necessidade de estruturar fluxos assistenciais voltados ao acompanhamento longitudinal, à estratificação do risco clínico e à referência a serviços especializados, particularmente em cardiologia e gastroenterologia. Esses fluxos são organizados a partir da APS, que atua na identificação de casos, no monitoramento clínico e na articulação com os demais níveis de atenção, a partir do cuidado às pessoas, suas famílias e suas comunidades nos territórios.

Do ponto de vista epidemiológico, a integração entre atenção e vigilância, a partir de uma linha de cuidado pactuada, incorpora informações provenientes da vigilância para orientar a oferta de serviços de saúde. A adequada notificação de casos crônicos, a identificação de áreas com maior concentração de casos e o registro de eventos, como a transmissão vertical, subsidiam a tomada de decisão baseada em evidências, bem como o planejamento das ações assistenciais, incluindo a definição de prioridades para testagem sorológica, acompanhamento clínico e encaminhamento, inclusive com ações intersetoriais para enfrentamento do processo de determinação social relacionado.



## 5. Procedimentos Metodológicos

### 5.1. Registro nos sistemas de informação em saúde

As informações referentes à doença de Chagas foram obtidas a partir de diferentes sistemas e bases, respeitando-se seus recortes temporais: SIM e SIH-SUS (2000–2024); SINAN para os registros históricos disponíveis; e-SUS Notifica para os casos crônicos notificados mais recentemente; base operacional do Projeto IntegraChagas Brasil/REDCap para testagem rápida, confirmação sorológica, classificação clínica e tratamento, com atualização até 28 de março de 2026; e SisVetor-módulo doença de Chagas para vigilância entomológica, com atualização até 06 de abril de 2026. A caracterização dos dados foi realizada por meio de tabelas, gráficos e mapas, tornando explícitas essas diferenças de atualização e evitando comparações inadequadas entre fontes distintas.

Estas análises de dados secundários compuseram os estudos de base do Projeto IntegraChagas Brasil. Neste sentido, a fase exploratória articulou estudos de base sobre mortalidade, internações, notificações, estrutura da APS, situação entomológica e determinantes sociais do município. Essa leitura permitiu reconhecer Iguaçu como território de alta relevância técnico-programática para a doença de Chagas em Pernambuco, bem como identificar comunidades e áreas prioritárias para a busca ativa, a vigilância e a expansão da linha de cuidado.

### 5.2. Testes rápidos de triagem, confirmatórios e classificação clínica

O desenho municipal no Projeto IntegraChagas Brasil buscou responder a como ampliar, no âmbito da APS, o acesso à triagem (teste rápido), à confirmação diagnóstica, à classificação clínica e ao tratamento da doença de Chagas em território de forte dispersão populacional, com coexistência de demandas assistenciais, vigilância entomológica e necessidade de comunicação pública territorializada. A população-alvo incluiu, especialmente, pessoas residentes em áreas rurais, familiares de casos, pessoas com vínculo epidemiológico conhecido, mulheres em idade fértil e indivíduos alcançados por ações comunitárias e por demanda espontânea. Portanto, a ferramenta do teste rápido de triagem foi um elemento central no processo de implementação da linha de cuidado para a doença de Chagas no município.



O teste rápido de triagem para a doença de Chagas, desenvolvido pelo Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos/Fiocruz), baseia-se na detecção de anticorpos contra *T. cruzi* e passou a ser utilizado em cinco municípios brasileiros, incluindo Iguaçu, no âmbito do Projeto IntegraChagas Brasil. A iniciativa previu a testagem de cerca de 6 mil pessoas residentes no município, com metas definidas com base nas informações populacionais do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Previamente à realização do teste rápido, as pessoas participantes passam por um processo de aconselhamento e, posteriormente, registram seu consentimento e/ou assentimento em termo devidamente assinado. Na etapa seguinte, procede-se à coleta de informações, incluindo dados de endereço, conhecimento prévio sobre a doença de Chagas e histórico de diagnóstico da doença de Chagas, as quais são inseridas na plataforma REDCap. Após a aplicação do teste, são encaminhadas para confirmação sorológica todas as pessoas com resultado reagente (inclusive os fraco-reagentes) ou com resultado não reagente, se a pessoa tiver diagnóstico anterior da doença. A devolutiva do resultado ocorre durante o aconselhamento pós-teste. Pessoas com sorologia negativa encerram sua participação, enquanto os casos confirmados permanecem sob acompanhamento no REDCap. No caso de diagnóstico prévio informado, a inclusão no E-SUS notifica não implica necessariamente uma nova confirmação sorológica no âmbito do projeto, dependendo das orientações municipais e estaduais. Todos devem ser incluídos nos fluxos de assistência elaborados pelo Grupo Gestor da Linha de Cuidado.

Adicionalmente, no âmbito do Projeto IntegraChagas Brasil, foi desenvolvido um escore específico, de aplicação simplificada, com a finalidade de avaliar o grau de priorização, de risco e de vulnerabilidade à doença de Chagas crônica das pessoas participantes. Esse escore estrutura-se a partir de sete dimensões, a saber:

- Sexo ao nascer: feminino
- Faixa etária: 50 anos de idade ou mais
- Zona de residência: rural
- Raça/cor: parda ou preta
- Escolaridade: sem escolaridade ou fundamental incompleto
- Risco epidemiológico: ter familiares com diagnóstico de doença de Chagas
- Residente em unidade domiciliar (UD) com presença de triatomíneos (no passado ou atual)



Cada dimensão tem peso igual a 1, e o escore varia de 0 a 7. Quanto mais alto o escore, maiores o risco e a vulnerabilidade. Os dados utilizados para compor o escore foram obtidos durante a triagem inicial, e os referentes à testagem, à confirmação sorológica e ao seguimento dos participantes foram sistematizados em tabelas e gráficos. Destaca-se que as análises realizadas estão sujeitas a limitações decorrentes da incompletude e/ou inconsistências dos registros no REDCap do projeto IntegraChagas Brasil, que passa por um processo permanente de qualificação e aprimoramento.

### **5.3. Uso do SisVetor na vigilância entomológica**

Desenvolvido com o propósito de aprimorar as atividades de vigilância entomológica, o software SisVetor é composto por um ambiente de gerenciamento e um aplicativo destinado às ações de campo, permitindo a coleta e a sistematização dos dados obtidos. Por meio da incorporação de tecnologias de georreferenciamento, o sistema contribui para a identificação de áreas estratégicas, subsidiando a definição de prioridades para as inspeções. Além disso, possibilita o monitoramento das intervenções realizadas e a interpretação das informações geradas. O SisVetor, em seu módulo para a doença de Chagas, passou a oferecer suporte ao acompanhamento da presença de triatomíneos e à definição de áreas prioritárias para intervenção.



## 6. Resultados

Iguaracy enfatizou a governança, a participação social e a institucionalização da linha de cuidado como traços distintivos da experiência local. A existência do Grupo Gestor da Linha de Cuidado municipal ativo, a forte participação da gestão local, a interface com a X GERES e a presença de diferentes pontos de atenção e setores correlatos favoreceram respostas mais coordenadas entre a APS, a vigilância e a regulação.

A experiência municipal também avançou na indução institucional. O lançamento e a revisão de três boletins epidemiológicos, a circulação dos resultados nas instâncias regionais, a preparação de uma audiência pública em Recife, Pernambuco, e a pactuação de agendas com a presença de representantes do Ministério da Saúde reforçaram a ideia de que Iguaracy não operou apenas como cenário de coleta de dados, mas também como território produtor de políticas e de aprendizagem para o SUS. Nesta perspectiva, o município se afirmou como território demonstrador para Pernambuco, com efeitos na agenda regional e estadual.

### 6.1. Registros nos sistemas de informações SIM e SIH-SUS

No período de 2000 a 2024, foram registrados 34 óbitos por doença de Chagas em Iguaracy. Desses, a maioria ocorreu no sexo masculino (n = 20; 58,8%), na raça/cor parda (n = 23; 67,6%), com idade igual ou superior a 70 anos (n = 17; 50%) e em ambiente hospitalar (n = 15; 44,1%). Vale destacar o registro de 14 óbitos (41,2%) ocorridos em domicílio (Tabela 1). Estes achados confirmam as críticas quanto às barreiras de acesso à atenção à saúde de média e alta complexidade no SUS.

**Tabela 1** - Óbitos por doença de Chagas (número e percentual), segundo variáveis clínicas, sociodemográficas e de atenção à saúde, em Iguaracy, Pernambuco, de 2000 a 2024.

Variáveis	N	%
<b>Total</b>	34	100
<b>Sexo</b>		
Feminino	14	41,2
Masculino	20	58,8
<b>Raça/cor</b>		
Branca	7	20,6
Preta	3	8,8



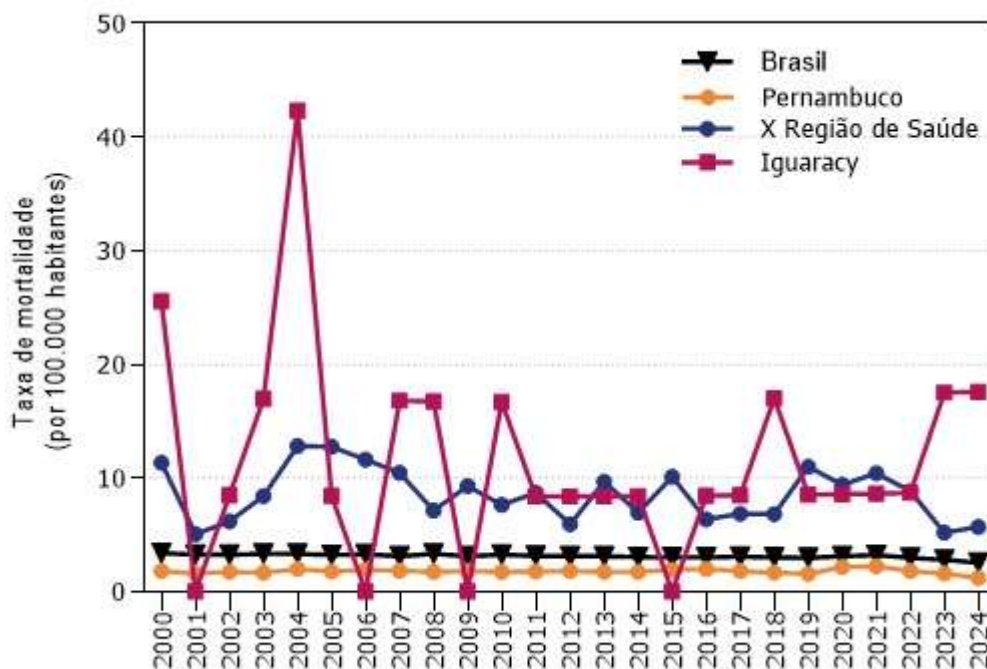
Variáveis	N	%
Amarela	0	0
Parda	23	67,6
Sem registro	1	2,9
<b>Faixa etária</b>		
15-29	0	0
30-39	1	2,9
40-49	1	2,9
50-59	8	23,5
60-69	7	20,6
>=70	17	50
<b>MIF</b>	0	0
<b>Local de ocorrência</b>		
Hospital	15	44,1
Domicílio	14	41,2
Via pública	2	5,9
Outros	3	8,8
Sem registro	0	0

Fonte: SIM, 2026



Entre 2000 e 2024, a taxa de mortalidade por doença de Chagas no município de Iguaracy apresentou oscilações, com o maior valor registrado em 2004 (42,33 por 100.000 habitantes). Apesar da variabilidade anual esperada em municípios de pequeno porte, as taxas locais mantiveram-se, em geral, acima das observadas na regional de saúde, em Pernambuco e no Brasil, o que sugere uma carga histórica importante da doença e demanda atenção continuada à linha de cuidado (Figura 1).

**Figura 1** - Taxa de mortalidade por doença de Chagas crônica em Iguaracy, Pernambuco, 2000-2024.

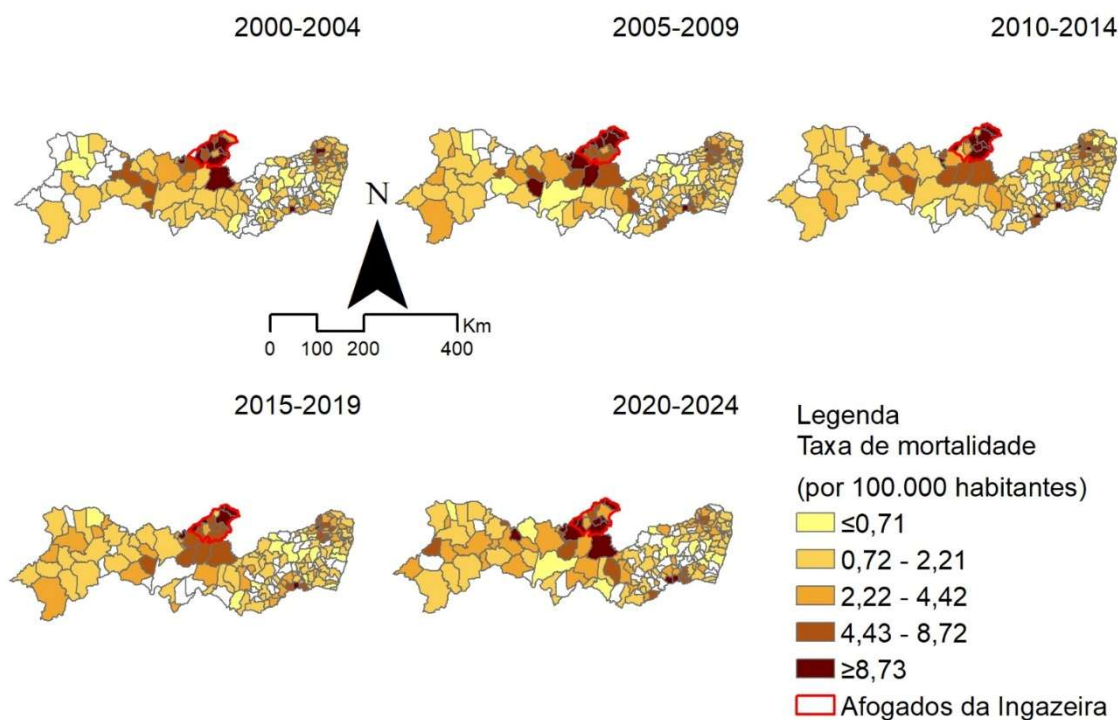


Fonte: SIM, 2026



A distribuição espacial da taxa de mortalidade por doença de Chagas evidencia concentração de taxas acima de 4,43 por 100.000 habitantes na regional de Afogados da Ingazeira, padrão mantido nos quinquênios analisados. Nas demais regiões do estado, predominaram taxas inferiores a esse valor. O mapa deve ser interpretado como uma síntese regional de mortalidade ajustada por idade e sexo, e não como uma medida direta de risco individual ou de local provável de infecção (Figura 2).

**Figura 2** - Distribuição espacial da taxa de mortalidade por doença de Chagas, ajustada por idade e sexo, por 100.000 habitantes, no estado de Pernambuco, Brasil, 2000–2024.



Fonte: SIM, 2026



De 2000 a 2024, foram registradas em Iguaçu quatro internações hospitalares por doença de Chagas, sendo duas (50,0%) no sexo feminino e duas (50,0%) no masculino. Apenas uma internação (25,0%) apresentou registro de raça/cor, classificada como parda. Duas internações (50,0%) ocorreram na faixa etária de 40 a 49 anos e duas (50,0%) em pessoas com 70 anos ou mais. Houve uma internação (25,0%) entre mulheres em idade fértil. Não se registrou óbito hospitalar no período (Tabela 2). Considerando o número reduzido de eventos, esses achados devem ser interpretados com cautela, mas são compatíveis com a baixa capacidade do SIH-SUS de captar a carga assistencial total da doença de Chagas crônica.

**Tabela 2** - Internações hospitalares por doença de Chagas (número e percentual), segundo variáveis clínicas, sociodemográficas e de atenção à saúde, em Iguaçu, Pernambuco, de 2000 a 2024.

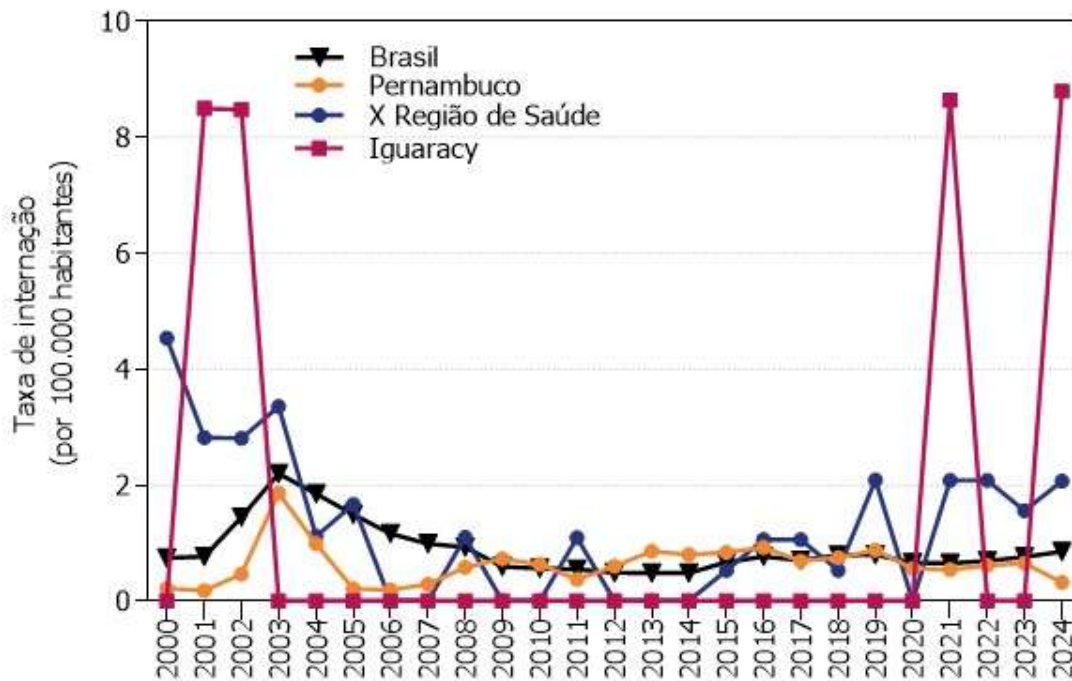
Variáveis	N	%
<b>Total</b>	4	100
<b>Sexo</b>		
Feminino	2	50
Masculino	2	50
<b>Raça/cor</b>		
Branca	0	0
Preta	0	0
Amarela	0	0
Parda	1	25
Sem registro	3	75
<b>Faixa etária</b>		
0-14	0	0
15-29	0	0
30-39	0	0
40-49	2	50
50-59	0	0
60-69	0	0
>=70	2	50
<b>MIF</b>	<b>1</b>	25
<b>Morte</b>	<b>0</b>	0

Fonte: SIH, 2026



Ao longo do período analisado, houve registro de taxas de internação hospitalar apenas em 2001, 2002, 2021 e 2024. Dentre esses anos, 2024 apresentou a maior taxa de internação (8,80 por 100.000 habitantes), acima dos valores observados na regional de saúde, em Pernambuco e no Brasil (Figura 3). Em município de pequeno porte, contudo, a ocorrência de poucos eventos pode produzir oscilações importantes nas taxas anuais, razão pela qual a interpretação deve privilegiar a leitura de tendência e de contexto, e não de flutuações isoladas.

**Figura 3** - Taxa de internação hospitalar por doença de Chagas crônica, Iguaracy, Pernambuco, 2000-2024.

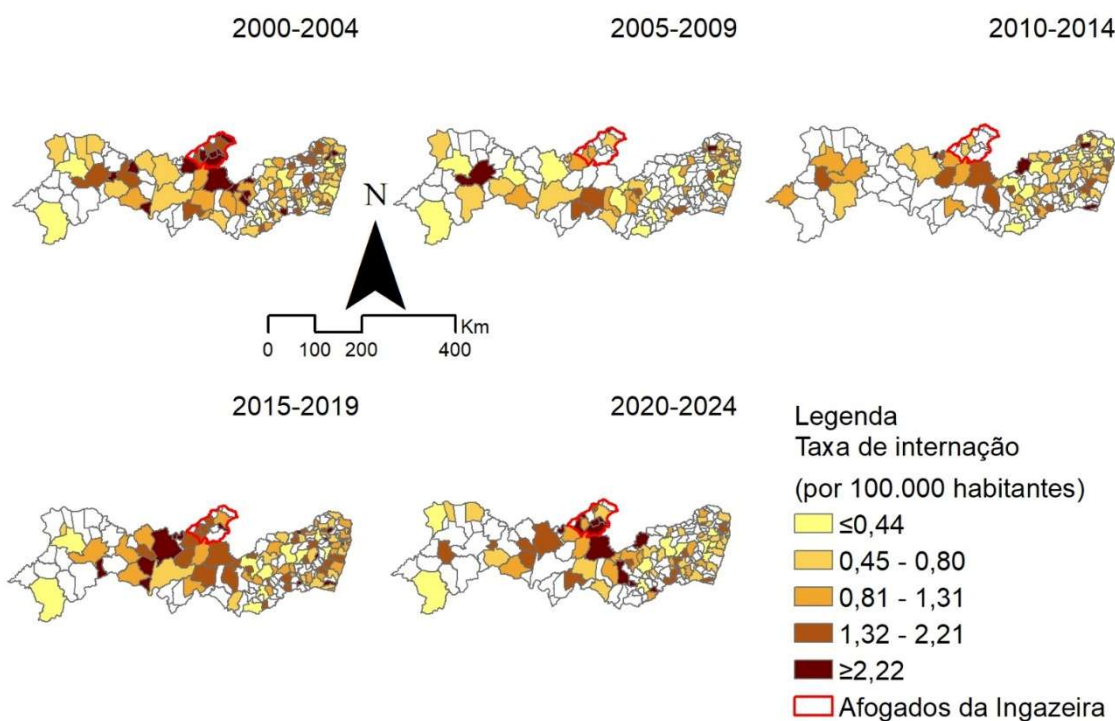


Fonte: SIH, 2026



A distribuição espacial da taxa de internação por doença de Chagas mostrou concentração de valores acima de 1,32 por 100.000 habitantes na regional de Afogados da Ingazeira nos períodos de 2000-2004 e 2020-2024. Taxas também elevadas foram observadas em áreas centrais de Pernambuco em parte da série histórica. Tal padrão reforça a heterogeneidade territorial da carga assistencial da doença no estado e deve ser interpretado em conjunto com a disponibilidade regional de serviços de saúde e com a dinâmica de referência hospitalar (Figura 4).

**Figura 4** - Distribuição espacial da taxa de internação relacionada à doença de Chagas ajustada por idade e sexo, por 100.000 habitantes, estado de Pernambuco, Brasil, 2000–2024.

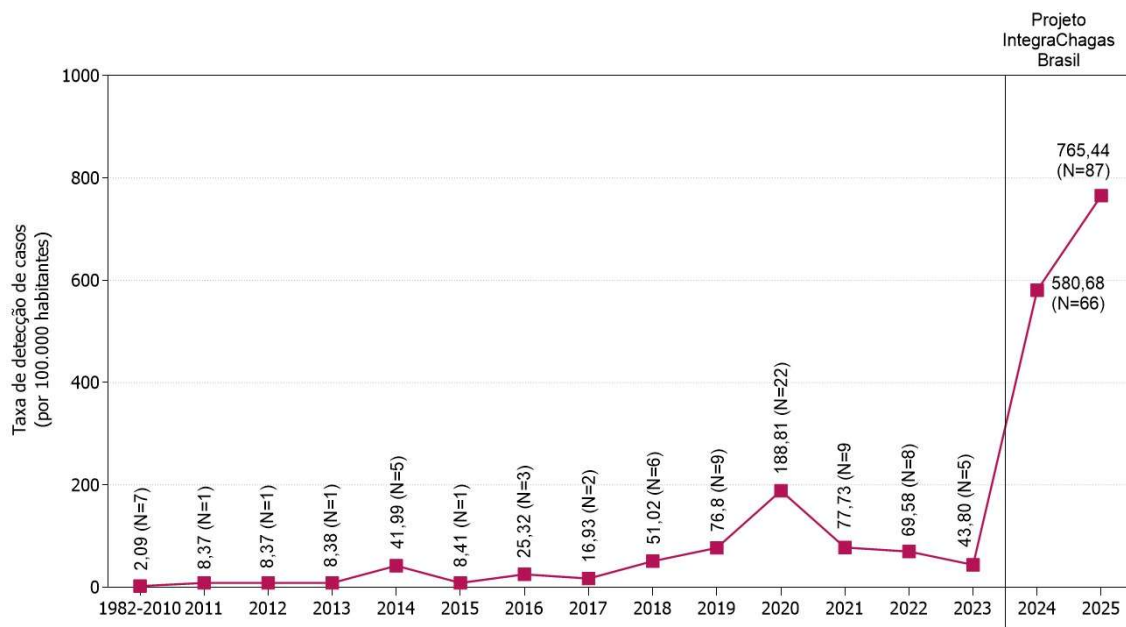




## 6.2. Registros nos sistemas de informações SINAN e e-SUS Notifica

A série histórica mostra uma inflexão importante em 2024 e 2025, quando foram registradas, respectivamente, taxas de detecção-notificação de 580,68 (66 casos) e 722,66 (82 casos) por 100.000 habitantes. Esse crescimento coincide com a execução do Projeto IntegraChagas Brasil e deve ser interpretado, principalmente, como efeito da ampliação da capacidade de busca, testagem, diagnóstico e notificação no município, e não como simples expressão de um aumento biológico recente na ocorrência da doença (Figura 5).

**Figura 5** - Taxa de detecção e número de casos de doença de Chagas crônica registrados entre 1982 e 2022 e notificados entre 2023 e 2025, em Iguaracy, Pernambuco.



Fonte: Sinan (1982-2022), e-SUS Notifica 2023-2025



A Figura 5 apresenta a série histórica ampliada, enquanto a Tabela 3 descreve o perfil sociodemográfico e territorial dos casos notificados no período mais recente com maior completude de variáveis.

Entre os 233 casos notificados, observou-se maior frequência no sexo feminino (n = 135; 57,9%), na raça/cor parda (n = 123; 52,8%), na faixa etária de 70 anos ou mais (n = 99; 42,5%) e na zona rural (n = 148; 63,5%) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Número e percentual de casos de doença de Chagas crônica notificados no SINAN (2014–2023) e no e-SUS Notifica (2024–2025), em Iguaracy, Pernambuco.

Variáveis	N	%
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	135	57,9
Masculino	98	42,1
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	58	24,9
Preta	16	6,9
Amarela	32	13,7
Parda	123	52,8
Indígena	0	0,0
Sem registro	4	1,7
<b>Faixa Etária (em anos)</b>		
<15	0	0,0
15-29	3	1,3
30-39	7	3,0
40-49	26	11,2
50-59	46	19,7
60-69	52	22,3
70 ou mais	99	42,5
<b>Zona de Residência</b>		
Urbana	83	35,6
Rural	148	63,5
Periurbana	1	0,4
Sem registro	1	0,4

Fonte: Sinan (2014-2023), e-SUS Notifica (2024-2025).



No campo da notificação, a experiência local alterou a escala do problema na regional de saúde. Iguaçu passou de 5 notificações em 2023 para 66 em 2024 e 82 em 2025. A leitura comparada reforça a centralidade de Iguaçu na visibilização da doença de Chagas na X GERES.

Em 2024, o município concentrou 84,6% das notificações da regional e 47,1% das notificações de Pernambuco; em 2025, esses percentuais foram de 82,0% e 38,1%, respectivamente. O salto observado deve ser interpretado, sobretudo, como efeito da reorganização da vigilância, da ampliação da testagem e da incorporação ativa da APS ao diagnóstico e à notificação (Tabela 4, Figura 6). Portanto, a leitura mais robusta desses dados é a de intensa visibilização programática local da doença de Chagas crônica, e não a de simples aumento espontâneo da ocorrência.

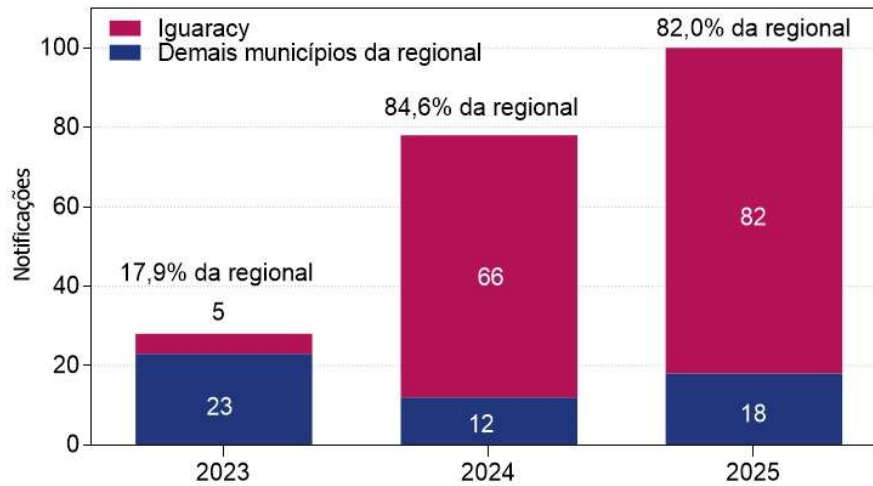
**Tabela 4** - Comparação do número de notificações e das taxas de detecção-notificação de doença de Chagas crônica em Iguaçu, na Regional de Afogados da Ingazeira e em Pernambuco, 2023-2025.

	N 2023	N 2024	N 2025	Taxa 2023	Taxa 2024	Taxa 2025
Iguaçu	5	66	82	43,80	580,68	722,66
X GERES / Afogados da Ingazeira	28	78	100	14,54	40,42	51,71
Pernambuco	105	140	215	1,10	1,47	2,25

Fonte: e-SUS Notifica, 2026; IntegraChagas Brasil, 2026



**Figura 6** - Participação de Iguaracy nas notificações (número e percentual) da regional de saúde de Afogados da Ingazeira, 2023-2025.



Fonte: e-SUS Notifica, 2026; IntegraChagas Brasil, 2026

### 6.3. Resultados das pesquisas de triatomíneos

Ao todo, o município dispõe de 1.980 unidades domiciliares (UDs). Em 2024, 1.234 UD foram inspecionadas, das quais 27 (2,2%) apresentaram triatomíneos, sendo uma delas positiva para *T. cruzi* (Tabela 5). Em 2025, foram trabalhadas 1.166 UD, das quais 44 foram positivas para triatomíneos, das quais oito apresentaram positividade para *T. cruzi*. Em 2026, até 06 de abril, haviam sido trabalhadas 556 UD, das quais 44 apresentaram triatomíneos, e em oito houve positividade para *T. cruzi*. Em relação aos Postos de Informação de Triatomíneos (PIT), não houve recebimento de exemplares em 2024; em 2025, foram registrados 65 triatomíneos, dos quais sete positivos; e, em 2026, 12 triatomíneos, sendo um positivo. Como os dados de 2026 são parciais, não se recomenda comparação direta, em termos absolutos, com anos completos; ainda assim, o conjunto indica a persistência do risco entomológico e a necessidade de manutenção da vigilância territorial.

**Tabela 5** - Número de unidades domiciliares trabalhadas, unidades domiciliares com presença de triatomíneos e triatomíneos positivos, Iguaçu, Pernambuco, 2024 a 2026\*.

Localidade	2024			2025			2026*		
	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos
Açude do Meio	0	0	0	0	0	0	4	0	0
Aroeira de Baixo	44	1	0	45	4	0	45	5	1
Aroeira de Cima	0	0	0	0	0	0	51	5	0
Barauna Grossa	0	0	0	38	0	0	0	0	0
Barra do Dia	0	0	0	5	0	0	0	0	0
Baixa Grande	54	5	0	0	0	0	0	0	0
Barro Branco	20	0	0	0	0	0	26	2	0
Bom Nome	25	0	0	25	2	0	24	1	1
Caatingueira	0	0	0	73	0	0	0	0	0
Cachoeira Seca	0	0	0	19	0	0	0	0	0
Caldeirões	43	2	0	0	0	0	0	0	0
Cacimão	0	0	0	14	0	0	0	0	0
Canafístula	0	0	0	15	0	0	0	0	0
Carnaíba	0	0	0	22	0	0	0	0	0
Cedro	65	1	0	2	0	0	0	0	0
Cedro Branco	40	1	0	0	0	0	0	0	0
Coruja	0	0	0	11	0	0	0	0	0
Curral Velho	0	0	0	0	0	0	23	0	0
Duas Barras	0	0	0	0	0	0	12	0	0
Goiabeira	0	0	0	13	0	0	0	0	0
Iguaçu Sede	0	0	0	0	0	0	81	0	0
Irajá	0	0	0	178	0	0	0	0	0
Jabitacá	335	0	0	354	7	4	35	2	0
Juá	54	1	1	50	4	0	0	0	0
Junco	0	0	0	0	0	0	14	1	0
Junco I	0	0	0	13	0	0	13	0	0
Lagoa da Mata	18	0	0	0	0	0	18	0	0
Lagoa do Mato	15	1	0	0	0	0	16	0	0
Lagoa Funda	0	0	0	0	0	0	29	4	0
Lagoa Velha	56	2	0	1	2	1	0	0	0
Logradouro I	101	0	0	105	6	1	0	0	0
Malhada	0	0	0	0	0	0	21	1	0
Malhada do Cedro	0	0	0	27	1	0	0	0	0
Malhada do Riachão	3	0	0	0	3	0	0	0	0
Mandioca	0	0	0	0	0	0	19	1	0
Mata Verde	52	3	0	52	5	0	0	0	0
Monte Alegre	118	2	0	70	7	0	0	0	0
Passagem dos Cavalos	30	3	0	0	1	2	31	2	0
Passagem Funda	22	1	0	1	1	0	22	2	3
Picos	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Pimenteira	0	0	0	21	0	0	22	4	3
Ramada da Quixabeira	22	0	0	0	0	0	0	0	0
Serra Branca	63	1	0	0	0	0	0	0	0
Serrote	0	0	0	0	0	0	45	3	0



Localidade	2024			2025			2026*		
	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos
Souza	0	0	0	0	0	0	9	0	0
Varzinha	54	3	0	11	1	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>1234</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>1166</b>	<b>44</b>	<b>8</b>	<b>556</b>	<b>33</b>	<b>8</b>

Fonte: SisVetor, 2026; 2026\*: dados prévios

Legenda: UD – Unidade Domiciliar

A persistência de UD's e PIT com positividade, mesmo em bases temporais distintas, reforça a necessidade de manutenção contínua da vigilância entomológica, da integração com a APS e do uso sustentado do SisVetor no pós-projeto.

#### 6.4. Resultados de testes rápidos de triagem e sorologia para doença de Chagas crônica

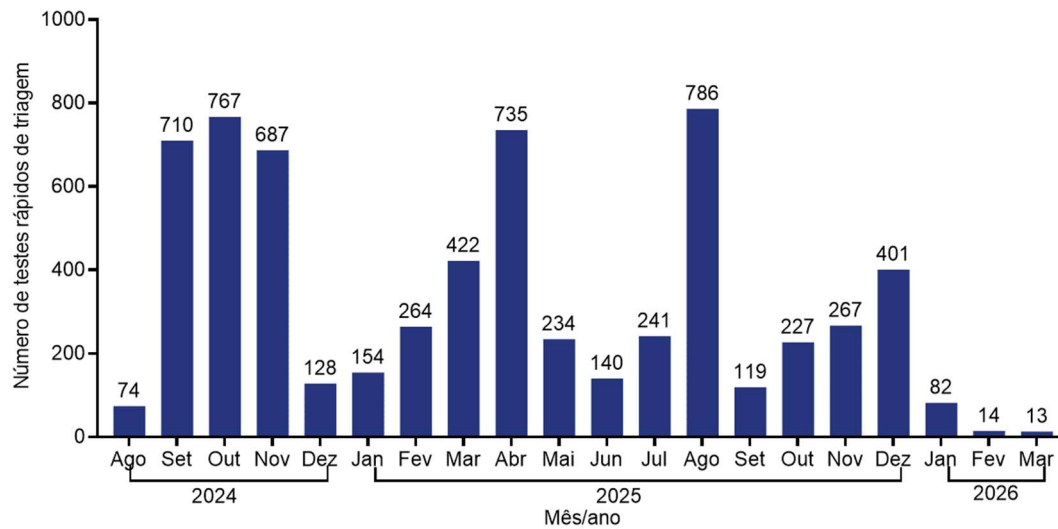
##### 6.4.1. Perfil das pessoas com teste rápido realizado e encaminhadas para confirmação sorológica

Entre agosto de 2024 e março de 2026, foram considerados, para esta versão revisada do boletim, 6.456 testes rápidos de triagem, superando a meta originalmente prevista para o município. Esse quantitativo corresponde a uma cobertura extremamente elevada para uma experiência municipal de doença de Chagas no SUS e foi viabilizado pela forte capilaridade da APS, pelas ações extramuros e pela abordagem territorializada. Eventuais diferenças pontuais em versões anteriores decorrem de processos de qualificação e de consolidação da base operacional.

Verificou-se maior concentração entre setembro e novembro de 2024 e entre abril e agosto de 2025, períodos marcados pela intensificação das ações e campanhas de testagem no município (Figura 7).



**Figura 7** - Número de Testes Rápidos de Triagem realizados por mês e ano de testagem. Testes realizados de 19 de agosto de 2024 a 28 de março de 2026, em Iguaracy, Pernambuco.

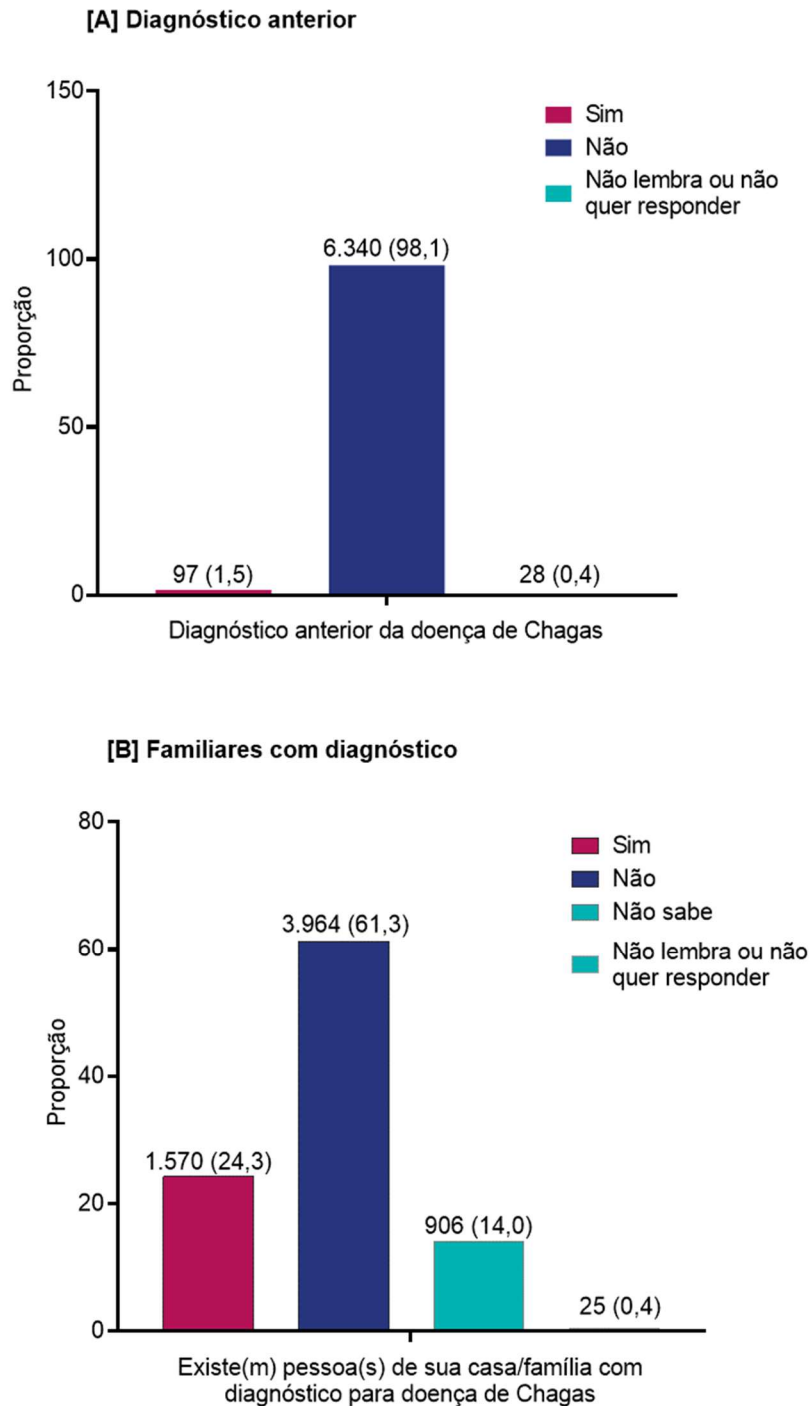


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Do total de testes realizados, a maioria não apresentou diagnóstico prévio de doença de Chagas ( $n = 6.340$ ; 98,1%). Quanto à presença de familiares diagnosticados, a maioria não referiu esse antecedente ( $n = 3.964$ ; 61,3%). Ainda assim, 1.570 pessoas (24,3%) relataram familiares com diagnóstico, o que revela uma importante concentração de risco epidemiológico em redes familiares e reforça a pertinência da testagem territorializada e da busca de familiares no mesmo contexto de risco e vulnerabilidade (Figura 8). Esse achado reforça a importância de estratégias de rastreamento familiar e de testagem de contatos desenvolvidas nos territórios da APS.



**Figura 8** - Número e percentual de pessoas que realizaram o Teste Rápido de Triagem segundo diagnóstico anterior e presença de familiares com doença de Chagas, Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.

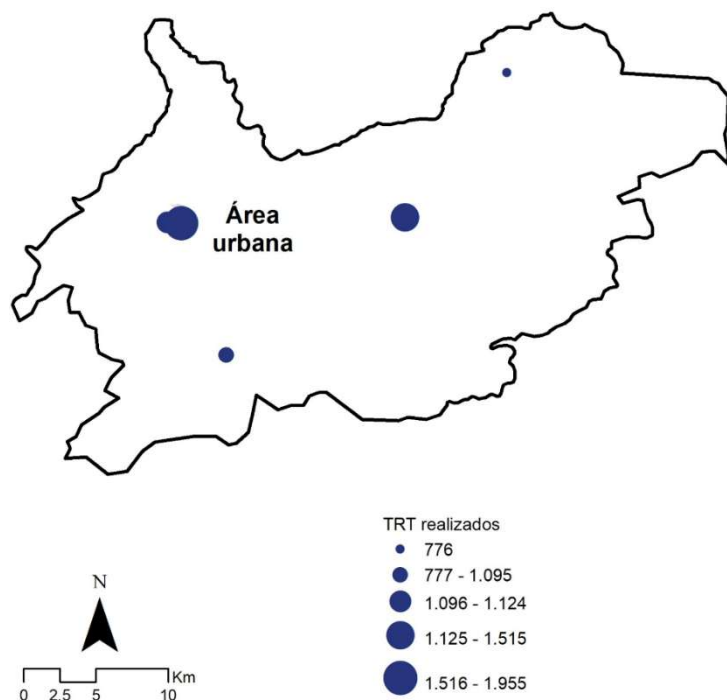


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



A ESF da Sede 01 foi a que apresentou o maior número de testes rápidos de triagem (1.955), seguida pela ESF de Jabitacá (1.515) (Figura 9). Todas as ESF de Iguaracy realizaram um número expressivo de testes, abrangendo grande parte da população municipal. No mapa, a distribuição espacial refere-se à unidade de adstrição/lotação da Atenção Primária à Saúde e não deve ser interpretada como um local provável de infecção.

**Figura 9** - Distribuição espacial do número total de testes rápidos de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, por unidade de atenção primária à saúde, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.



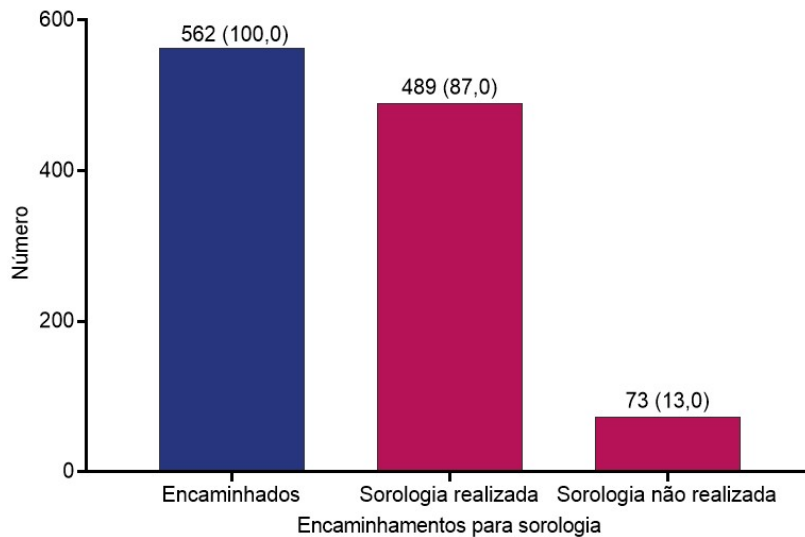
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Ao todo, 562 pessoas foram encaminhadas para sorologia confirmatória da doença de Chagas. Dentre elas, 491 realizaram a coleta de amostra de sangue e 489 já dispunham de resultado consolidado no momento do fechamento desta base. Entre as 73 pessoas que não concluíram essa etapa, o motivo mais frequente foi o relato de diagnóstico prévio de doença de Chagas ( $n = 58$ ), situação em que a pessoa foi integrada à linha de cuidado sem nova sorologia confirmatória no âmbito do projeto. Esses achados indicam a necessidade de qualificar continuamente o registro do histórico diagnóstico e os fluxos de confirmação sorológica (Figura 10).

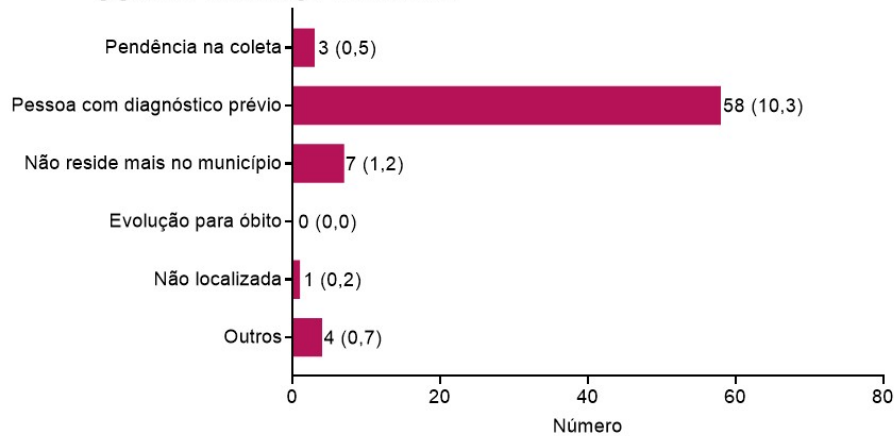


**Figura 10** - Número e percentual de pessoas com Teste Rápido de Triagem realizado no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil e encaminhadas para sorologia confirmatória (por teste rápido positivo, inconclusivo ou negativo [com histórico de doença de Chagas]) e motivo da sorologia não realizada, Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.

**[A] Número de pessoas encaminhadas para sorologia e com coleta realizada**



**[B] Motivo da sorologia não realizada**

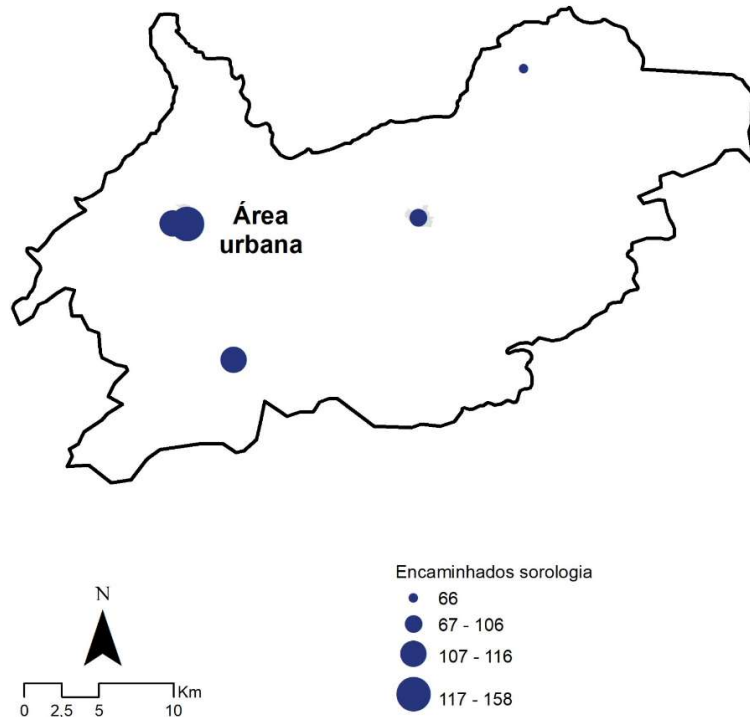


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

A ESF da Sede 01 apresentou o maior número de encaminhamentos para investigação sorológica (158), seguida pelas ESFs Santa Ana e Irajá (116 cada) (Figura 11). Todas as unidades encaminharam pessoas com suspeita de doença de Chagas com base nos resultados do teste rápido de triagem, o que reforça a utilidade do TRT como ferramenta de ampliação diagnóstica na APS. Assim como nos demais mapas por equipe, a leitura espacial deve ser compreendida como distribuição por unidade de cuidado.



**Figura 11** - Distribuição espacial do número total de testes rápidos de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil e encaminhados para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos [com histórico de doença de Chagas]), segundo a localização das unidades de atenção primária à saúde, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.



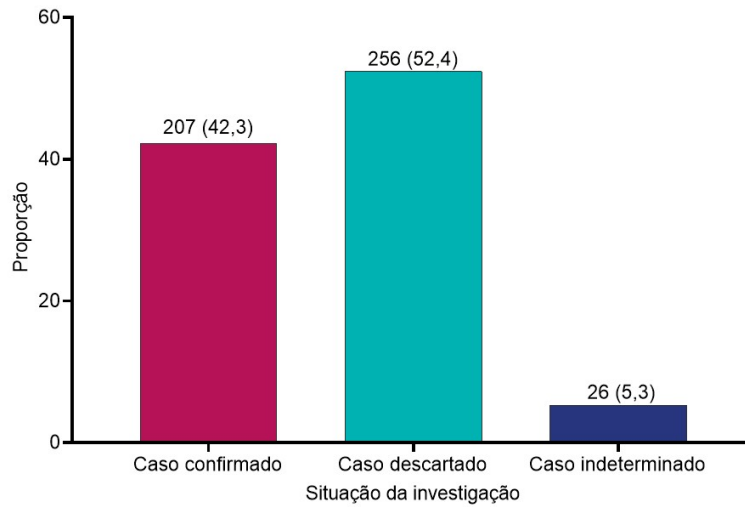
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

### **Testes rápidos de triagem com sorologia confirmatória**

No *continuum* entre triagem e confirmação sorológica, 562 pessoas foram encaminhadas para sorologia; 491 realizaram coleta de amostra de sangue e 489 já dispunham de resultado consolidado no recorte temporal deste boletim. Considerando apenas os 489 resultados disponíveis, 256 (52,4%) tiveram diagnóstico descartado, 207 (42,3%) tiveram confirmação sorológica e 26 (5,3%) permaneceram com resultado indeterminado, o que requer nova coleta e seguimento. Adicionalmente, 58 pessoas com diagnóstico prévio informado não realizaram nova sorologia confirmatória no âmbito do projeto, mas foram incorporadas à linha de cuidado por já terem diagnóstico prévio da doença. Ressalta-se que a explicitação desses denominadores é fundamental para evitar sobreposição interpretativa entre fluxos distintos (Figura 12).



**Figura 12** - Número e percentual de pessoas com investigação sorológica de doença de Chagas concluída, segundo o resultado, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.



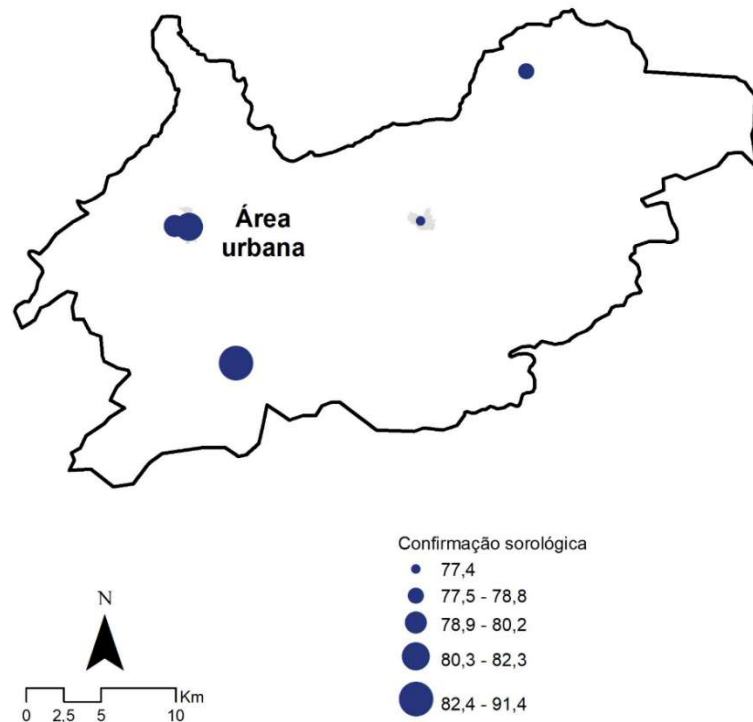
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Legenda: Caso indeterminado – um ou mais testes sorológicos com resultado indeterminado, que requerem nova coleta de amostra de sangue.

A ESF de Irajá apresentou a maior proporção de investigações sorológicas concluídas (91,4%), seguida pela ESF da Sede 01 (82,3%) (Figura 13). Todas as ESF apresentaram proporções elevadas de conclusão, o que reforça a articulação entre os serviços municipais e estaduais no encerramento das investigações. O mapa, entretanto, deve ser lido como um indicador operacional de desempenho da rede, e não como uma expressão direta da distribuição do risco no território.



**Figura 13** - Distribuição espacial da proporção de casos com investigação sorológica da doença de Chagas concluída por unidade básica de saúde em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

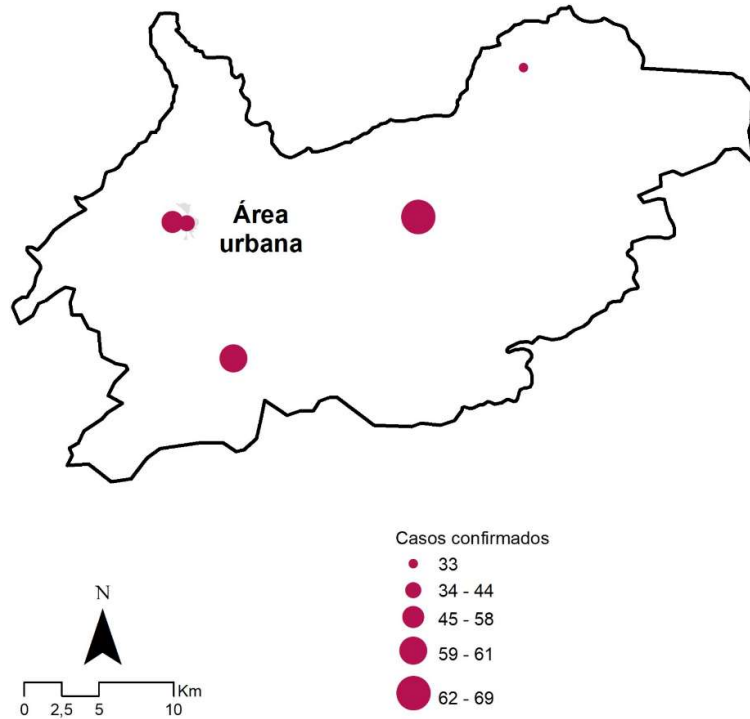
#### 6.4.2. Perfil dos casos de doença de Chagas com confirmação sorológica

Em Iguaracy-PE, 265 pessoas foram reconhecidas com doença de Chagas, com prevalência estimada de 4,13% (IC95%: 3,67–4,65), calculada com base no total de pessoas testadas nesta base revisada. Trata-se de um valor ligeiramente inferior ao observado no conjunto dos cinco municípios do Projeto IntegraChagas Brasil, cuja prevalência global foi de 4,88% (IC95%: 4,70–5,07). Ainda assim, essa magnitude é relevante e compatível com a persistência da doença como um importante problema de saúde pública no território.

As ESF de Jabitacá e Irajá apresentaram os maiores números de casos de doença de Chagas (69 e 61, respectivamente) (Figura 14). As demais equipes também registraram casos, o que sugere ampla disseminação territorial da doença e reforça a necessidade de uma resposta coordenada em toda a rede local. A espacialização apresentada refere-se à vinculação do caso à unidade da APS, e não necessariamente ao local provável de infecção.



**Figura 14** - Distribuição espacial do número de casos de doença de Chagas confirmados por sorologia no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a localização das unidades de atenção primária à saúde, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.

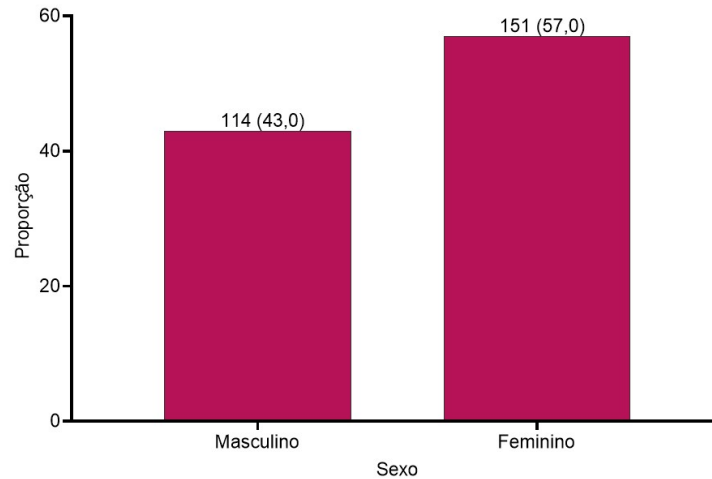


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



Entre os casos identificados em Iguaracy, observou-se predomínio do sexo feminino (57,0%), proporção muito próxima da verificada no total do projeto (57,9%) (Figura 15).

**Figura 15** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o sexo, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.



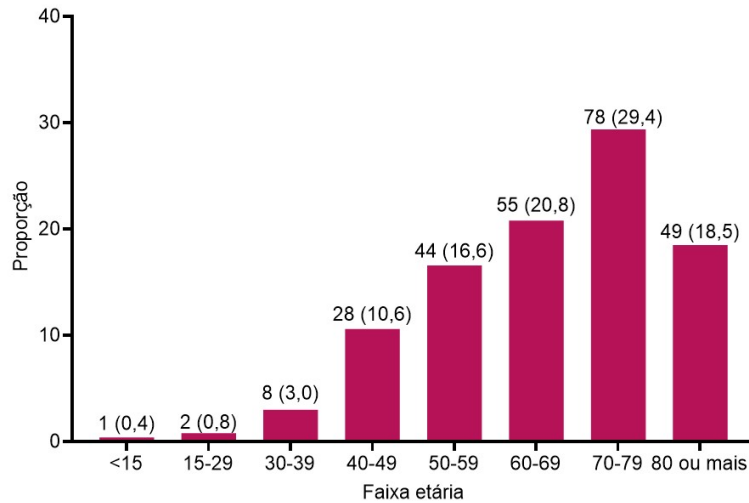
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Também se destacou a elevada participação de pessoas com 50 anos ou mais (85,3%), percentual superior ao do conjunto dos municípios (82,4%), o que reforça o peso acumulado da infecção crônica em grupos etários mais envelhecidos e a necessidade de organização do cuidado longitudinal para pessoas com maior probabilidade de apresentar formas clínicas já estabelecidas (Figura 16).

Destaca-se, contudo, o diagnóstico de um caso em uma criança de 5 anos de idade, provavelmente relacionado à transmissão vetorial. A hipótese de transmissão vertical foi descartada, uma vez que a mãe não apresentava diagnóstico de doença de Chagas. Esse achado recoloca a necessidade de vigilância da transmissão recente e de investigação ecoepidemiológica ampliada, para que o caso não se reduza a uma curiosidade.



**Figura 16** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, por faixa etária (em anos), em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.

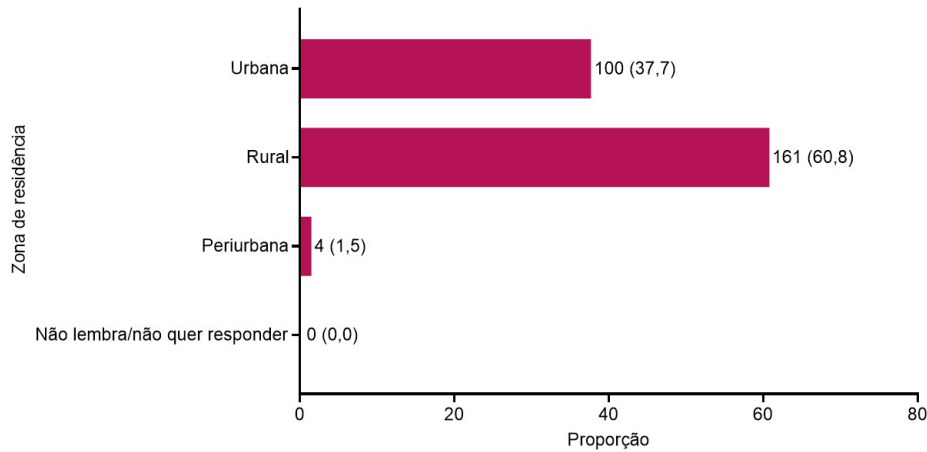


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Quanto ao local de residência, 60,8% dos casos de Iguaracy eram de moradores da zona rural, percentual um pouco inferior ao total do projeto (63,9%), mas ainda indicativo de forte concentração da doença em contextos rurais. Em perspectiva comparada, o perfil de Iguaracy aproxima-se do padrão geral do IntegraChagas Brasil, especialmente pela maior frequência de casos entre mulheres, pessoas mais velhas e residentes de áreas rurais. Esses achados sugerem que, embora o município apresente prevalência abaixo da média global do projeto, mantém características epidemiológicas compatíveis com a persistência histórica da transmissão e com a concentração dos casos em populações social e territorialmente mais vulnerabilizadas, o que demanda fortalecimento articulado da vigilância, do diagnóstico oportuno, do seguimento clínico e do cuidado integral no âmbito da APS (Figura 17).



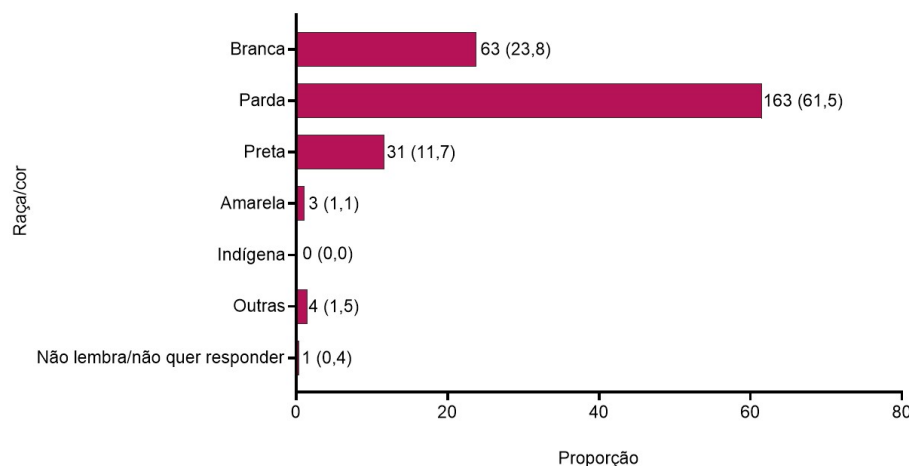
**Figura 17** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a zona de residência, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Entre os casos confirmados, predominou a raça/cor parda (n = 163; 61,5%), seguida da branca (n = 63; 23,8%). Além disso, 31 casos (11,7%) ocorreram entre pessoas que se autodeclararam pretas (Figura 18). A distribuição racial observada está diretamente ligada ao processo de determinação social, ao acesso aos serviços, à ruralidade e à vulnerabilidade histórica, devendo ser interpretada à luz das desigualdades territoriais e sociais que estruturam o risco, o acesso ao diagnóstico e a continuidade do cuidado.

**Figura 18** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a raça/cor autodeclarada, em Iguaracy, Pernambuco, 2024-2026.

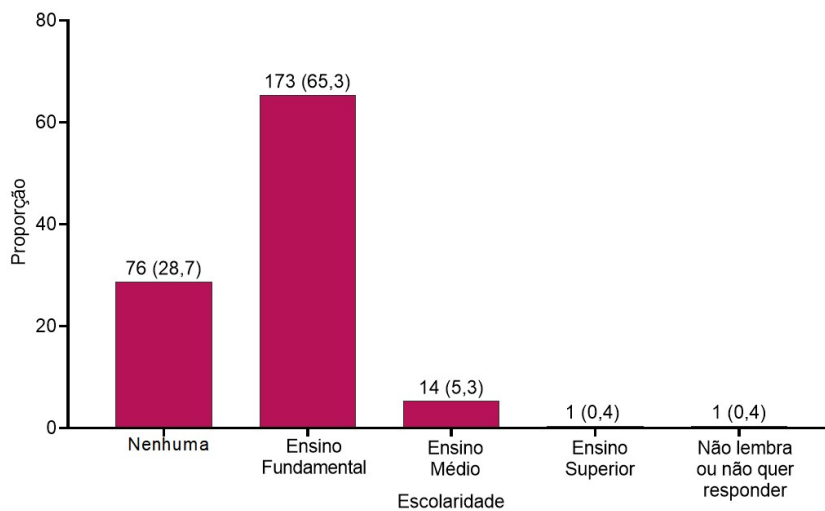


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



A maioria dos casos diagnosticados possuía ensino fundamental incompleto (n = 173; 65,3%), seguida de pessoas sem grau de instrução (n = 76; 28,7%) (Figura 19). Esse perfil reforça a necessidade de estratégias de comunicação em saúde, de aconselhamento e de seguimento terapêutico, compatíveis com as barreiras históricas à escolarização. Ademais, a baixa escolaridade não deve ser lida como um atributo individual, mas como um marcador de desigualdade estrutural, com repercussão no letramento em saúde e no seguimento terapêutico.

**Figura 19** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a escolaridade, em Igaracy, Pernambuco, 2024–2026.

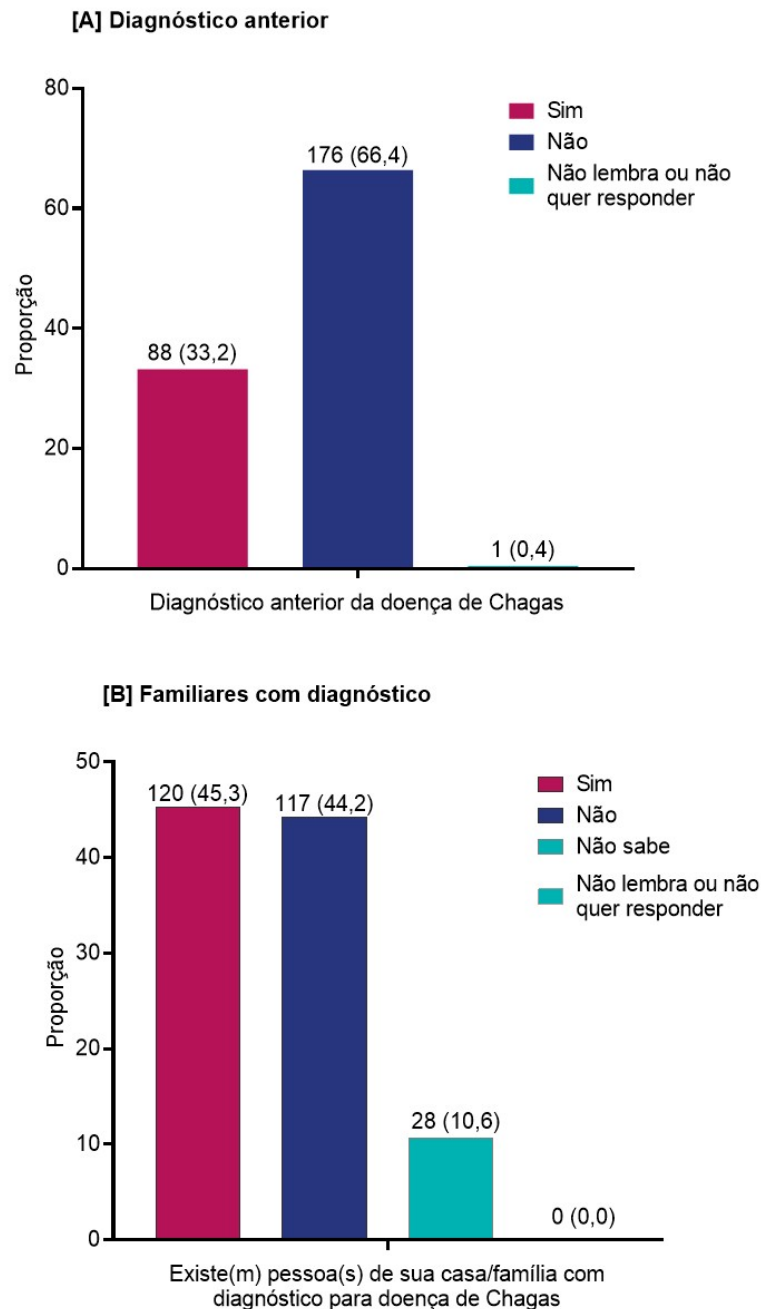


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Do total de casos diagnosticados, 176 (66,4%) não relataram diagnóstico anterior de doença de Chagas. Quanto à presença de familiares com diagnóstico, 120 pessoas (45,3%) referiram esse antecedente, o que indica uma importante concentração de risco epidemiológico nas redes familiares e reforça a pertinência de estratégias de rastreamento familiar e territorial (Figura 20).



**Figura 20** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o histórico de diagnóstico anterior de doença e a presença de familiares com diagnóstico, Iguaracy, Pernambuco, 2024-2026.



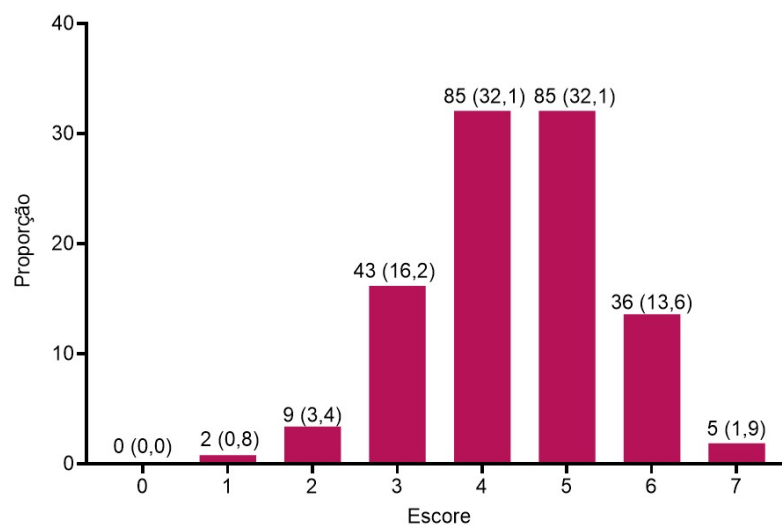
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Quanto ao escore de risco e vulnerabilidade, observou-se predomínio de casos com quatro categorias (n = 85; 32,1%) e cinco categorias (n = 85; 32,1%), seguidos



pelos casos com três categorias ( $n = 43$ ; 16,2%). Destaca-se ainda a presença de 36 pessoas (13,6%) com seis categorias e de cinco (1,9%) com as sete categorias de risco e vulnerabilidade (Figura 21). O predomínio de escores elevados corrobora a priorização territorial adotada pelo projeto e sugere acúmulo de vulnerabilidades clínicas, sociais e ecoepidemiológicas.

**Figura 21** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o escore de risco/vulnerabilidade para formas crônicas da doença, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.



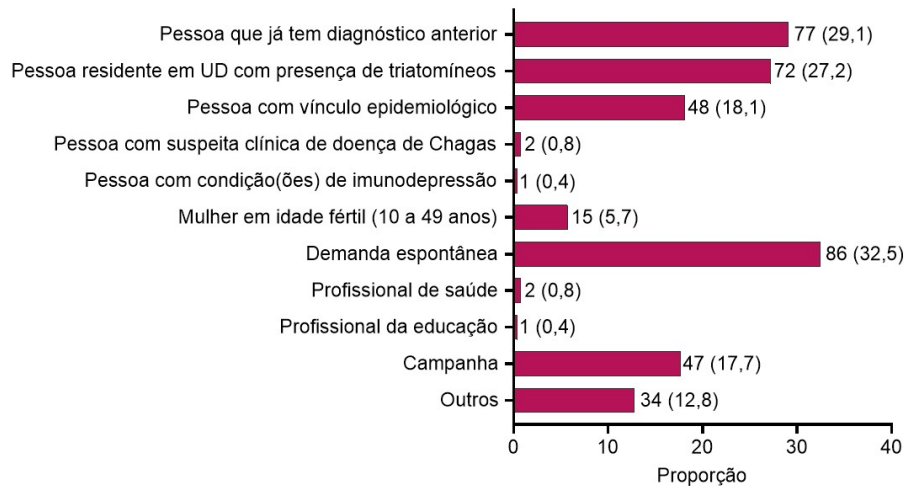
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

\*Composto por 7 categorias: Sexo ao nascer: feminino; Faixa etária: 50 anos de idade ou mais; Zona de residência: rural; Raça/cor: parda ou preta; Escolaridade: sem escolaridade ou fundamental incompleto; Risco epidemiológico: ter familiares com diagnóstico de doença de Chagas; e residente em unidade domiciliar (UD) com presença de triatomíneos (no passado ou atual).

Quanto ao modo de entrada no projeto, a maioria dos casos ( $n = 86$ ; 32,5%) ocorreu por demanda espontânea na unidade de saúde (após a mobilização dos territórios e ações de educação em saúde), seguida de pessoas que já possuíam diagnóstico prévio de doença de Chagas ( $n = 77$ ; 29,1%) e de pessoas que residem ou que têm residido em unidade domiciliar com a presença do inseto-barbeiro ( $n = 72$ ; 29,1%) (Figura 22). Esse padrão sugere coexistência de demanda reprimida por diagnóstico e de contingente já conhecido pela rede, mas historicamente sem integração plena à linha de cuidado.



**Figura 22** - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o modo de entrada no projeto, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.

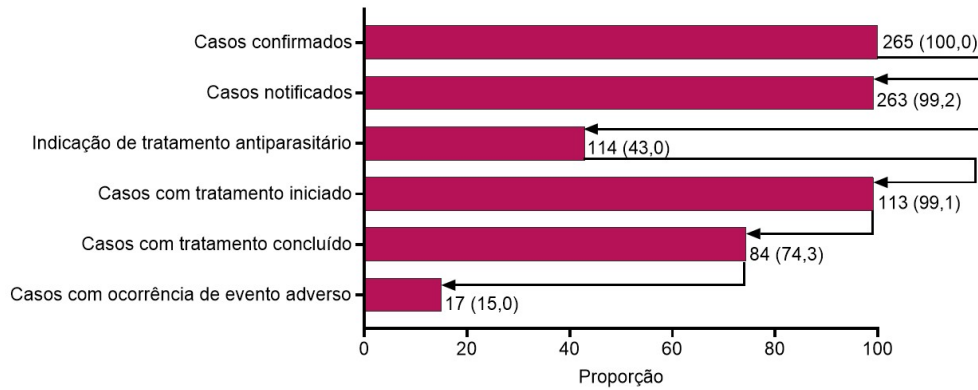


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Do total de casos confirmados, 263 (99,2%) foram notificados e 114 (43,0%) tiveram indicação de tratamento antiparasitário. Desses, 113 (99,1%) iniciaram o tratamento. Entre os que iniciaram, 84 (74,3%) concluíram o esquema até o encerramento desta base e 17 (15,0%) registraram eventos adversos à medicação (Figura 23). Esses resultados evidenciam boa capacidade de conversão entre indicação e início do tratamento, mas também mostram que a linha de cuidado precisa avançar no manejo clínico, no monitoramento de eventos adversos e na conclusão terapêutica. De fato, o município demonstrou alta capacidade de iniciar o tratamento, mas o seguimento longitudinal e a conclusão ainda dependem de reforço clínico-assistencial e de farmacovigilância.



**Figura 23** - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas: confirmados, notificados, com indicação de tratamento, com tratamento iniciado, com tratamento concluído e com ocorrência de evento adverso, no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, Iguaracy, 2024-2026.

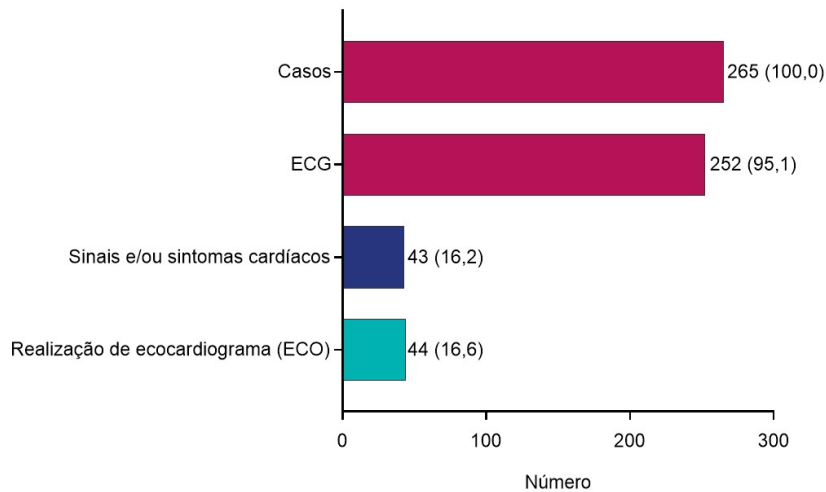


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Entre os casos confirmados, 252 pessoas (95,1%) realizaram eletrocardiograma (ECG) e 43 (16,2%) apresentaram sinais e/ou sintomas cardíacos. O ecocardiograma (ECO) foi realizado em 44 pessoas (16,6%). Esse número ligeiramente superior ao de pessoas com sinais e/ou sintomas cardíacos não deve ser interpretado automaticamente como uma inconsistência, pois o exame pode ter sido indicado por achados eletrocardiográficos, comorbidades, antecedentes clínicos ou por decisão médica no processo de estratificação do risco (Figura 24).



**Figura 24** - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo a realização de eletrocardiograma (ECG), a ocorrência de sinais e/ou sintomas cardíacos e a realização de ecocardiograma (ECO) no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.

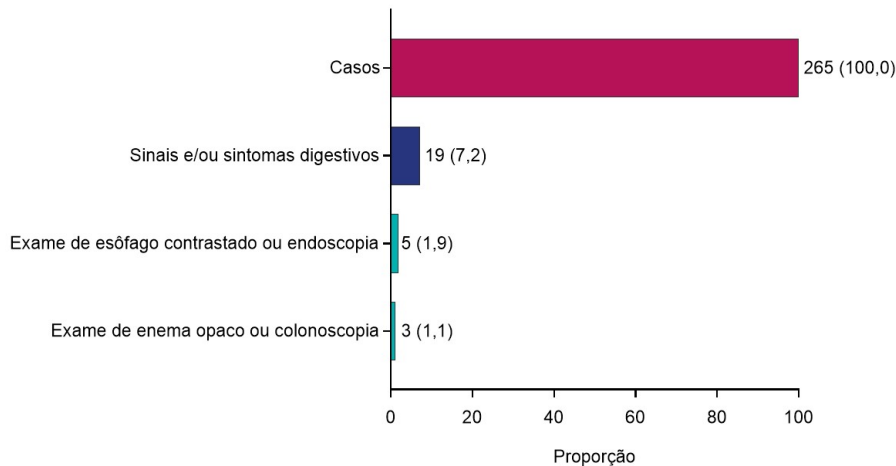


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Do total de 265 casos, 19 (7,2%) apresentaram sinais e/ou sintomas digestivos; cinco (1,9%) realizaram exame de esôfago contrastado ou endoscopia e três (1,1%) realizaram enema opaco ou colonoscopia (Figura 25). A distância entre a frequência de manifestações digestivas referidas e a investigação complementar disponível sugere barreiras de acesso à investigação complementar digestiva, que podem decorrer de oferta insuficiente, regulação limitada, baixa solicitação clínica ou dificuldade de deslocamento. Certamente, a doença de Chagas na forma crônica digestiva é uma condição ainda mais negligenciada, embora com forte impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas.



**Figura 25** - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo a presença de sinais e/ou sintomas digestivos no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.

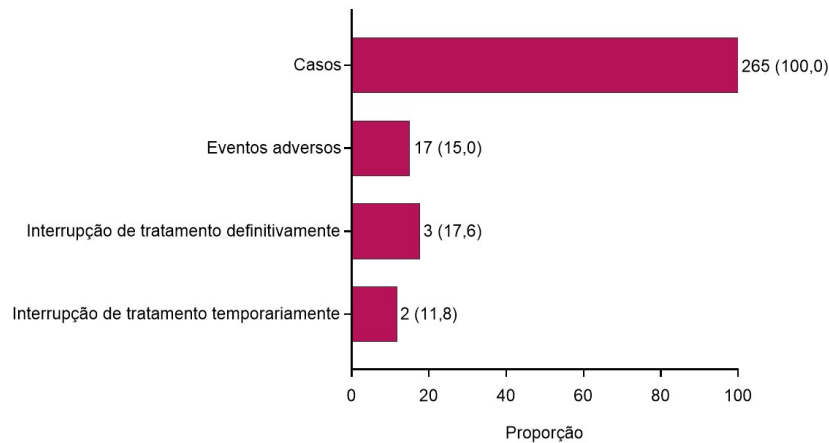


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Entre as 113 pessoas que iniciaram tratamento antiparasitário, 17 (15,0%) apresentaram eventos adversos; três interromperam definitivamente o tratamento e duas tiveram interrupção temporária (Figura 26). Os achados reforçam a importância do seguimento clínico próximo, da farmacovigilância na APS e da pactuação de condutas de manejo oportunas para reduzir abandono e interrupções evitáveis.



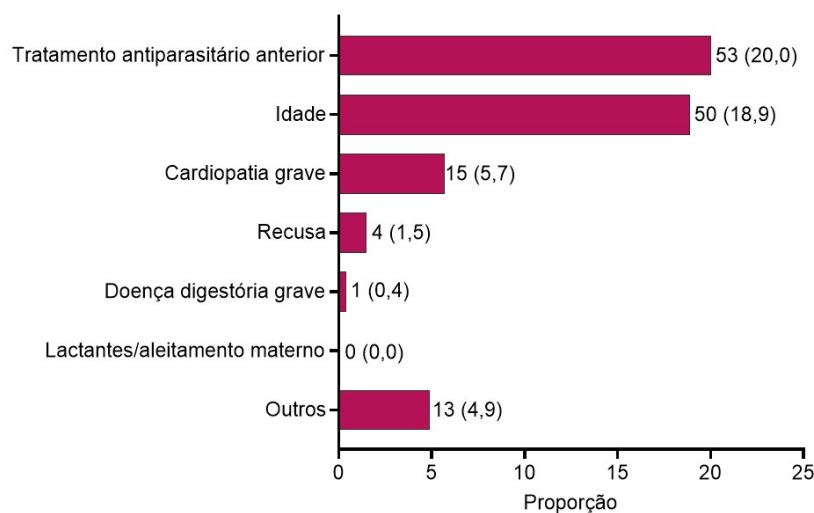
**Figura 26** - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas com ocorrência de evento adverso, segundo a interrupção do tratamento antiparasitário no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Entre os motivos mais frequentes para a não indicação de tratamento, destacaram-se o uso anterior de antiparasitário (n = 53; 20,0%) e a idade avançada (n = 50; 18,9%) (Figura 27). A documentação adequada dessas justificativas é essencial para diferenciar contra-indicação clínica, tratamento já realizado, opção assistencial contextual e barreiras operacionais.

**Figura 27** - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo o motivo da não prescrição de tratamento antiparasitário no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, em Iguaracy, Pernambuco, 2024–2026.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



## 7. Considerações Finais e Recomendações

Em uma perspectiva ampliada, a experiência de Iguaçu evidencia que a doença de Chagas no município não se resume à identificação de casos crônicos previamente invisibilizados nem à carga histórica de morbimortalidade. Os achados deste boletim mostram a coexistência de vulnerabilidades sociais persistentes, a concentração de casos em populações rurais e mais envelhecidas, a manutenção do risco entomológico e importantes demandas assistenciais relacionadas ao seguimento clínico, à estratificação de risco, ao tratamento antiparasitário e à investigação de manifestações cardíacas e digestivas. Nesse contexto, a resposta local precisa ser compreendida como parte de uma linha de cuidado territorializada, contínua e integrada, e não apenas como uma ampliação pontual da testagem.

Os resultados também demonstram que Iguaçu reuniu condições favoráveis para reorganizar a resposta municipal à doença de Chagas a partir da Atenção Primária à Saúde, articulando vigilância, diagnóstico, confirmação sorológica, seguimento dos casos, tratamento, investigação entomológica, uso do SisVetor, mobilização social e governança local. Ao mesmo tempo, tornam explícitos desafios centrais para a sustentabilidade do pós-projeto, especialmente a qualificação do fluxo confirmatório laboratorial, com atenção aos casos inconclusivos; a garantia de eletrocardiograma com laudo e a ampliação do apoio especializado; a manutenção da vigilância entomológica e da investigação ecoepidemiológica; o fortalecimento do seguimento longitudinal e da farmacovigilância; e a sustentação político-institucional da agenda nas esferas municipal, regional, estadual e federal.

Diante disso, recomenda-se a manutenção e o fortalecimento do Grupo Gestor da Linha de Cuidado como instância permanente de coordenação local; a priorização do uso dos testes rápidos remanescentes em situações epidemiologicamente relevantes, como familiares de casos, pessoas com vínculo territorial de risco, gestantes e mulheres em idade fértil; a formalização, junto à X GERES, à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e ao Ministério da Saúde, dos gargalos do fluxo laboratorial e das necessidades assistenciais ainda não plenamente atendidas; a ampliação do acesso a eletrocardiograma com laudo, telecardiologia e suporte especializado; a continuidade do SisVetor e da vigilância entomológica territorial; e o fortalecimento da participação social, inclusive com a consolidação da AChaSPa, como eixo estratégico para a sustentabilidade da resposta local à doença de Chagas.



Assim, Iguaracy se afirma não apenas como município com carga relevante da doença, mas também como território estratégico para demonstrar caminhos possíveis de reorganização da linha de cuidado da doença de Chagas no SUS. O principal desafio, daqui em diante, é evitar que os avanços obtidos na visibilização do problema, na ampliação diagnóstica e na mobilização institucional se convertam em frustração assistencial justamente no momento em que mais se revelaram necessidades reprimidas. Sustentar a agenda da doença de Chagas em Iguaracy exigirá continuidade, coordenação interfederativa, base técnica consistente e compromisso político com a redução das desigualdades que historicamente têm condicionado a persistência da doença no território.



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para notificação de doença de Chagas crônica (DC) e inserção no e-SUS Notifica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/10/Guia-para-notificacao-de-doenca-de-Chagas-cronica-DOENÇA DE CHAGASC\\_02\\_10\\_23.pdf](https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/10/Guia-para-notificacao-de-doenca-de-Chagas-cronica-DOENÇA DE CHAGASC_02_10_23.pdf). Acesso em: 11 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde: volume 3. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_6ed\\_v3.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6ed_v3.pdf). Acesso em: 11 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica na Lista Nacional de Notificação Compulsória. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1061\\_29\\_05\\_2020.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1061_29_05_2020.html). Acesso em: 11 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença de Chagas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt\\_doenca\\_de\\_chagas.pdf/view](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_doenca_de_chagas.pdf/view). Acesso em: 11 abr. 2026.

GARCÍA, G. S. M.; SOUZA, E. A.; ARAÚJO, V. M.; MACEDO, M. S. S.; ANDRADE, R. M. A.; FERREIRA, P. R. D. S.; GUIMARÃES, M. C. S.; SILVA, J. A. M. D.; RAMOS JÚNIOR, A. N. Territory, neglected diseases and the action of community and endemic combat agents. Revista de Saúde Pública, [S. l.], v. 56, p. 27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003730>. Acesso em: 11 abr. 2026.

IGUARACY. Prefeitura Municipal; Secretaria Municipal de Saúde. Doença de Chagas: informe epidemiológico. Iguaracy, PE: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em: [https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Infome\\_Epidemiologico\\_Iguaracy\\_Agosto\\_2024-rev.pdf](https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Infome_Epidemiologico_Iguaracy_Agosto_2024-rev.pdf). Acesso em: 11 abr. 2026.



IGUARACY. Prefeitura Municipal; Secretaria Municipal de Saúde. Boletim epidemiológico em doença de Chagas. Iguaracy, PE: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. Disponível em: [https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Iguaracy\\_Boletim\\_epidemiologico\\_22\\_04\\_25.pdf](https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Iguaracy_Boletim_epidemiologico_22_04_25.pdf). Acesso em: 11 abr. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Iguaracy (PE): Cidades e Estados. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/iguaracy.html>. Acesso em: 11 abr. 2026.

MARIN-NETO, J. A.; RASSI, A. JR.; OLIVEIRA, G. M. M.; CORREIA, L. C. L.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; LUQUETTI, A. O. et al. SBC guideline on the diagnosis and treatment of patients with cardiomyopathy of Chagas disease - 2023. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, [S. l.], v. 120, n. 6, e20230269, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20230269>. Acesso em: 11 abr. 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Doença de Chagas. Recife: SES-PE, 2023. Disponível em: <https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Boletim%20CHAGAS%20%20final.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Doença de Chagas. Recife: SES-PE, 2024. Disponível em: <https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/29-05-24-Boletim%20CHAGAS%20%20final.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde; UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. Casa de Chagas/PROCAPE/UPE. Protocolo para diagnóstico e tratamento antiparasitário da doença de Chagas em Pernambuco. Recife: SES-PE, 2023. Disponível em: <https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/PROTOCOLO%20DE%20TRATAMENTO%20REVISAO%2023-10-23%20%283%29.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Procedimento operacional padrão para vigilância da doença de Chagas crônica (DC). Recife: SES-PE, 2024. Disponível em: <https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/POP%20DOENÇA%20DE%20CHAGASC%20NOVO%2016.09.24.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2026.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Guia operacional de ações de vigilância entomológica e controle químico residual direcionadas à doença de Chagas e às leishmanioses em Pernambuco. Recife: SES-PE, 2021. Disponível em: [https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Guia\\_operacional\\_Chagas\\_e\\_leishmanioses\\_vers%C3%A3o%20final.pdf](https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/Guia_operacional_Chagas_e_leishmanioses_vers%C3%A3o%20final.pdf). Acesso em: 11 abr. 2026.



PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Procedimento operacional padrão: vigilância e controle químico para triatomíneo. Recife: SES-PE, 2025. Disponível em:

<https://portalcievs.saude.pe.gov.br/docs/POP%20DA%20VIGL%20ENTOMOL%20TRIAMOM%C3%8DNEOS%20%281%29.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2026.

RAMOS-JUNIOR, A. N.; SOUSA, A. S. The continuous challenge of Chagas disease treatment: bridging evidence-based guidelines, access to healthcare, and human rights. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, [S. l.], v. 50, n. 6, p. 745-747, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0495-2017>. Acesso em: 11 abr. 2026.

RAMOS JÚNIOR, A. N.; SOUZA, E. A.; GUIMARÃES, M. C. S.; VERMEIJ, D.; CRUZ, M. M.; LUQUETTI, A. O. et al. Response to Chagas disease in Brazil: strategic milestones for achieving comprehensive health care. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, [S. l.], v. 55, e0193-2022, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0193-2022>. Acesso em: 11 abr. 2026.

SOUSA, A. S.; VERMEIJ, D.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; LUQUETTI, A. O. Chagas disease. *The Lancet*, [S. l.], v. 403, n. 10422, p. 203-218, 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01787-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01787-7). Acesso em: 11 abr. 2026.

SOUZA, E. A.; CRUZ, M. M. da; FERREIRA, A. F.; SOUSA, A. S. de; LUIZ, R. R.; PALMEIRA, S. L. et al. Hospital case fatality and mortality related to Chagas disease in Brazil over two decades. *BMC Public Health*, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 2282, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19618-z>. Acesso em: 11 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chagas disease (also known as American trypanosomiasis). Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-%28american-trypanosomiasis%29>. Acesso em: 11 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021-2030. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>. Acesso em: 11 abr. 2026.