

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025



São Luís

DE MONTES BELOS

GOIÁS

Prefeitura Municipal de São Luís de Montes Belos

Prefeito: Jorcelino Marques Palmeira Junior

Vice-prefeita: Dulce Fernandes Pereira

Câmara de Vereadores de São Luís de Montes Belos

Presidente: Rogério Rodrigues Gonçalves

Vice-presidente: Reinaldo Francisco da Silva

Secretaria Municipal de Saúde de São Luís de Montes Belos

Adriana Papel Dib

Vigilância em Saúde Municipal de São Luís de Montes Belos

Rosângela Regina Cabral Silva

Atenção Integral à Saúde Municipal de São Luís de Montes Belos

Daniela Samara Nogueira

Coordenação da Saúde Bucal Municipal de São Luís de Montes belos

Matheus Souza e Silva

Conselho Municipal de Saúde de São Luís de Montes Belos

Thiago Modesto Cardoso

Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas de São Luís de Montes Belos

Adriana Papel Dib – Secretária Municipal de Saúde

Daniela Samara Nogueira – Coordenação de Atenção Integral a Saúde Municipal e Coordenação Pedagógica

Rosângela Regina Cabral Silva – Coordenação de Vigilância em Saúde Municipal

Vinicius Fagundes dos Santos – Secretário Municipal de Educação

Lídia Bruna Rodrigues de Melo – Secretaria do Meio Ambiente

Tallita Martins Santos – Técnica da Vigilância em Saúde Regional da Saúde Oeste II

Antônio Florentino – Reitor da UniBras

Oswaldo José da Silveira Neto – Universidade Estadual de Goiás

João Augusto da Silva – Coordenação de Combate a Endemias Municipal

Thiago Modesto – Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Rubemita Monteiro Neves Ventura – Agente Comunitária de Saúde

Ricardo Gonçalves de Vasconcelos – Médico da Atenção Primária à Saúde

Andreia Vieira Silva – Enfermeira da Atenção Primária à Saúde

Ismael Alexandrino Pinto - Representação da Policlínica Estadual

Simone Maria da Silva – Complexo Regulador

Marcus Antônio de Souza – Hospital Estadual São Luís de Montes Belos – Dr. Geraldo Landó [regional]

Lana Cristina Bueno Miranda – Laboratório Municipal São Luís de Montes Belos

Matheus Souza e Silva – Coordenação da Saúde Bucal

Equipe de coordenação

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

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

Rosângela Regina Cabral Silva – Secretária Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Luís de Montes Belos, Goiás e Projeto IntegraChagas Brasil

Daniela Samara Nogueira – Secretária Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Luís de Montes Belos, Goiás e Projeto IntegraChagas Brasil

Adriana Papel Dib – Secretária Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Luís de Montes Belos, Goiás

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; Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Bahia

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

Rosângela Regina Cabral Silva – Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Luís de Montes Belos, Goiás

Daniela Samara Nogueira – Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Luís de Montes Belos, Goiás

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

Keyla Rodrigues Domingos - Regional de Saúde Oeste II & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Luís de Montes Belos, Goiás

Tallita Martins Santos - Regional de Saúde Oeste II & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Luís de Montes Belos, Goiás

Liliane da Rocha Siriano – Universidade Federal de Goiás, Goiás; Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

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

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

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

Mirele Coelho Araújo – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Ceará

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

Jamile Silva Brito – Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Bahia

Rogger Arthur Góes Fraga – Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Bahia

Equipe técnica de colaboração

Maria Andrade dos Santos – Associação Goiana de Portadores da Doenças de Chagas, Goiânia, Goiás

Nilva Belo de Moraes – Associação Goiana de Portadores da Doenças de Chagas, Goiânia, Goiás

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

Paulo Jefferson Pereira Barreto – Projeto IntegraChagas Brasil

Ana Maria Rodrigues – Projeto IntegraChagas Brasil

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

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

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

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

Graziela Picciola Bordoni – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Goiás

Paula Chagas Franco – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Goiás

Uerquison Inocencio da Silva - Secretaria municipal de Saúde, Núcleo de vetores, Agente de combate as endemias, São Luís de Montes Belos, Goiás

Claudio Henrique Passos Neves Filho - Técnico Regional de Vigilância em Saúde, Regional de Saúde Oeste II, Goiás, Brasil

Gildo Ferreira de Souza - Técnico Regional de Vigilância em Saúde, Regional de Saúde Oeste II, Goiás, Brasil

Apoio institucional

Secretaria Municipal de Saúde de São Luís de Montes Belos, Goiás

Regional de Saúde Oeste II, Goiás

Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, Goiás

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

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

Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Brasília-DF

Lista de figuras

Figura 1 - Mapas com a localização do estado de Goiás no País (A); Região de saúde Oeste II no estado de Goiás (B); e Município de São Luís de Montes Belos na região de saúde (C).	14
Figura 2 - Distribuição etária da população segundo sexo no Município de São Luís de Montes Belos-GO, 2000, 2010 e 2022.	15
Figura 3 - Distribuição espacial do índice de Gini no Estado de Goiás (destaque para Região de Saúde): A (2000) e B (2010); e na Região de Saúde (destaque para o município de São Luís de Montes Belos-GO): C (2000) e D (2010), segundo municípios, Estado de Goiás, Brasil.	18
Figura 4 - Distribuição espacial do índice de desenvolvimento humano no Estado de Goiás (destaque para Região de Saúde): A (2000) e B (2010); e na Região de Saúde (destaque para o município de São Luís de Montes Belos-GO): C (2000) e D (2010), segundo municípios, Estado de Goiás, Brasil.	19
Figura 5 - Distribuição espacial do índice brasileiro de privação, A (Estado - destaque para Região de Saúde); B Região de Saúde (destaque para região de saúde e município de São Luís de Montes Belos-GO) segundo municípios, Goiás, Brasil, 2010.	20
Figura 6 - Distribuição espacial do índice de vulnerabilidade social no Estado de Goiás (destaque para Região de Saúde): A (2000) e B (2010); e na Região de Saúde (destaque para o município de São Luís de Montes Belos-GO): C (2000) e D (2010), segundo municípios, Estado de Goiás, Brasil.	22
Figura 7 - Representação esquemática da execução do teste rápido de triagem para detecção de anticorpos para Doença de Chagas.	26
Figura 8 - Taxa de detecção e número de casos (entre parênteses) de doença de Chagas crônica, São Luís de Montes Belos-GO, 2014-2025*.	29
Figura 9 - Número de Testes Rápidos de triagem realizados segundo mês e ano de testagem. Testes realizados de 08 de abril de 2024 a 23 de março de 2025. São Luís de Montes Belos, Goiás.	31
Figura 10 - Número de Testes Rápidos de triagem realizados segundo resultado no período de 08 de abril de 2024 a 23 de março de 2025. São Luís de Montes Belos, Goiás.	31
Figura 11 - Número e percentual de pessoas que realizaram o Teste Rápido triagem segundo resultado, conhecimento sobre a doença de Chagas, diagnóstico anterior e presença de familiares com doença de Chagas. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.	35
Figura 12 - Distribuição espacial do número total de teste rápido de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a unidade da atenção primária à saúde. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.	36

Figura 13 - Número e percentual de pessoas com Teste Rápido de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil e encaminhadas para sorologia confirmatória (por teste rápido positivo, inconclusivo ou negativo [com histórico de doença de Chagas]). São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. . 37

Figura 14 - 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 DC]), segundo localização de unidades da atenção primária à saúde. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 38

Figura 15 - Número e percentual de pessoas com investigação sorológica de doença de Chagas concluída, segundo resultado. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 39

Figura 16 - Distribuição espacial da proporção de casos com investigação sorológica de doença de Chagas concluída, segundo unidade básica de saúde. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 40

Figura 17 - Distribuição espacial do número de casos de doença de Chagas confirmados com sorologia no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo localização de unidades da atenção primária à saúde. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 41

Figura 18 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo sexo. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 42

Figura 19 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo faixa etária em anos. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 43

Figura 20 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo zona de residência. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 44

Figura 21 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo raça/cor autodeclarada. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 45

Figura 22 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo escolaridade. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 46

Figura 23 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo histórico de diagnóstico anterior de doença e presença de familiares com diagnóstico, São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 47

Figura 24 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo escore de risco/vulnerabilidade para formas crônicas da doença, São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 48

Figura 25 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo modo de entrada no projeto, São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025..... 49

Figura 26 – 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, São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025 50

Lista de tabelas

Tabela 1 - Número e percentual de casos de doença de Chagas crônica notificados no SINAN (2014-2023) e no eSUS notifica (2024-2025*). São Luís de Montes Belos, Goiás. 29

Tabela 2 - Número e percentual de testes Rápidos de triagem realizados no âmbito do Projeto IntegraChagas Brasil, segundo variáveis sociodemográficas, de conhecimento sobre a DC e aspectos clínicos. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025. 32

SUMÁRIO

1. Contextos Gerais do Município de São Luís de Montes Belos.....	14
3. Determinação Social da Doença de Chagas.....	16
4. Epidemiologia da Doença de Chagas e a Relevância da Linha de Cuidado ..	23
5. Procedimentos Metodológicos.....	24
5.1. Registro nos sistemas de informação em saúde.....	24
5.3. Testes rápidos de triagem, confirmatórios e classificação clínica	25
6. Resultados.....	28
6.1. Registros nos sistemas de informações SINAN e eSUS notifica	28
6.2. Resultados de testes rápidos de triagem e sorologia para doença de Chagas crônica	30
6.2.1. Perfil das pessoas com teste rápido realizado e encaminhadas para confirmação sorológica	30
6.2.2. Perfil dos casos de DC com confirmação sorológica.....	40
7. Considerações Finais e Recomendações	51
Referências Bibliográficas.....	53

Apresentação do Boletim

O Brasil é um dos países com maior carga de adoecimento e morte por Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN), uma vez que concentra a maioria das principais DTN definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A doença de Chagas (DC) representa umas das principais DTN no País, com forte associação à ocorrência de morte em diferentes regiões do país, em particular no estado de Goiás. Portanto, sua relevância epidemiológica e social é inequívoca. Entretanto, o silenciamento, em diferentes aspectos da DC, torna ainda mais complexo o desafio de seu controle, o que demanda iniciativas de análise de dados para conformação de informações consistentes que possam ser utilizadas para subsidiar ações e políticas de enfrentamento.

O Ministério da Saúde, a partir da elaboração do Índice de Vulnerabilidade para doença de Chagas Crônica (IVDCC), buscou revelar áreas (municípios, regiões de saúde e estados) com maior potencial de morbimortalidade da doença em sua fase crônica, em associação a um cenário de múltiplas barreiras de acesso à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), levando à baixa suspeição e detecção de casos da doença na fase crônica, bem como à limitação da qualidade de vida das pessoas acometidas. Nesta perspectiva, territórios prioritários foram determinados para ações que ampliem o acesso a diagnóstico, tratamento e cuidado às pessoas acometidas. A cidade de São Luiz de Montes Belos (SLMB), região oeste do estado de Goiás, se constitui um dos territórios brasileiros neste grupo prioritário indicado pelo IVDCC, daí sua inclusão no Projeto IntegraChagas Brasil, projeto estratégico do Ministério da Saúde.

SLMB, único município selecionado na região Centro-Oeste, juntamente com mais quatro cidades de outros estados do país, compõe este projeto, uma iniciativa inovadora e participativa, que integra saúde e ambiente, além de vigilância e cuidado. Esse processo de integração é muito necessário dentro dos caminhos sustentáveis para promover acesso a diagnóstico e cuidado das pessoas acometidas pela DC no Brasil, a partir da priorização da construção e fortalecimento da rede de Atenção Primária à Saúde (APS). Como ponto de atenção essencial para composição e funcionamento de uma Linha de Cuidado para eventos de caráter crônico com tamanho potencial de causar adoecimento e morte, ter na APS o espaço privilegiado para compor a Linha de Cuidado é um dos maiores propósitos do projeto IntegraChagas Brasil.

O Projeto IntegraChagas Brasil é intitulado "*Acesso à detecção e tratamento da doença de Chagas no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil – IntegraChagas Brasil*", e se constitui em uma pesquisa estratégica do Ministério da Saúde do Brasil, sob coordenação do Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz (INI\FIOCRUZ) e da Universidade Federal do Ceará (UFC), com colaboração da Universidade Federal da Bahia. O projeto, financiado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, se desenvolve em estreita

parceria com os estados e municípios, com o intuito de alcançar o seu objetivo principal que é o de *"Ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da doença de Chagas em pessoas acometidas, a partir da atenção primária integrada às ações de vigilância em saúde no Brasil"*, nos espaços do SUS.

Após reuniões preliminares nos anos de 2019 e 2020, em 2023, o projeto intensificou suas atividades iniciais em parceria com a gestão municipal de SLMB e em abril de 2024, antes do início das atividades de testagem, foi elaborado o primeiro Informe Epidemiológico para DC deste município (https://saoluisdemontesbelos.go.gov.br/uploads/Infome_Epidemiologico_Sao_Luis_Montes_Belo_042024.pdf). Este documento técnico foi composto exclusivamente por dados secundários, dentro dos estudos de base do projeto que fundamentaram as primeiras atividades de planejamento. Os dados analisados estavam focados na internação hospitalar via Sistema de Informações de Internações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) e no registro de óbitos no Sistema de Mortalidade (SIM). Após um período de 12 meses de testagem, compreendeu-se a importância de estruturação de um novo documento, agora sobre a forma de Boletim Epidemiológico que fosse capaz de retratar de forma mais fidedigna a realidade epidemiológica deste território municipal. A proposta trazida pelo Grupo Gestor da Linha de Cuidado (GGLC) em DC do município é que ele se torne uma publicação permanente, anual.

Importante destacar que a elaboração deste Boletim é fruto de uma construção participativa, envolvendo profissionais das Vigilâncias Epidemiológica e Entomológica bem como da APS do município e equipe técnica da Regional de Saúde. A equipe do Projeto IntegraChagas Brasil apoiou a estruturação desta iniciativa, demarcando todo o período de planejamento, elaboração e análise dos dados, tanto de natureza secundária quanto primária. Ressalta-se ainda que este município tem um GGLC-DC, instituído por meio de Portaria Municipal, tendo como objetivo central a composição de ações e iniciativas para ampliar acesso e promover um cuidado integral para todas as pessoas acometidas.

O Boletim Epidemiológico traz em perspectiva indicadores sociodemográficos e econômicos, essenciais para compreender territórios em que a DC se apresenta como problema de saúde pública. Por esta razão, a primeira parte deste boletim apresenta diferentes índices que traduzem vulnerabilidade social para o estado, região de saúde e município. Segue-se a apresentação de indicadores relativos à ocorrência da DC a partir da data do diagnóstico (janeiro de 2013 a março de 2025), utilizando dados secundários extraídos diretamente do E-SUS Notifica e do SINAN. Destaca-se que o estado de foi pioneiro em dispor de notificação da DCC desde 2013, utilizando ficha simplificada do SINAN adaptada para este fim.

Na sequência, são apresentados dados relacionados às testagens realizadas no município pelas equipes de APS e da vigilância, no período de abril de 2024 a março de 2025, com resultados de testes confirmatórios para a DCC. Para os casos confirmados, o boletim apresenta uma análise dos casos de DCC residentes

no município, incluindo casos antigos e casos novos, descobertos a partir da introdução do Teste Rápido de Triagem (Bio-Manguinhos) na APS.

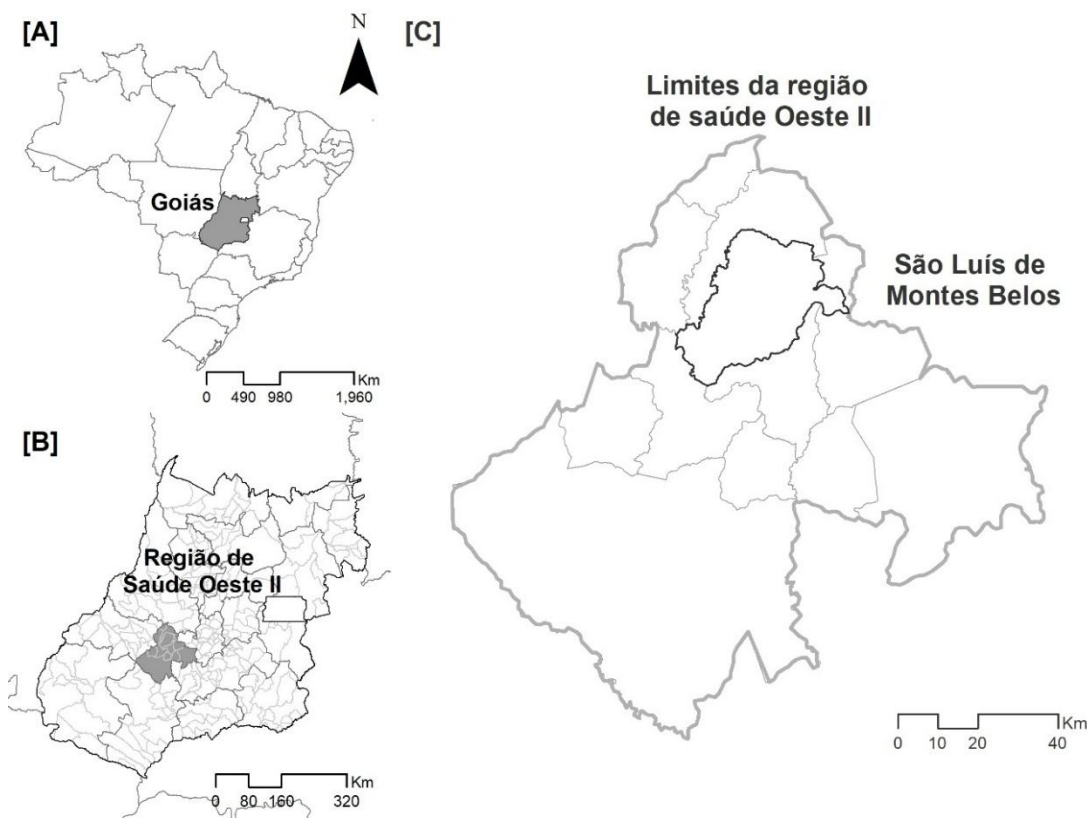
Espera-se que este documento possa alcançar ampla divulgação no município, região e estado, mobilizando não apenas gestores(as) e profissionais da saúde, mas também estudantes, professores(as) e pesquisadores(as), pessoas acometidas por DC, lideranças comunitárias, sociais e de movimentos organizados, incluindo a comunidade em geral. As informações aqui apresentadas visam, prioritariamente, fundamentar o apoio ao processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações no SUS com foco nas pessoas acometidas pela DC, além de familiares e comunidades em geral. Por fim, pretende-se que este processo de elaboração de boletins epidemiológicos siga firme, como meio para fazer a translação destas informações para todas as pessoas interessadas no controle da DC no Brasil, passando por Goiás.

1. Contextos Gerais do Município de São Luís de Montes Belos

Situado na região Centro-Oeste do Brasil, o município de São Luís de Montes Belos está localizado na região oeste de Goiás, a 128 km de Goiânia, capital do estado. Possui limites com os municípios de Sanclerlândia, Córrego do Ouro, Adelândia, Aurilândia, Firminópolis e Turvânia. A sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2024 era de 35.031 habitantes, em uma área territorial de 829,620 km² (densidade demográfica média de 41,80 habitantes/km²). O município pertence à região de saúde de Oeste II, Base Operacional de uma das 18 regiões em que o Estado de Goiás é subdividido (Figura 1).

Embora a população esteja concentrada em áreas urbanas, as áreas rurais têm demandado estratégias de descentralização das ações em saúde com vistas a ampliar a cobertura e favorecer o acesso da população a serviços e ações via SUS. Na realidade, tratam-se de desafios que impactam territórios rurais em diferentes regiões do Brasil.

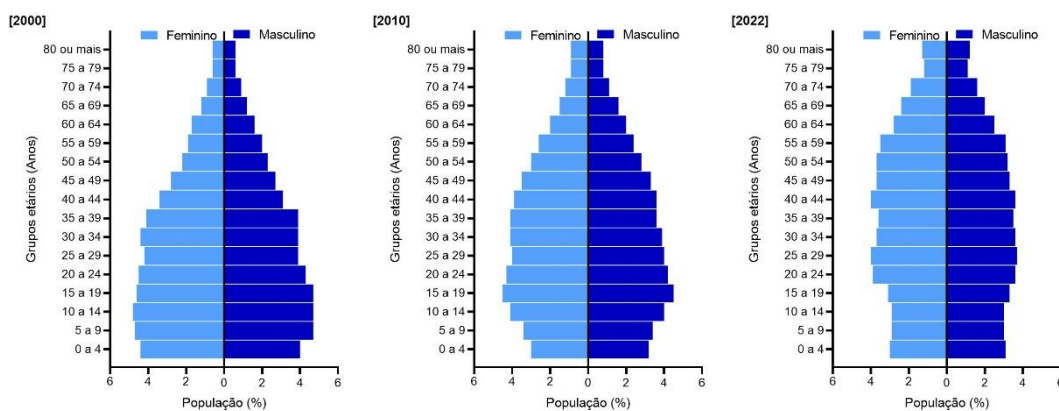
Figura 1 - Mapas com a localização do estado de Goiás no País (A); Região de saúde Oeste II no estado de Goiás (B); e Município de São Luís de Montes Belos na região de saúde (C).



Fonte: IBGE, 2025

No Censo demográfico de 2000, a população do município se concentrava em pessoas com 40 anos ou mais de idade, de ambos os sexos. Este padrão alterou-se de forma significativa, com ampliação da expectativa de vida e redução da taxa de natalidade. Assim, para o Censo de 2022, houve aumento na proporção de pessoas idosas (com 70 anos ou mais de idade), concentração da maioria da população em faixas etárias que variaram de 20 a 60 anos, com redução menos expressiva na proporção de pessoas de 15 anos ou menos, em relação a 2010 (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição etária da população segundo sexo no Município de São Luís de Montes Belos-GO, 2000, 2010 e 2022.



Fonte: IBGE, 2025

Ainda com base no censo de 2022, o município possui 8,2% (2.783) da população residente em área rural, com 50,5% (17.081) da população autodeclarada da raça/cor parda e 5,7% (1.933) da raça/cor preta, não havendo registro de população quilombola.

Para as pessoas de 18 anos ou mais de idade, 33,8% (9.014) não possuía instrução e/ou possuía ensino fundamental incompleto, enquanto 16,7% (4.448) possuía fundamental completo e/ou médio incompleto. Ademais, para pessoas com 15 anos ou mais, 5,7% (1.597) não eram alfabetizados(as).

Para a composição familiar, 20,7% dos domicílios possuíam apenas 1 pessoa moradora, enquanto 26,43% tinham cônjuges sem filhos(as). Registra-se que 27,0% dos domicílios não estavam conectados à rede de esgoto, 11,5% não eram abastecidos pela rede geral de água e 4,8% não tinham coleta de lixo, condições que, em conjunto, refletem vulnerabilidade social.

No SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) estruturaram-se operacionalmente a partir da APS, que atua como porta de entrada e ordenadora do cuidado das políticas públicas. Este ponto de atenção deve se constituir como elo estratégico

entre pessoas, famílias e comunidade no contexto funcional das RAS. Portanto, é fundamental compor mecanismos efetivos para comunicação visando a promoção do cuidado integral.

No município de SLMB, no ano de 2021, a APS apresentava cobertura populacional de 96,1%. Em 2022, essa cobertura alcançou 100% da população do território, com a disponibilidade de 10 unidades de APS. O fato de a APS ser o ponto de atenção de maior capilaridade no SUS, ressalta sua importância em apoiar o planejamento das RAS. Cabe à APS reconhecer, em seus territórios de atuação, condições de riscos à saúde e contextos de vulnerabilidade e de resiliência para estruturação do processo de planejamento em saúde.

Ressalta-se ainda a importância de construir Linhas de Cuidado capazes de integrar os diferentes pontos das RAS via sistemas de apoio e logístico. Neste sentido, o projeto IntegraChagas Brasil estimulou a criação do Grupo Gestor da Linha de Cuidado para DC, em busca da promoção da saúde voltada para pessoas acometidas e ou sob risco, acessando diferentes níveis de complexidade da RAS. Este processo encontra-se em andamento, a partir da validação de fluxos assistenciais integrados à vigilância.

Além das 10 unidades da rede APS, atualmente, o município, dispõe em sua rede de:

- 1) Policlínica;
- 2) Hospital Estadual;
- 3) Complexo de saúde;
- 4) Pronto atendimento;
- 5) Hospital particular;
- 6) SAMU;
- 7) Complexo regulador;
- 8) Clínica de hemodiálise;
- 9) CEO;
- 10) CAPS;
- 11) Regulação;
- 12) Sala de vacina;
- 13) Vigilância sanitária;
- 14) Vigilância epidemiológica;
- 15) Vigilância entomológica;
- 16) Laboratório;

3. Determinação Social da Doença de Chagas

O grupo das DTN em que a DC está inserida, incide em mais de um bilhão de pessoas em 149 países em territórios tropicais e subtropicais, com impacto crítico

na saúde das pessoas acometidas, além de seus familiares e comunidades sob risco.

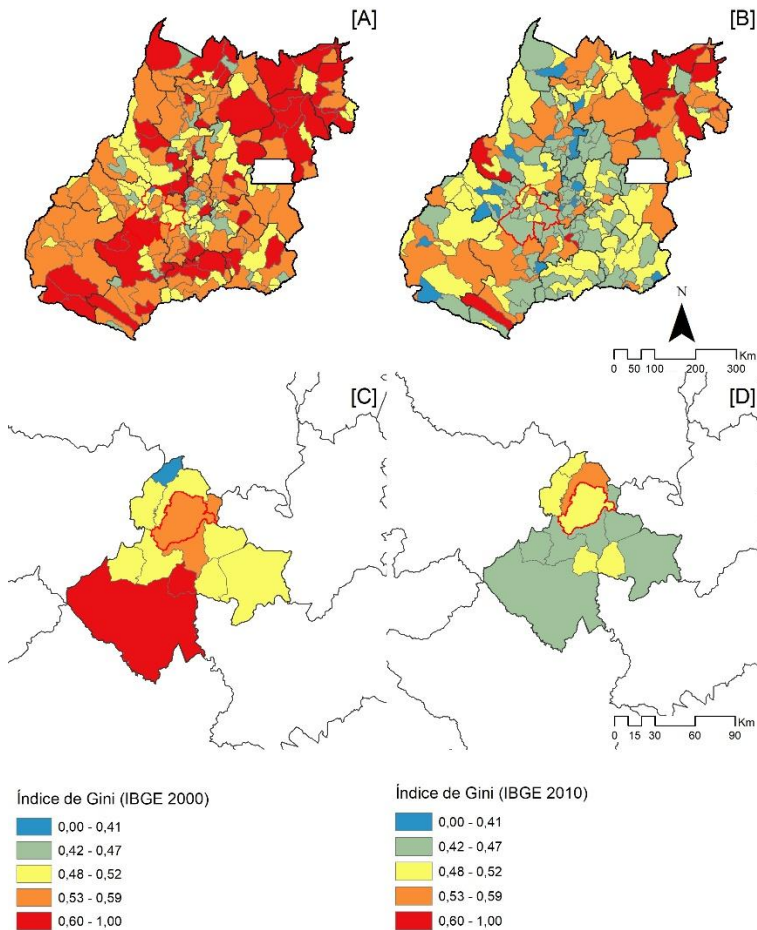
O fato de a DC ser uma destas doenças com determinação social ampliada, a torna ainda mais desafiadora pela maior complexidade em seu controle, isto porque que além dos aspectos operacionais dos serviços de saúde, é preciso incidir em contextos sociais geradores em grande parte de iniquidades em saúde.

A relevância das ações de controle da DC e demais DTN é inquestionável, atualmente com maior debate em agendas nacionais e internacionais. Para a OMS, é necessário imprimir agenda local estratégica capaz de, não apenas reconhecer pessoas acometidas e aquelas sob risco, mas também superar crises econômicas, ambientais, sociais e sanitárias promotoras de adoecimento e morte acrescidos. Neste sentido os referenciais da saúde como processo e fenômeno social, em populações, dentro do campo da Saúde Coletiva são essenciais. A abordagem de Uma Só Saúde se insere nesta perspectiva, com o intuito de operacionalizar as ações nos sistemas nacionais de saúde, dentro de uma intersetorial.

Por esta razão, este boletim traz em perspectiva a análise de indicadores capazes de permitir maior compreensão acerca do contexto dos territórios endêmicos em que pessoas acometidas vivem. O primeiro deles refere-se ao Índice de Gini, traduzindo níveis de desigualdade social. O índice de Gini vem sendo utilizado para medir a desigualdade entre pessoas mais ricas e mais pobres, podendo variar de 0 a 1. Valores mais próximo a 0 indicam um cenário de igualdade entre as pessoas, enquanto que valores mais próximos a 1 representam um cenário de desigualdade máxima. A partir de dados dos censos brasileiros, a comparação é realizada a partir das 20% pessoas mais pobres em relação às 20% mais ricas (<http://www.atlasbrasil.org.br/>).

Registra-se que, mesmo com a melhoria no padrão do Estado de Goiás, ao longo dos períodos analisados, o indicador de Gini para a Região de Saúde Oeste II ainda sinaliza para alta desigualdade (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição espacial do índice de Gini no Estado de Goiás (destaque para Região de Saúde): A (2000) e B (2010); e na Região de Saúde (destaque para o município de São Luís de Montes Belos-GO): C (2000) e D (2010), segundo municípios, Estado de Goiás, Brasil.



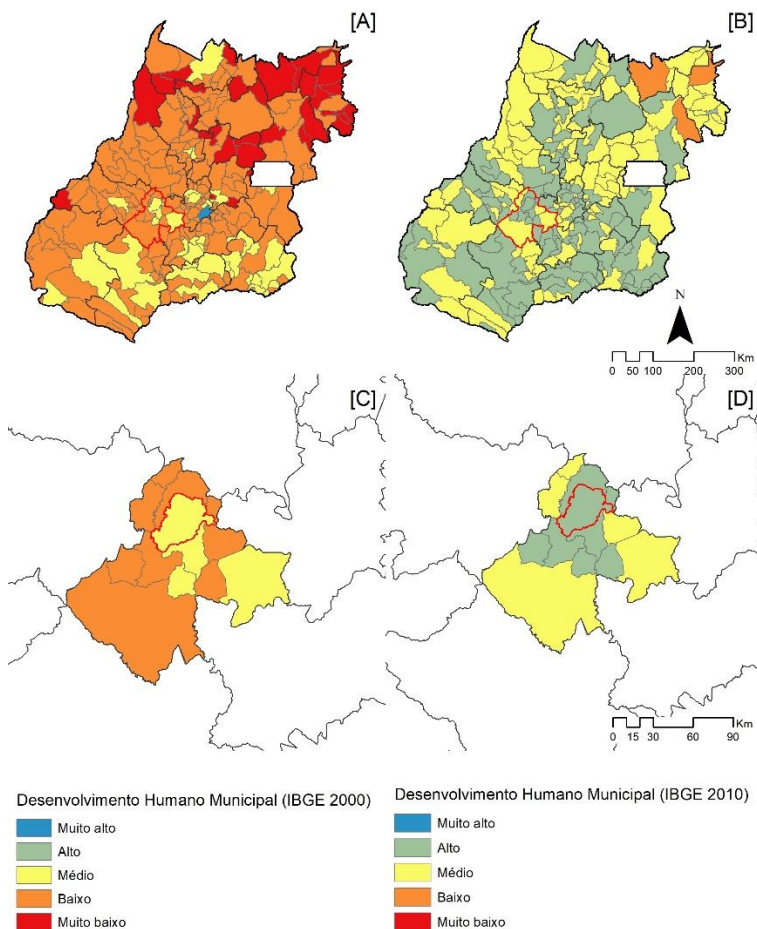
Fonte: IBGE, 2025

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

No estado de Goiás, verifica-se que a maioria dos municípios progrediu ao longo do tempo de um cenário em que a maioria dos municípios tinha baixo IDHM, com algumas áreas com muito alto IDHM, para um melhor cenário com índices classificados como de nível médio ou alto. A Região de Saúde de Oeste II apresentou significativa melhora, partindo de municípios com índices em classificação baixa, para índices médios e altos (Figura 4). O componente renda

foi provavelmente o principal responsável por esta elevação. Na realidade, trata-se de uma área com forte atuação do agronegócio no país, o que demanda também um olhar ampliado sobre aspectos ambientais importantes, além do processo de elevação de concentração de renda marcado ao longo do tempo.

Figura 4 - Distribuição espacial do índice de desenvolvimento humano no Estado de Goiás (destaque para Região de Saúde): A (2000) e B (2010); e na Região de Saúde (destaque para o município de São Luís de Montes Belos-GO): C (2000) e D (2010), segundo municípios, Estado de Goiás, Brasil.



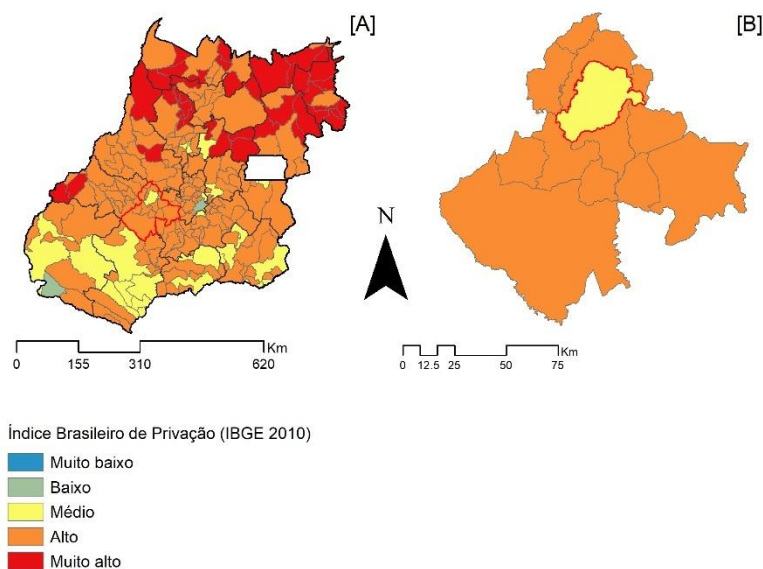
Fonte: IBGE, 2025

Já o Índice Brasileiro de Privação busca informar os níveis de privação material ou os níveis de posição socioeconômica em relação a diferentes recortes territoriais (setores censitários, municípios, estados, macrorregiões, estados, macrorregiões e nacional). Foi desenvolvido/elaborado por pesquisadores(as) do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia) e da Universidade de Glasgow-Escócia, dentro do projeto SPHI (*Social Policy & Health Inequalities*). O índice considera em seu cálculo informações acerca de renda, escolaridade e condições do domicílio. Na renda, considera-se

o percentual de domicílios com renda per capita inferior a 1/2 salário mínimo, enquanto na escolaridade, considera-se o percentual de pessoas analfabetas com idade igual ou superior a 7 anos, enquanto nas condições dos domicílios, considera-se o percentual de domicílios com acesso inadequado a saneamento básico e sem água encanada, coleta de lixo, vaso sanitário e banheiros (<https://cidacs.bahia.fiocruz.br/ibp/>).

O estado de Goiás apresenta um cenário com a maioria com municípios com alta privação, mas com muito alta privação especificamente no Norte do estado. Já no sul verifica-se média privação. A região de Região de Saúde de Oeste II possui a maioria dos municípios com alta privação, à exceção de São Luís de Montes Belos, que apresenta um padrão de média privação (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição espacial do índice brasileiro de privação, A (Estado - destaque para Região de Saúde); B Região de Saúde (destaque para região de saúde e município de São Luís de Montes Belos-GO) segundo municípios, Goiás, Brasil, 2010.



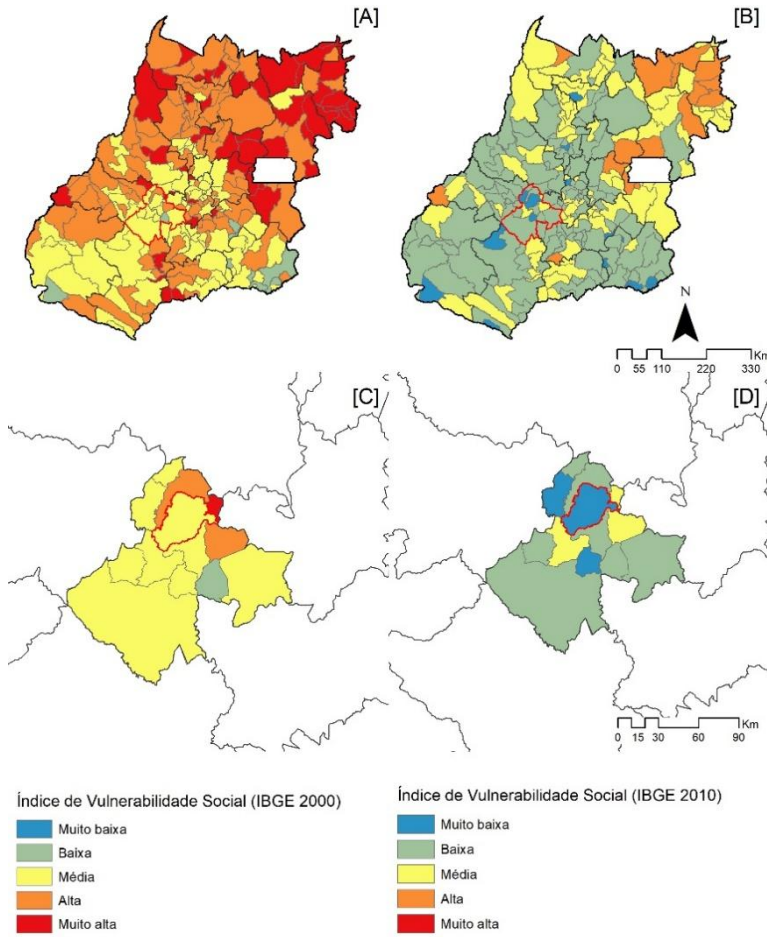
Fonte: IBGE, 2025

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) representa as condições sociais no território, baseadas em dados censitários (disponíveis nos anos de 2000 e 2010). Dentre as condições analisadas, são conformados e considerados 16 indicadores, organizados em 3 dimensões: infraestrutura urbana (acesso a serviços básicos para a população) capital humano, e condições de trabalho e renda. Para a infraestrutura urbana, o indicador considera dados de coleta de lixo, água e esgoto inadequados, e tempo de deslocamento de casa para o trabalho; no capital humano considera-se a mortalidade infantil, crianças de 0 a 5 anos e 6 a 14 anos fora da escola,

crianças que não estudam, não trabalham e baixa renda, mães jovens de 10 a 17 anos, mães que não possuem ensino fundamental e com filhos até os 15 anos, pessoas analfabetas, e crianças residentes em domicílios com ninguém sem ensino fundamental completo; enquanto na dimensão de renda e trabalho, são analisados os indicadores renda menor ou igual a R\$ 255,00 (padrão utilizado nos anos do censo), pessoas de baixa renda e dependência de pessoas idosas, proporção de desocupação, trabalho infantil e ocupação informal em pessoas sem ensino fundamental. Esses indicadores foram combinados para gerar um índice que varia de 0 a 1, onde 0 indica menor vulnerabilidade, enquanto 1 indica alta vulnerabilidade (<https://ivs.ipea.gov.br/>).

Ao longo do tempo, este índice apresenta melhoria no Estado de Goiás, com a maioria dos municípios passando de classificações de alta e média vulnerabilidade, para baixa. Registra-se, entretanto, alta vulnerabilidade na região nordeste do estado. Por sua vez, a Região de Saúde de Oeste II tem inicialmente maioria de municípios com índices de média vulnerabilidade social, passando a ser maioria com baixa vulnerabilidade em 2010. Este cenário ainda pode ser melhor, quando forem avaliados os dados do censo de 2022 (Figura 6).

Figura 6 - Distribuição espacial do índice de vulnerabilidade social no Estado de Goiás (destaque para Região de Saúde): A (2000) e B (2010); e na Região de Saúde (destaque para o município de São Luís de Montes Belos-GO): C (2000) e D (2010), segundo municípios, Estado de Goiás, Brasil.



Fonte: IBGE, 2025

4. Epidemiologia da Doença de Chagas e a Relevância da Linha de Cuidado

A DC representa uma condição infecciosa, destacando-se no Brasil pela elevada expressão de morbimortalidade trazendo grande desafio para o SUS. Estimativas mais recentes apontam entre 1,9 milhão e 4,6 milhões de pessoas infectadas por *T. cruzi* no Brasil, correspondendo à variação de 1,0 a 2,4% da população brasileira. Ressalta-se que persistem muitas fragilidades referentes a fontes de dados que traduzam a real magnitude da doença no País, o que demanda ainda a abordagem principal por meio de estimativas.

Os desafios ampliam-se diante das estimativas realizadas em 2015 em que mais de 90% das pessoas acometidas por DC no mundo não possuem acesso a diagnóstico e que menos de 1% têm acesso a tratamento, o que reafirma o elevado impacto em contextos de grande desigualdade social.

Apesar dos expressivos avanços no controle vetorial para a principal espécie vetora introduzida no País (*Triatoma infestans*) e na hemovigilância no Brasil, como também em vários países latino-americanos, especialmente a partir de iniciativas intergovernamentais deflagradas na década de 1990, persiste como grave problema de saúde pública. São milhões de pessoas cronicamente infectadas globalmente, muitas delas com complicações cardíacas e/ou digestivas, neurológicas, dentre outras, além de cerca de 10 mil óbitos anualmente relacionados. A DC crônica com expressão clínica sem o adequado manejo clínico e cuidado, ampliam os riscos de progressão, como também da necessidade de atenção em serviços de saúde de média e alta complexidade tecnológica.

Este cenário epidemiológico realça o desafio mantido de dimensionar a existência da doença com fortalecimento de ações sustentáveis da vigilância em saúde nos territórios da APS, com investigação qualificada visando a adoção de políticas públicas e estratégias efetivas no SUS mais adequadas para garantia de acesso a diagnóstico, tratamento e atenção integral a milhares de pessoas, cidadãos e cidadãs.

Amplia-se, portanto, a necessidade de estruturação da Linha de Cuidado como estratégia organizadora em saúde com acompanhamento e *continuum* de cuidado integrado à vigilância, promovendo comunicação entre gestores(as) equipes, serviços de saúde e pessoas. Representa condição essencial para garantia de resolutividade do SUS e de cuidado integral às pessoas acometidas por DC ou por qualquer outra condição crônica desafiadora. A atuação da APS, portanto, é central neste processo, por se constituir como espaço estratégico para viabilização de acesso ao cuidado.

Ressalta-se o protagonismo do estado de Goiás no enfrentamento à DC por ter instituído desde 2013 uma política de notificação obrigatória (compulsória) em

nível estadual para casos de DCC, o que tem sido essencial para maior divulgação da DC, principalmente no âmbito da vigilância epidemiológica. Agora, o município de SLMB segue construindo modelos para promover atenção e cuidado as pessoas diagnosticadas em seu território.

Soma-se a esse cenário exitoso, a estratégia de vigilância da transmissão vertical com o “*Teste da Mamãe*”, em execução em Goiás desde o ano de 2003, por meio do Programa de Proteção à Gestante de Goiás, onde há a realização de testes para triagem de doenças infecciosas em gestantes, incluindo a triagem para DC.

No estado de Goiás, para o período de 2013–2023, foram registrados 7.802 casos de DCC, com taxa de prevalência média de 10,25 casos por 100.000 habitantes. As maiores taxas de prevalência foram registradas nas regiões de saúde de Nordeste II (49,06 casos/100.000 habitantes) e Oeste II (31,14 casos/100.000 habitantes).

Em São Luís de Montes Belos, no período de 2014 a 2023, foram registrados 208 casos, taxa média de 62,02/100.000 habitantes, acima do que foi registrado para a região de saúde. Importante seguir reconhecendo quem são estas pessoas, como elas estão e se estão inseridas na Linha de Cuidado em construção.

5. Procedimentos Metodológicos

Para a composição deste Boletim foi realizado análise em banco de dados secundário e primário, resultantes do projeto IntegraDTNs. O conjunto de dados permitiu a construção de indicadores capazes de retratar aspectos epidemiológicos e operacionais, necessários para compreender a distribuição dos casos ao longo do tempo para o município, assim como a distribuição dos casos para as diferentes áreas de atuação das 10 unidades de APS que cobrem 100% da sua população.

5.1. Registro nos sistemas de informação em saúde

Os dados de DCC oriundos do eSUS notifica e do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação, onde casos de DCC eram notificados por uma ficha genérica), referente aos residentes do município de SLMB foi exportado para limpeza e análise. Foram considerados todos os registros lançados até o mês de março de 2025.

As análises descritivas para estes registros foram consolidadas por meio de tabelas e gráficos de série temporal, avaliando o número de casos e as taxas de detecção por ano (segundo o ano do diagnóstico) para cada 100 mil habitantes.

Foram incluídos os casos com diagnóstico em anos anteriores a 2020, momento em que foi realizada publicação da portaria nº 1.061 (de 18 de maio de 2020) para notificação dos casos crônicos (nacional) e em 2013, após resolução 004 da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Com base nos casos apresentados ao longo do tempo, foi possível avaliar o impacto das ações do projeto IntegraChagas Brasil, em parceria com a gestão municipal de SLMB, na identificação e notificação de casos de DCC nos anos de 2024 e 2025, no período de utilização de Testes Rápidos de triagem e confirmação sorológica posterior.

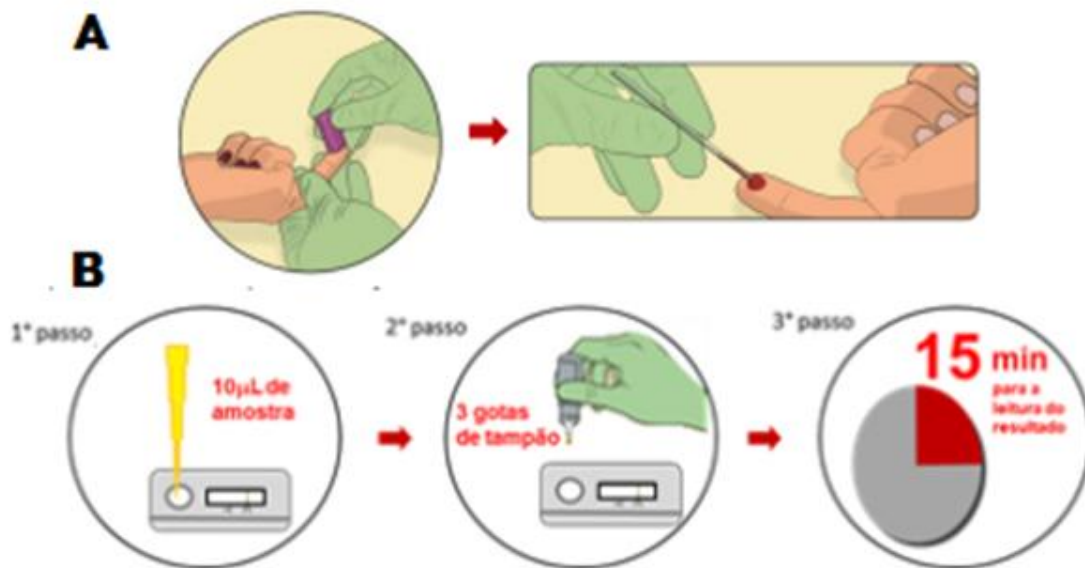
5.3. Testes rápidos de triagem, confirmatórios e classificação clínica

Os testes rápidos de fluxo lateral são ferramentas diagnósticas que possibilitam resultados mais rápidos, não requerem o uso de infraestrutura laboratorial, de baixo custo, de fácil execução e podem ser utilizados próximos ao paciente, em sua residência ou no ambiente ambulatorial, possibilitando o resultado imediato.

Os testes rápidos são de importância estratégica para programas governamentais de atenção à saúde pública, uma vez que oferecem vantagens, tais como: rapidez de resultado (máximo de 20 minutos); treinamento simples para os usuários; facilidade de transporte, levando-os para locais de difícil acesso a fim de viabilizar o diagnóstico rápido para as populações mais remotas. Devido à facilidade de estocagem e de transporte, o kit utilizado, composto por dispositivos leves e resistentes, possui uma grande amplitude térmica em sua utilização que pode ser mantido, em geral, entre 2° e 30°C para armazenamento. Portanto, os testes rápidos podem ser utilizados em campanhas por todo o país, garantido à população o acesso ao diagnóstico desejado.

Para executar o Teste Rápido de triagem (TR Chagas Bio-Manguinhos), certifique-se que todos os componentes do kit a serem testados estejam à temperatura ambiente. Vale lembrar que esse suporte só poderá ser retirado do seu envoltório no momento de realização do procedimento, pois os testes expostos ao ambiente por muito tempo sofrem ação da umidade local, o que pode interferir na interpretação do resultado. Após a devida higienização e punção digital, com uma micropipeta, fornecida no kit, coletam-se 10 µl de sangue total e aplicados no poço S do cassete montado seguidos de 03 gotas de tampão de corrida. Por capilaridade, a migração ocorre em todo o sistema. Após a aplicação do tampão da amostra, aguardam-se 15 minutos para interpretação dos resultados. Essa visualização pode ser realizada até o 20º minuto após a adição do tampão de corrida (Figura 7).

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



A: Higienização e coleta de punção digital; B: procedimento do teste em 3 etapas (1 – aplicação da amostra no orifício S do suporte do teste; 2 – aplicação do tampão de corrida; 3 – Interpretação dos resultados após 10 minutos de aplicação do tampão de corrida [não ultrapassando os 15 minutos]).

Fonte: Adaptado de Bio-Manguinhos

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

A oferta do Teste Rápido de triagem (TR Chagas Bio-Manguinhos), realizado nas unidades de saúde do município de SLMB, ocorreu após a construção de fluxos assistenciais e a formação de todos os profissionais atuantes na APS para aconselhamento e testagem. O público-alvo prioritário incluiu:

- 1) Pessoas com diagnóstico anterior de DC
- 2) Pessoas com sinais e sintomas de DC
- 3) Pessoas com vínculo epidemiológico
- 4) Pessoas que vivem em unidade domiciliar com presença de barbeiro (passado ou presente)
- 5) Pessoas em condições de imunossupressão
- 6) Mulher em idade fértil e
- 7) Pessoas que vivem em comunidade com 30% ou mais dos cães positivos para a infecção por *T. cruzi*.

O projeto tem a expectativa de testar mais de 15 mil pessoas em todo o município, representando mais de 40% da sua população. A meta de testagem de cada unidade de saúde está baseada na população de referência atendida pelas unidades de saúde, usando como base de dados para este reconhecimento o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Antes de realizar o teste rápido de triagem, as pessoas participantes da pesquisa são aconselhadas e assinam o termo de consentimento livre e esclarecido e termo de assentimento (para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos).

Os dados são registrados no sistema REDCap (*Research Electronic Data Capture*), um software utilizado em pesquisas científicas, monitoramento de indicadores de qualidade e gestão de fluxos operacionais. O REDCap é um software livre, podendo ser instalado por instituições de ensino, pesquisa ou governamentais. O projeto IntegraChagas Brasil utiliza da instalação do REDCap instalada na infraestrutura de informática disponibilizada pelo INI/Fiocruz.

Os dados dos participantes da pesquisa são inicialmente registrados em instrumento disponível pelo REDCap. O instrumento eletrônico dispõe de variáveis sociodemográficas, de conhecimento relacionado a DC e aspectos clínicos. Após o preenchimento deste instrumento, as pessoas usuárias são direcionadas para realização do aconselhamento e do Teste Rápido de triagem de triagem.

Seguem para a confirmação sorológica as pessoas participantes com resultado do Teste Rápido de triagem com resultado positivo ou inconclusivo, ou ainda pessoas com diagnóstico prévio de DC e que tenham tido resultado do Teste Rápido de triagem negativo.

O resultado da sorologia é informado à pessoa participante, durante o aconselhamento pós-teste. Pessoas com sorologia negativa têm sua participação finalizada na pesquisa, com orientações sobre contexto de vulnerabilidade e a necessidade de seguir na mobilização de familiares e pessoas de sua rede social para a realização da testagem. Já os casos confirmados de DC vão iniciar o seguimento, com registro em novo instrumento eletrônico disposto no REDCap. A equipe de profissionais de saúde segue registrando dados acerca de avaliação clínica, estadiamento da DC e tratamento etiológico (mediante indicação).

Para a pesquisa, a pessoa usuária conclui a sua participação neste momento. Os dados apresentados neste Boletim podem apresentar pequenas diferenças em relação ao que está sendo realizado em cada unidade de saúde, considerando o uso em alguns momentos (falta da rede de internet) do formulário físico, que pode ainda não estar digitado.

Dentro dos objetivos e metas do Projeto IntegraChagas Brasil, foi elaborado escore específico simples para avaliação de risco e vulnerabilidade de cada pessoa participante, 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 DC
- Residente em unidade domiciliar (UD) com presença de triatomíneos (no passado ou atual)

Cada uma das categorias possui peso igual a 1, e são somadas para compor um escore que varia de 0 a 7. Quanto maior o escore, maior a condição de vulnerabilidade no escopo do projeto. As variáveis que compõem este escore foram coletadas na primeira abordagem da equipe de saúde com a pessoa participante, por meio da ficha única de triagem.

Os dados referentes ao teste rápido de triagem, realização de sorologias e seguimento para definição da forma clínica e tratamento etiológico, foram apresentados em tabelas e gráficos. Estes dados podem não representar a realidade, mediante a não alimentação do REDCap, processo em constante monitoramento.

6. Resultados

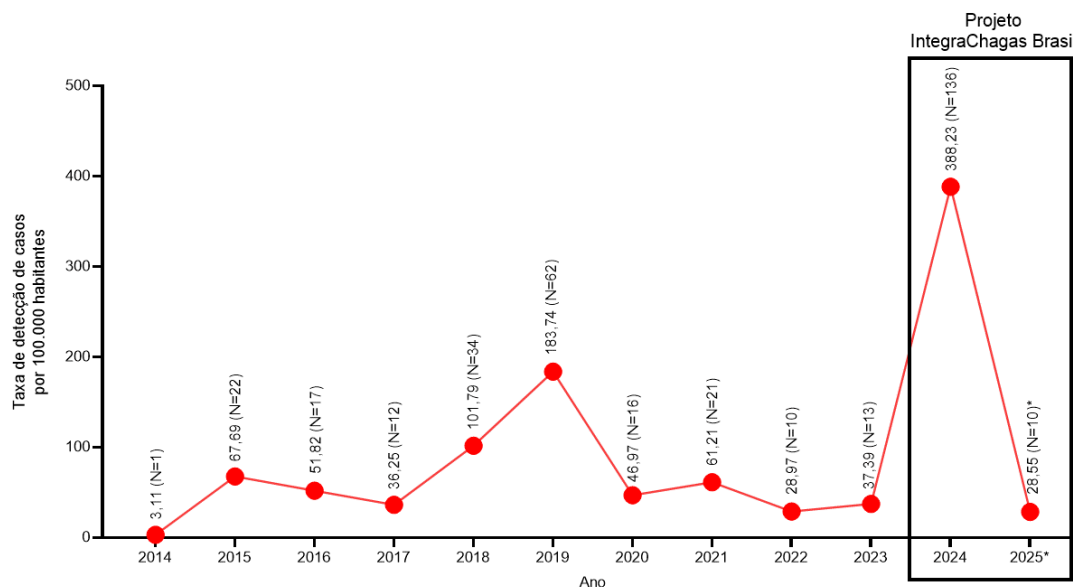
6.1. Registros nos sistemas de informações SINAN e eSUS notifica

São Luís de Montes Belos possui dois períodos de notificação de casos de DCC, o primeiro, envolvendo o período de 2013 a 2023, e o segundo de 2024 até o tempo presente. Inicialmente, os dados foram registrados no SINAN, por uma ficha de notificação compulsória simplificada estruturada pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. No total, foram reconhecidos 208 casos ao longo deste período, com a maioria dos casos registrados em 2019. Neste ano, a taxa de detecção foi de 183,74 casos por 100.000 habitantes (N=62).

Com a implementação e uso do eSUS notifica pelo Ministério da Saúde, ocorrido ao longo do projeto IntegraChagas Brasil, foram registrados 146 casos, principalmente em 2024 (Figura 8). Neste ano a detecção da DC foi de 388,23 casos por 100.000 habitantes (N=136), o mais elevado da série histórica. No entanto, é importante destacar que nem todos representam casos novos. Parte dos casos já tinha diagnóstico prévio, e foram incluídos no Projeto IntegraChagas

Brasil após a realização do teste rápido e ou sorologia, passando ser notificados e incluídos na Linha de Cuidado.

Figura 8 - Taxa de detecção e número de casos (entre parênteses) de doença de Chagas crônica, São Luís de Montes Belos-GO, 2014-2025*.



Fonte: SINAN (2014-2023), eSUS notifica 2024-2025* (dados parciais)

Na série histórica em análise, é possível reconhecer 354 casos notificados de DCC, a maioria com registro no SINAN (N=208, 58,8%), enquanto o eSUS notifica foi responsável por 41,2% (N=146) em 2024 e 2023. De forma geral, os casos notificados são, em sua maioria, do sexo feminino (N=203, 57,3%), raça/cor parda (N=153, 43,2%), residentes na zona urbana (N=316, 89,3%), e com idade de 70 anos ou mais (N=160, 45,2%).

Tabela 1 - Número e percentual de casos de doença de Chagas crônica notificados no SINAN (2014-2023) e no eSUS notifica (2024-2025*). São Luís de Montes Belos, Goiás.

Variáveis	SINAN		eSUS notifica		Total	
	N	%	N	%	N	%
Total	208	58,8	146	41,2	354	100,0
Sexo						
Feminino	114	54,8	89	61,0	203	57,3
Masculino	94	45,2	57	39,0	151	42,7
Raça/cor						
Branca	78	37,5	33	22,6	111	31,4

Preta	16	7,7	9	6,2	25	7,1
Amarela	1	0,5	23	15,8	24	6,8
Parda	76	36,5	77	52,7	153	43,2
Indígena	1	0,5	0	0,0	1	0,3
Sem registro	36	17,3	4	2,7	40	11,3
Faixa etária (em anos)						
15-29	1	0,5	1	0,7	2	0,6
30-39	2	1,0	1	0,7	3	0,8
40-49	12	5,8	3	2,1	15	4,2
50-59	28	13,5	17	11,6	45	12,7
60-69	73	35,1	56	38,4	129	36,4
≥70	92	44,2	68	46,6	160	45,2
Zona de residência						
Urbana	184	88,5	132	90,4	316	89,3
Rural	19	9,1	9	6,2	28	7,9
Periurbana	0	0,0	4	2,7	4	1,1
Ignorado	5	2,4	1	0,7	6	1,7

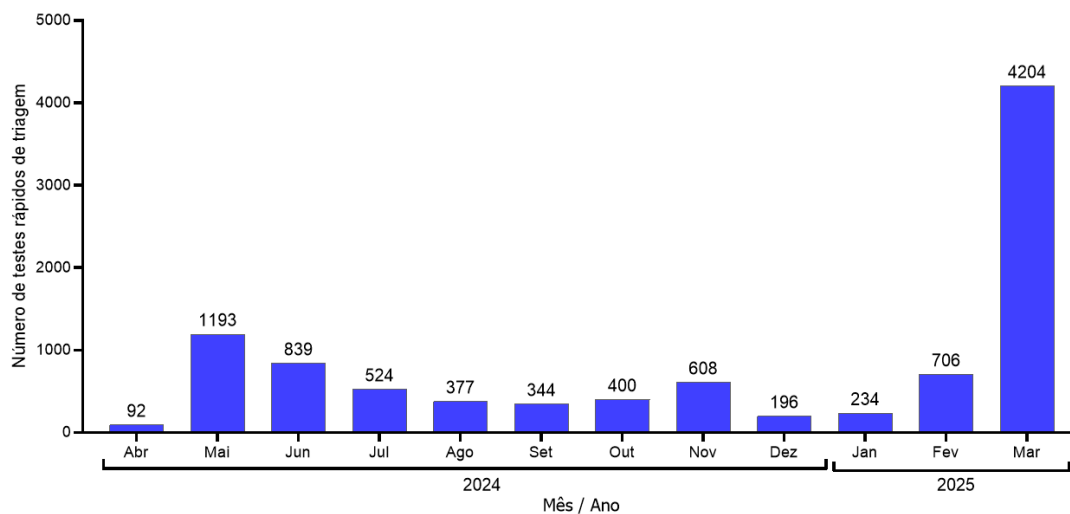
Fonte: SINAN (2014-2023), eSUS notifica 2024-2025* (dados parciais)

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

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

No período de abril de 2024 a março de 2025 foram avaliadas por meio do Teste Rápido de triagem 9.717 pessoas, o que representa 63,9% da meta prevista de testagem. A maioria dos testes rápidos de triagem foi realizada no mês de março de 2025 (em meio a atividades de intensificação de testagem na APS e de campanha) (Figura 9).

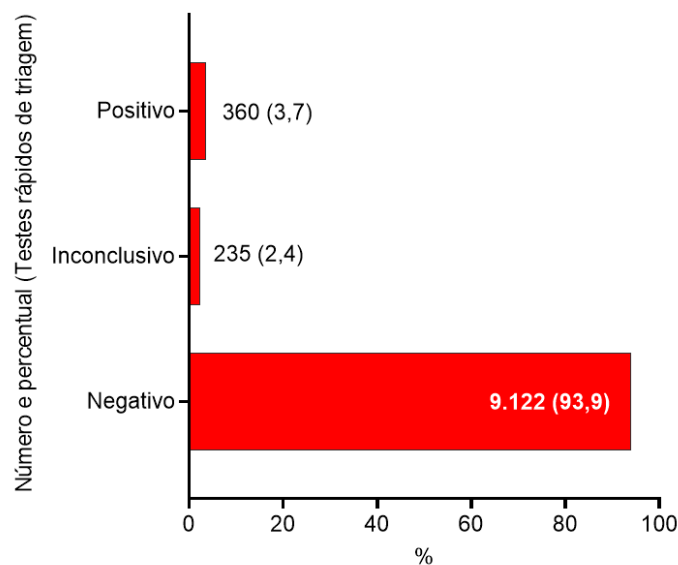
Figura 9 - Número de Testes Rápidos de triagem realizados segundo mês e ano de testagem. Testes realizados de 08 de abril de 2024 a 23 de março de 2025. São Luís de Montes Belos, Goiás.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Do total de pessoas testadas, 360 (3,7%) apresentaram resultado de Teste Rápido de triagem positivo e 235 (2,4%), inconclusivo (Tabela 1, Figura 10). Todos estes casos foram encaminhados para a sorologia.

Figura 10 - Número de Testes Rápidos de triagem realizados segundo resultado no período de 08 de abril de 2024 a 23 de março de 2025. São Luís de Montes Belos, Goiás.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A maioria das pessoas testadas era do sexo feminino (5.986, 61,6%), com idade entre 50 e 59 anos (1.787, 18,4%), residentes em áreas urbanas (8.877, 91,4%), de raça/cor parda (5.995, 61,7%), e com ensino médio completo (2.964, 30,5%) (Figura 8C, Tabela 2). Foram testadas 221 (2,3%) gestantes, com 9 (3,8%) apresentando teste rápido inconclusivo. Todos estes casos foram encaminhados para sorologia (Tabela 1).

Segundo o escore de risco/vulnerabilidade individual do projeto, a maioria das pessoas testadas encontrava-se no escore 2 (n=3.198, 32,9%) ou 3 (n=2.280, 23,5%). Valores acima de 4 foram registrados em 1.776 pessoas testadas (18,3%), com proporção ainda maior entre as que tiveram Teste Rápido de triagem positivo (160, 44,4%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e percentual de testes Rápidos de triagem realizados no âmbito do Projeto IntegraChagas Brasil, segundo variáveis sociodemográficas, de conhecimento sobre a DC e aspectos clínicos. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.

Variáveis	Positivo	Inconclusivo	Negativo	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Total	360 (3,7)	235 (2,4)	9.122 (93,9)	9.717 (100,0)
Sexo				
Masculino	132 (36,7)	59 (25,1)	3.536 (38,8)	3.727 (38,4)
Feminino	228 (63,3)	176 (74,9)	5.582 (61,2)	5.986 (61,6)
Ignorado, não quer responder	-	-	4 (0,0)	4 (0,0)
Faixa etária				
<15	6 (1,7)	-	130 (1,4)	136 (1,4)
15 a 29	19 (5,3)	31 (13,2)	1.882 (20,6)	1.932 (19,9)
30 a 39	13 (3,6)	23 (9,8)	1.388 (15,2)	1.424 (14,7)
40 a 49	30 (8,3)	38 (16,2)	1.694 (18,6)	1.762 (18,1)
50 a 59	61 (16,9)	52 (22,1)	1.674 (18,4)	1.787 (18,4)
60 a 69	113 (31,4)	48 (20,4)	1.312 (14,4)	1.473 (15,2)
≥70	118 (32,8)	43 (18,3)	1.042 (11,4)	1.203 (12,4)
Zona de residência				
Urbana	307 (85,3)	219 (93,2)	8.351 (91,5)	8.877 (91,4)
Rural	51 (14,2)	16 (6,8)	753 (8,3)	820 (8,4)

Periurbana	2 (0,6)	-	15 (0,2)	17 (0,2)
Não lembra ou não quer responder	-	-	3 (0,0)	3 (0,0)
Raça/cor				
Branca	133 (36,9)	92 (39,1)	2.652 (29,1)	2.877 (29,6)
Parda	197 (54,7)	123 (52,3)	5.675 (62,2)	5.995 (61,7)
Preta	30 (8,3)	17 (7,2)	529 (5,8)	576 (5,9)
Amarela	-	2 (0,9)	69 (0,8)	71 (0,7)
Indígena	-	1 (0,4)	2 (0,0)	3 (0,0)
Outras	-	-	16 (0,2)	16 (0,2)
Não lembra ou não quer responder	-	-	179 (2)	179 (1,8)
Escolaridade/Ensino				
Nenhuma	21 (5,8)	6 (2,6)	253 (2,8)	280 (2,9)
Fundamental incompleto	183 (50,8)	79 (33,6)	2231 (24,5)	2.493 (25,7)
Fundamental completo (até o 9º ano)	37 (10,3)	25 (10,6)	784 (8,6)	846 (8,7)
Médio incompleto	17 (4,7)	19 (8,1)	764 (8,4)	800 (8,2)
Médio completo	68 (18,9)	66 (28,1)	2830 (31)	2.964 (30,5)
Superior incompleto	9 (2,5)	11 (4,7)	451 (4,9)	471 (4,8)
Superior completo	22 (6,1)	27 (11,5)	1.607 (17,6)	1.656 (17)
Não sabe, não lembra ou não quer responder	3 (0,8)	2 (0,9)	202 (2,2)	207 (2,1)
Está grávida (Sim)	-	9 (3,8)	212 (2,3)	221 (2,3)
Contexto de risco/vulnerabilidade (Escore)*				
0	5 (1,4)	2 (0,9)	353 (3,9)	360 (3,7)
1	20 (5,6)	29 (12,3)	2.054 (22,5)	2.103 (21,6)
2	76 (21,1)	71 (30,2)	3.051 (33,4)	3.198 (32,9)
3	99 (27,5)	73 (31,1)	2.108 (23,1)	2.280 (23,5)
4	103 (28,6)	39 (16,6)	1.141 (12,5)	1.283 (13,2)
5	49 (13,6)	18 (7,7)	346 (3,8)	413 (4,3)
6	8 (2,2)	3 (1,3)	65 (0,7)	76 (0,8)

7

-

-

4 (0,0)

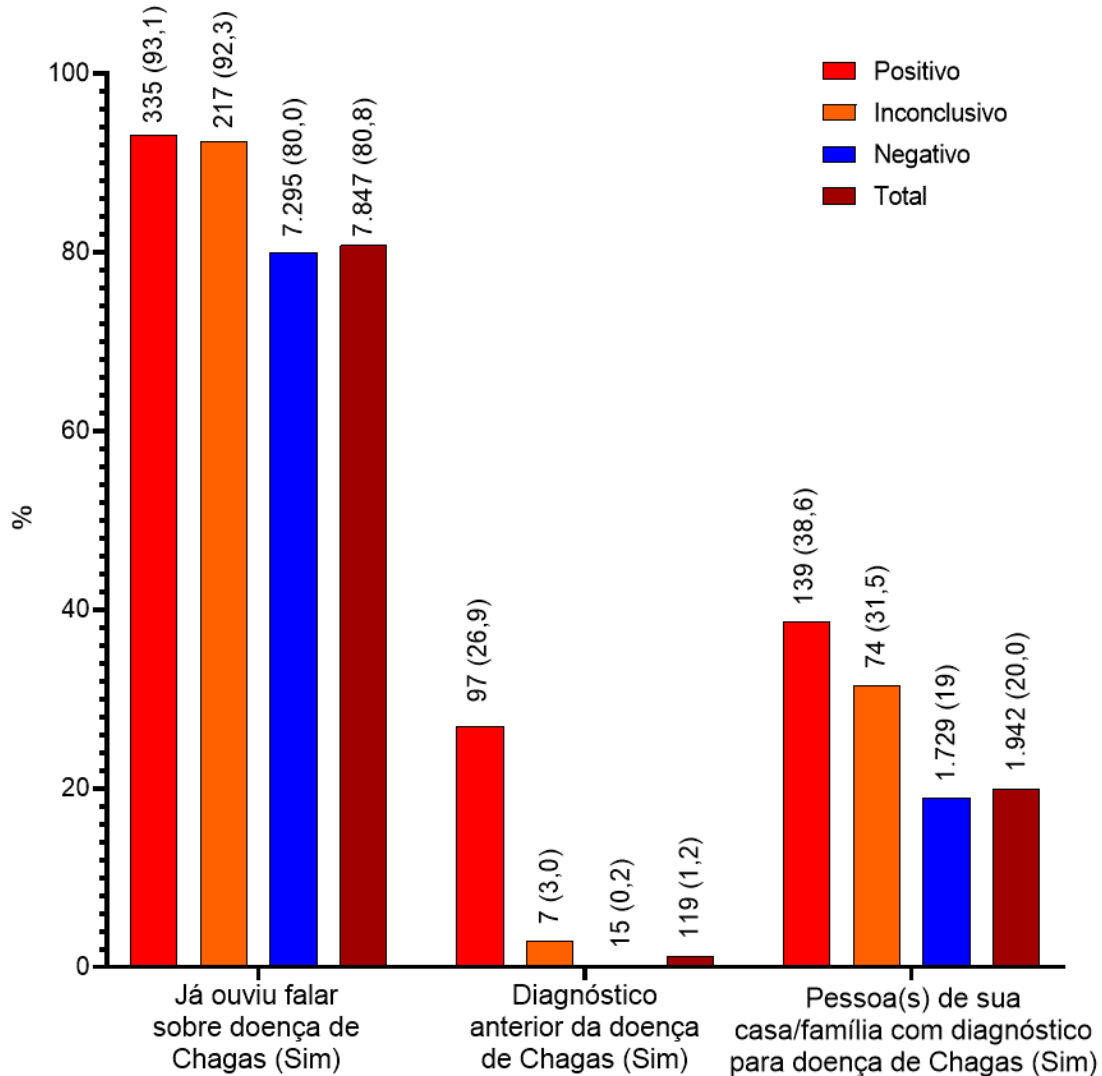
4 (0,0)

Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

**Composto por 7 categorias: Sexo ao nascer (feminino), Faixa etária (50 anos ou mais), zona de residência (rural), cor/raça (parda ou preta), escolaridade (analfabeto ou fundamental incompleto), familiar com diagnóstico (sim) e residente em unidade domiciliar (UD) com presença de triatomíneos (no passado ou atual) (sim) –variação do escore: 0 a 7*

A maioria das pessoas testadas já ouviu falar em DC (7.847, 80,8%), enquanto que 1,2% relatou ter diagnóstico anterior (N=119) e 20% relataram ter algum familiar com a DC (N= 1.942) (Figura 11).

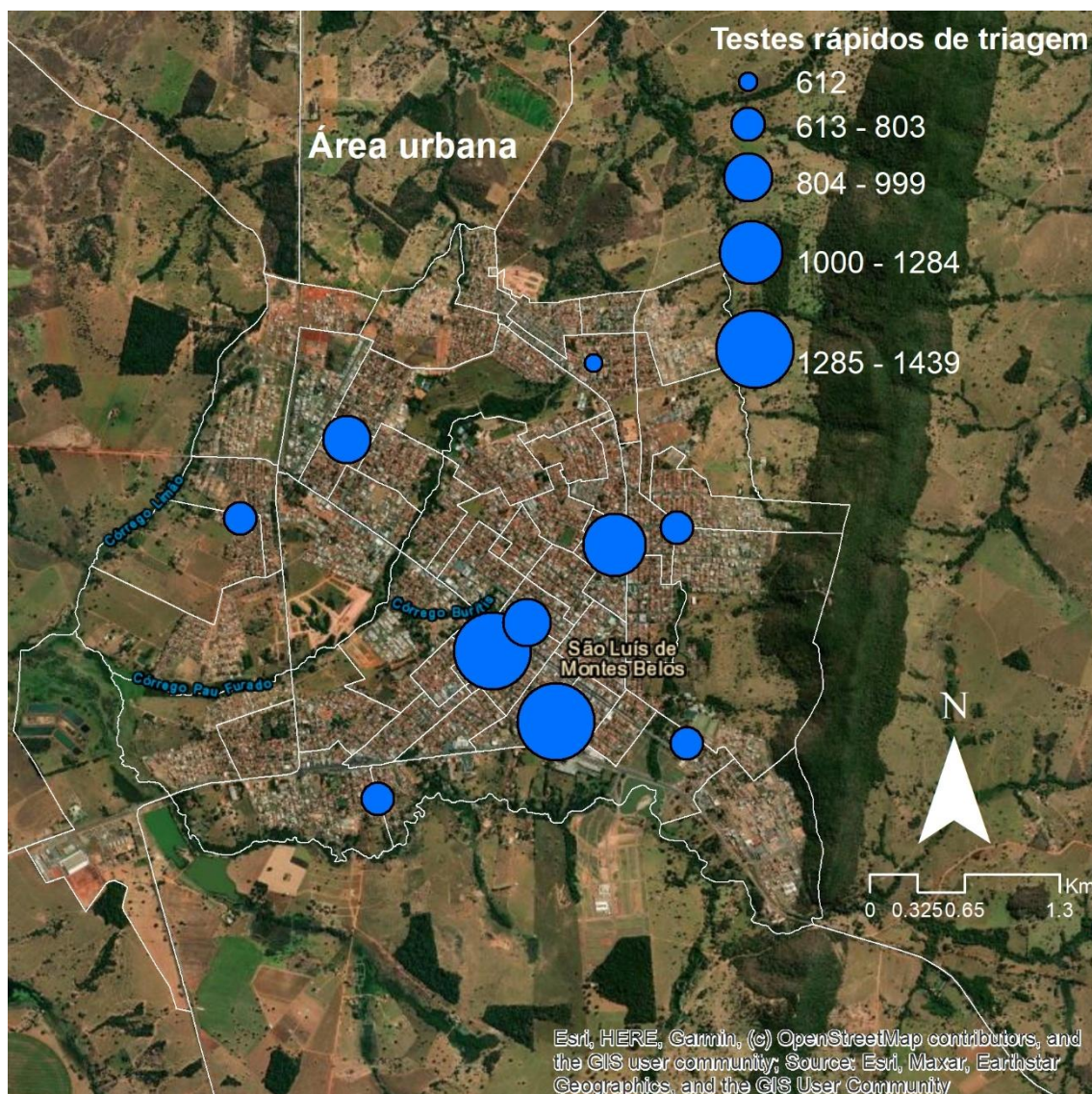
Figura 11 - Número e percentual de pessoas que realizaram o Teste Rápido triagem segundo resultado, conhecimento sobre a doença de Chagas, diagnóstico anterior e presença de familiares com doença de Chagas. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Dentre as 10 unidades de saúde de São Luís de Montes Belos, a UBS Wartene Portela Lopes e a UBS Dona Luzia, realizaram a maioria dos testes rápidos (1.439 e 1.415, respectivamente), ambas as unidades estão localizadas na área urbana do município (Figura 12).

Figura 12 - Distribuição espacial do número total de teste rápido de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a unidade da atenção primária à saúde. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.

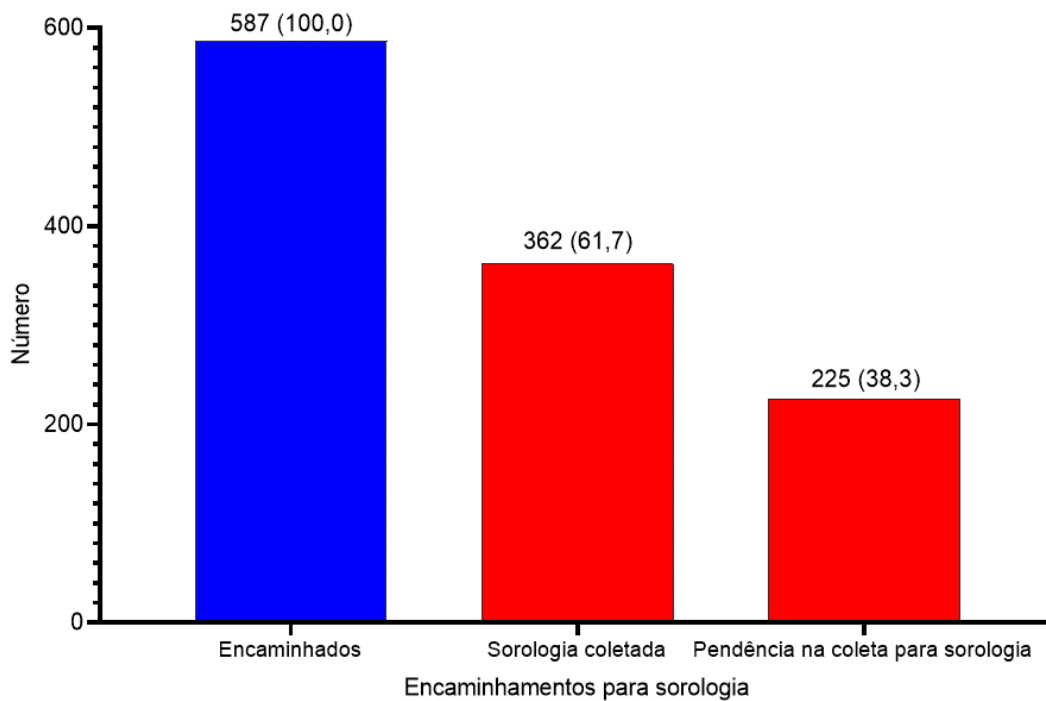


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

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

Foram encaminhadas 587 pessoas para a realização de testes sorológicos confirmatórios para DC. Até o dia 25 de março de 2025, 61,7% (362) já haviam recebido o resultado das sorologias, realizadas pelo Laboratório de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros - Lacen-GO (Figura 13).

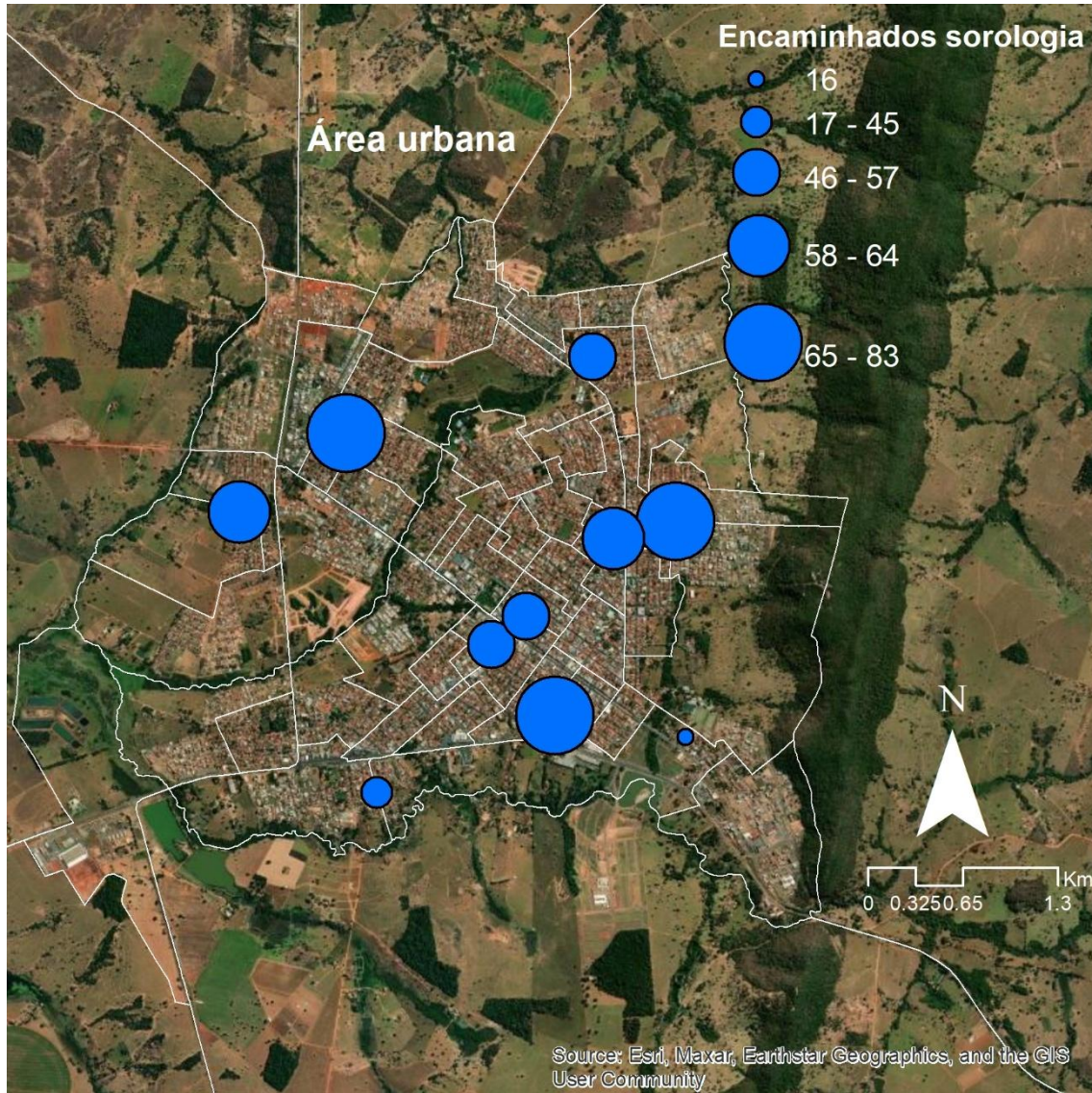
Figura 13 - Número e percentual de pessoas com Teste Rápido de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil e encaminhadas para sorologia confirmatória (por teste rápido positivo, inconclusivo ou negativo [com histórico de doença de Chagas]). São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Localizada ao oeste da área urbana de São Luís de Montes Belos, a UBS Jonas Manoel Dias realizou a maioria dos encaminhamentos para confirmação sorológica de DC (83/587), seguida pela UBS Dona Luzia (79/587) (Figura 14). Ressalta-se a importância de se seguir com a busca ativa e o aconselhamento pelas equipes da APS das 225 pessoas (38,3%) que ainda não fizeram a coleta de amostra de sangue para definição do diagnóstico laboratorial.

Figura 14 - 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 DC]), segundo localização de unidades da atenção primária à saúde. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.

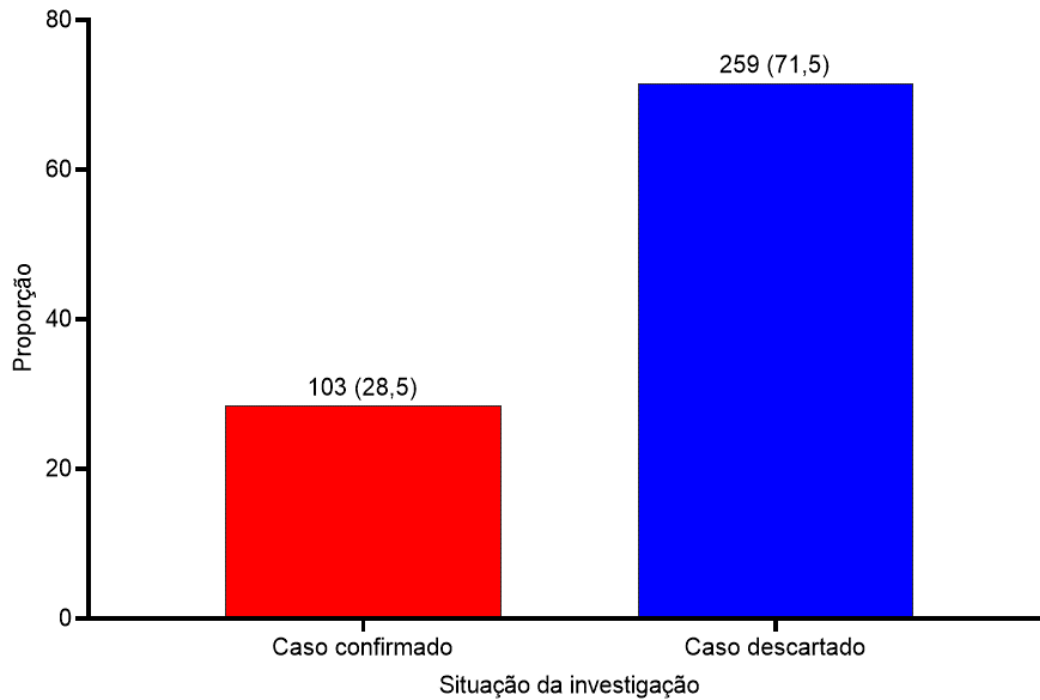


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Testes rápidos de triagem com sorologia confirmatória

Das 362 pessoas participantes que receberam o resultado do teste confirmatório da DC, 103 (28,5%) tiveram a confirmação do diagnóstico, sendo que 10 (9,7%) tiveram Teste Rápido inconclusivo (Figura 15).

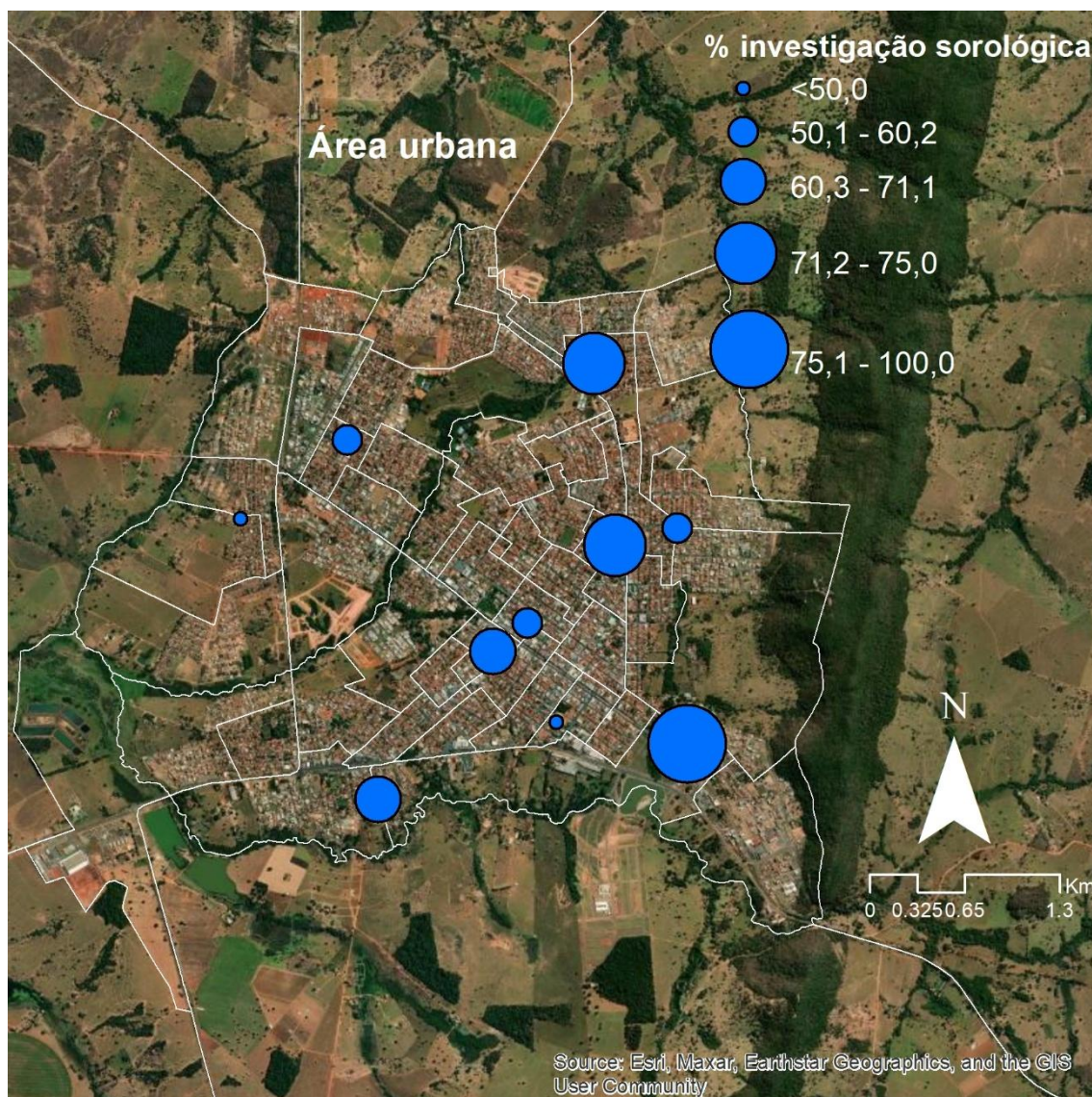
Figura 15 - Número e percentual de pessoas com investigação sorológica de doença de Chagas concluída, segundo resultado. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

As unidades de saúde com maior proporção de retorno da investigação sorológica foram UBS Idelfonso Pires de Paiva (15/16), seguida pela UBS Joaquim Leonardo (48/64) e pela UBS Boanerges da Silva Caires (42/57) (Figura 16).

Figura 16 - Distribuição espacial da proporção de casos com investigação sorológica de doença de Chagas concluída, segundo unidade básica de saúde. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.

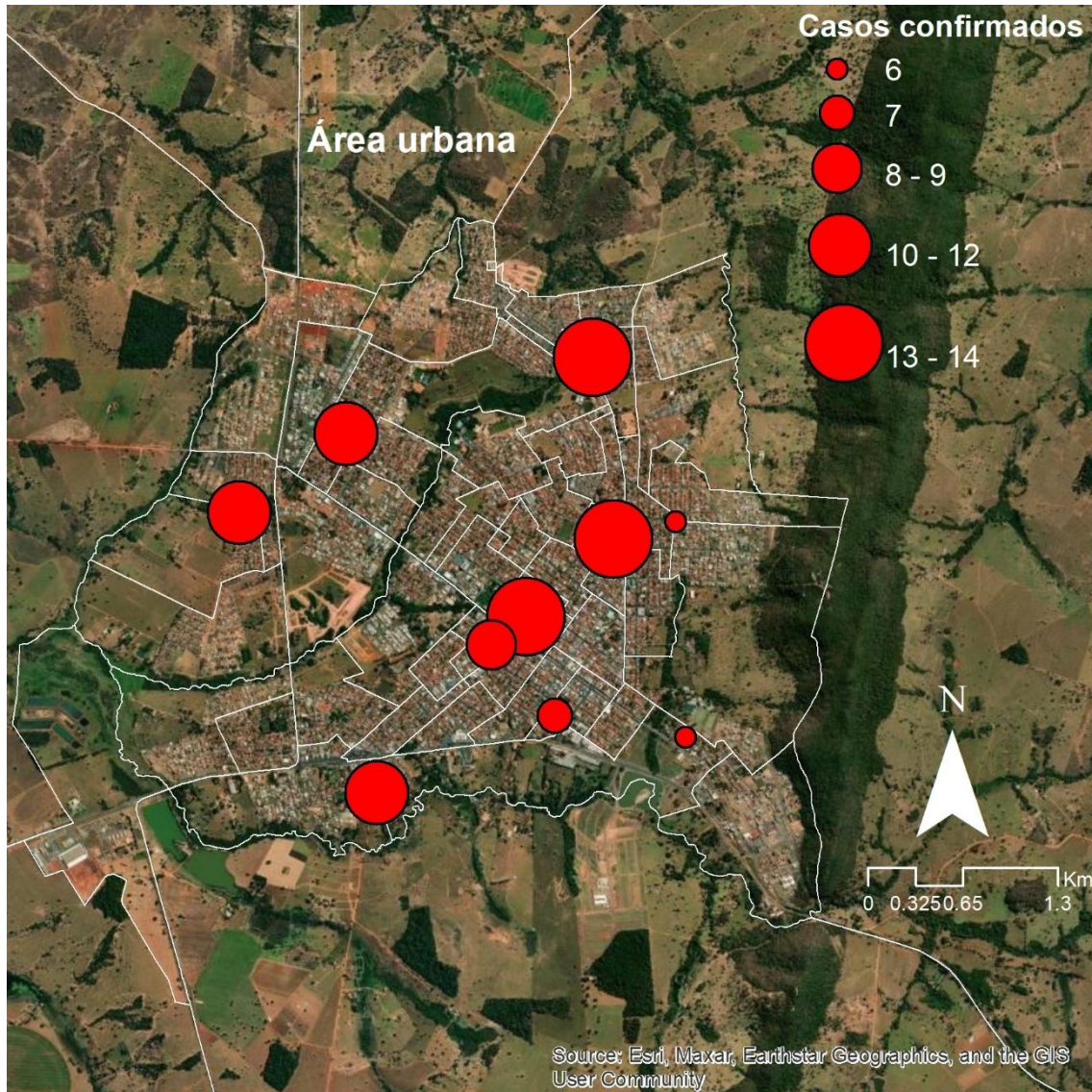


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

6.2.2. Perfil dos casos de DC com confirmação sorológica

A maioria das pessoas com diagnóstico de DCC era atendida na UBS Canuto Dias De Oliveira (14/103), na UBS Boanerges da Silva Caires (13/103) e na UBS Joaquim Leonardo (13/103). Todas são localizadas na área urbana da cidade de São Luís de Montes Belos, porém com microáreas localizadas em zonas rurais (Figura 17).

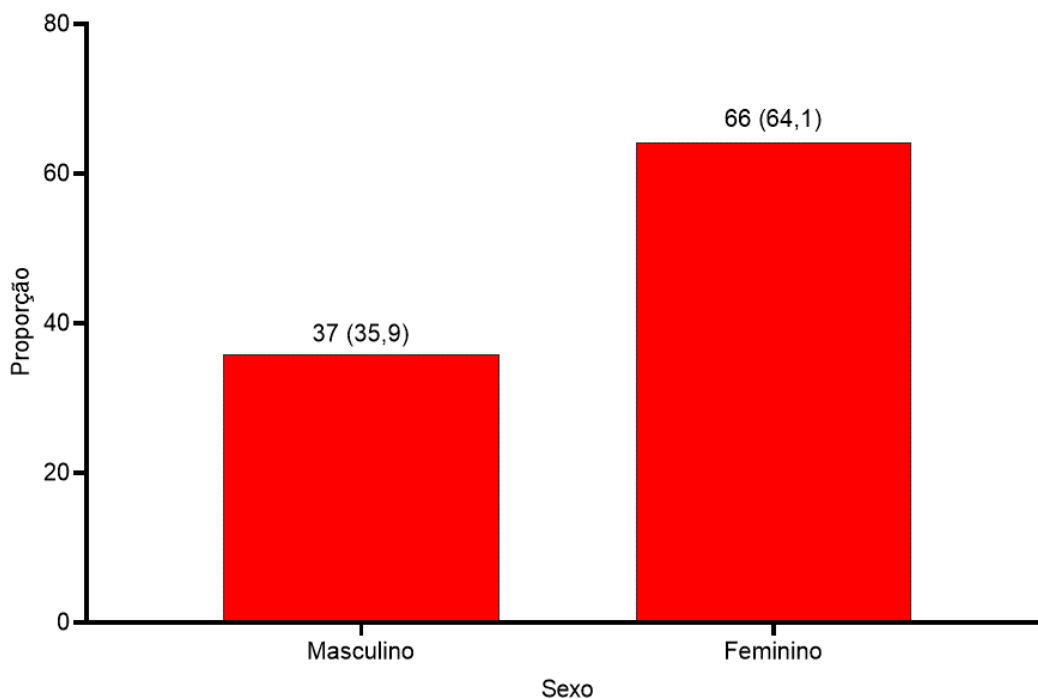
Figura 17 - Distribuição espacial do número de casos de doença de Chagas confirmados com sorologia no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo localização de unidades da atenção primária à saúde. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A maioria das confirmações sorológicas foi verificada em mulheres (64, 66,0%). Essa maior proporção de mulheres é reflexo de um dos públicos-alvo do projeto, as mulheres em idade fértil (MIF), aproximadamente 70% da população esperada (Figura 18). Entre as MIF, não foram identificadas gestantes com diagnóstico de DC.

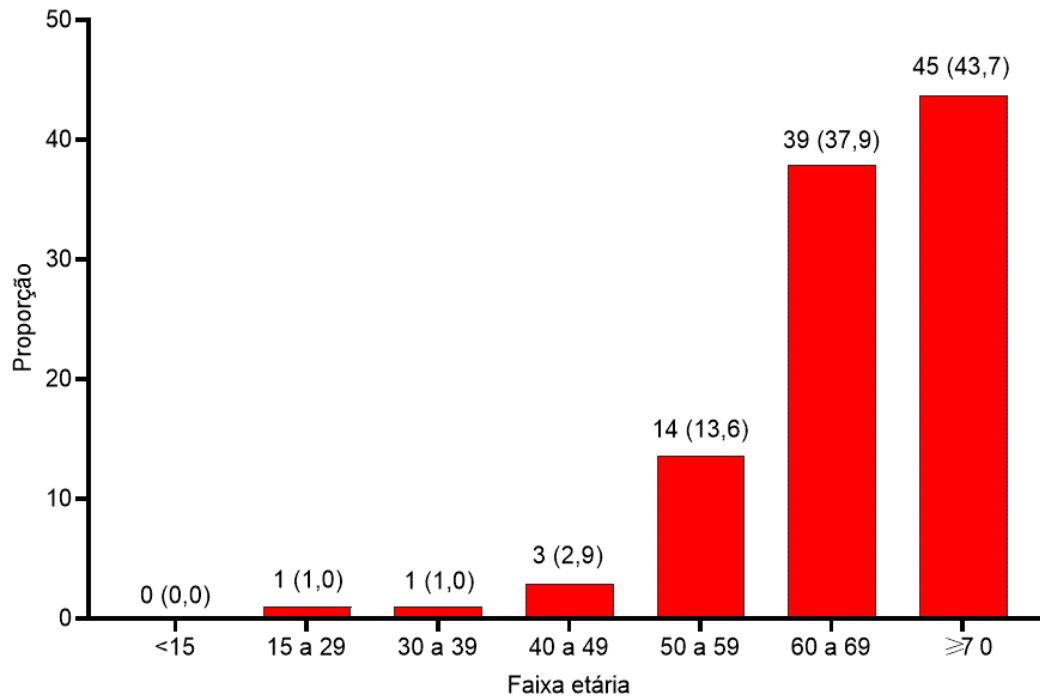
Figura 18 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo sexo. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Em relação às faixas etárias, registra-se 1 caso em pessoa de 15 a 29 anos. A maioria ocorreu em pessoas com 70 anos de idade ou mais (45, 43,7%), seguida por 60 a 69 anos (39, 37,9%) (Figura 19).

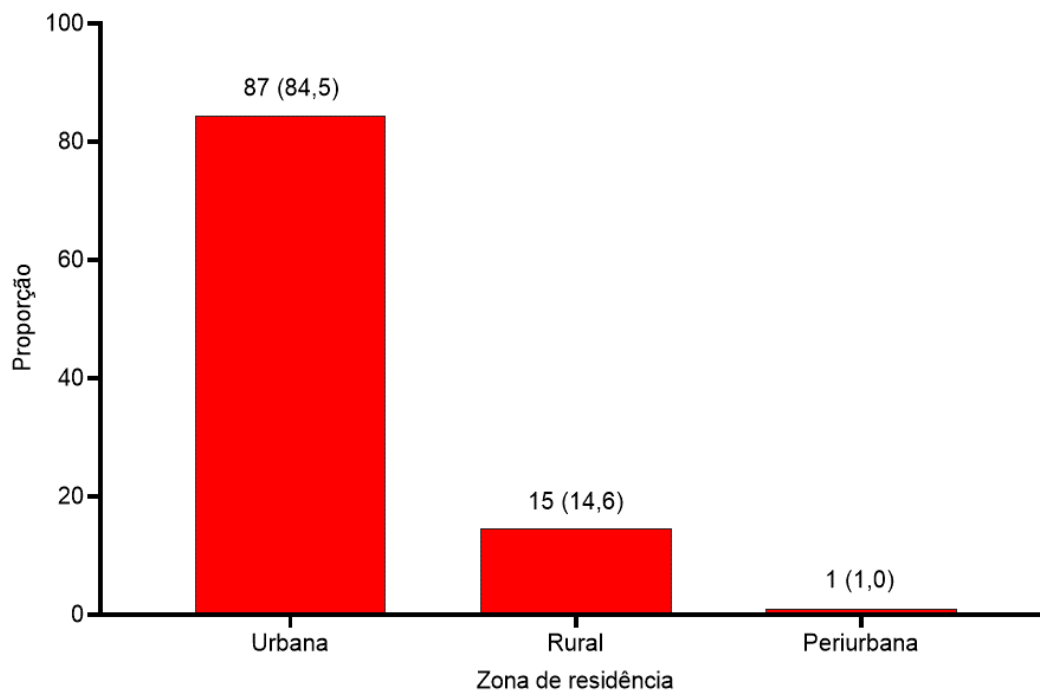
Figura 19 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo faixa etária em anos. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Com uma alta proporção de população em área urbana, a maioria dos testes confirmatórios também foi verificada em população urbana (87, 84,5%). Há de se destacar a ocorrência de 1 (1,0%) caso com relato de viver em área periurbana (Figura 20).

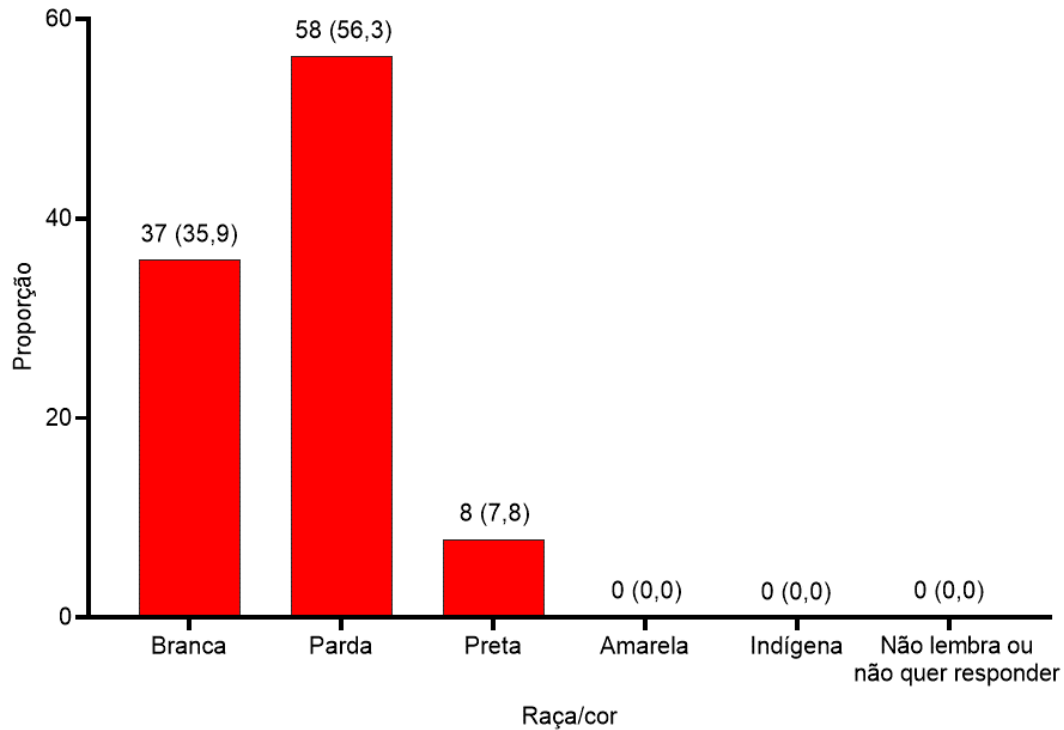
Figura 20 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo zona de residência. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Por ser um município com a maioria da população autodeclarada da raça/cor parda, os testes confirmatórios refletem os perfis censitários, com 56,3% (58) dos testes confirmatórios nesta população, seguida pela raça/cor branca (37, 35,9%) e preta (8, 7,8%) (Figura 21).

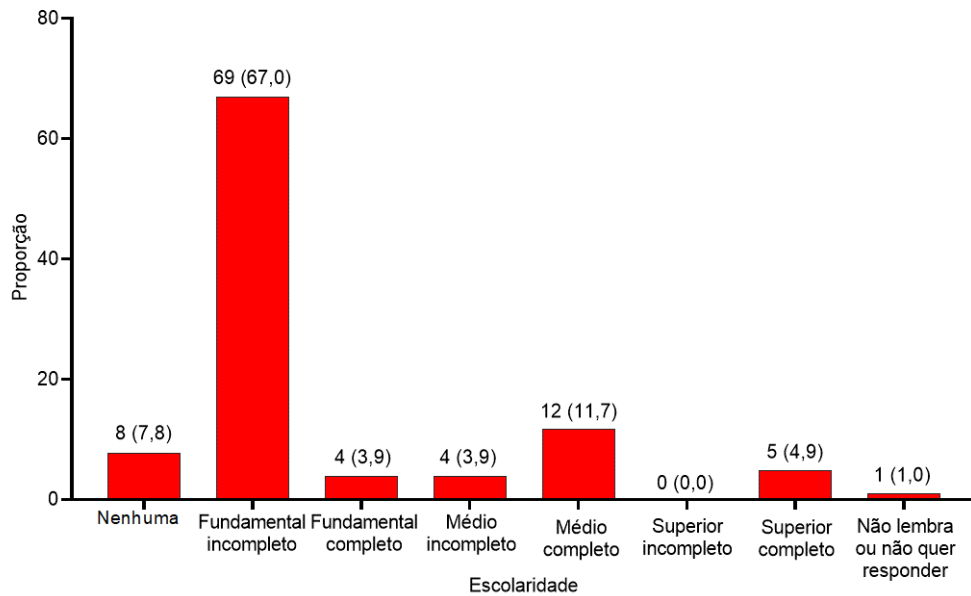
Figura 21 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo raça/cor autodeclarada. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Para a escolaridade, a maioria dos testes confirmatórios foi verificada em pessoas com ensino fundamental incompleto (69, 67,0%), seguido por ensino médio completo (11,7, 12,0%) (Figura 22). Estes dados também são reflexo do padrão demográfico revelado pelo censo de 2022, onde a maioria da população com 18 anos de idade ou mais não possui instrução ou têm fundamental incompleto (pelo censo, 33,8% da população com 18 anos ou mais “Sem instrução e fundamental incompleto”).

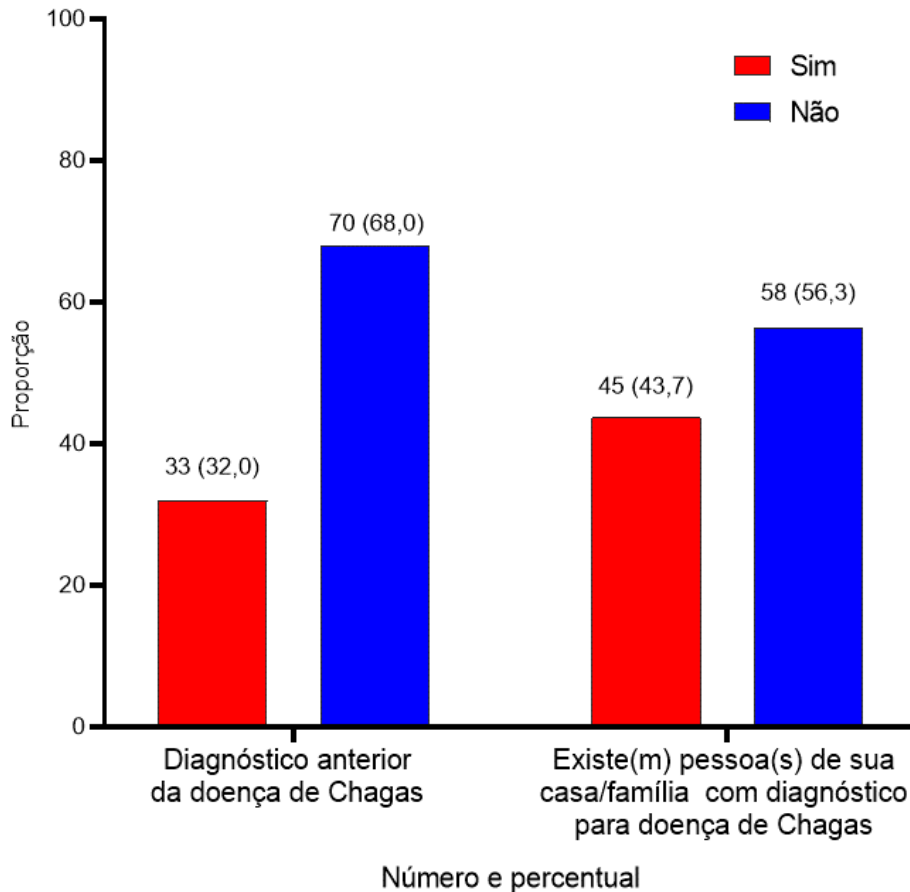
Figura 22 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo escolaridade. São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Uma proporção de 43,7% (45) dos casos confirmados relatou ter pessoas em sua família com a DC, e 32,0% (33) relataram ter diagnóstico prévio da doença (Figura 23).

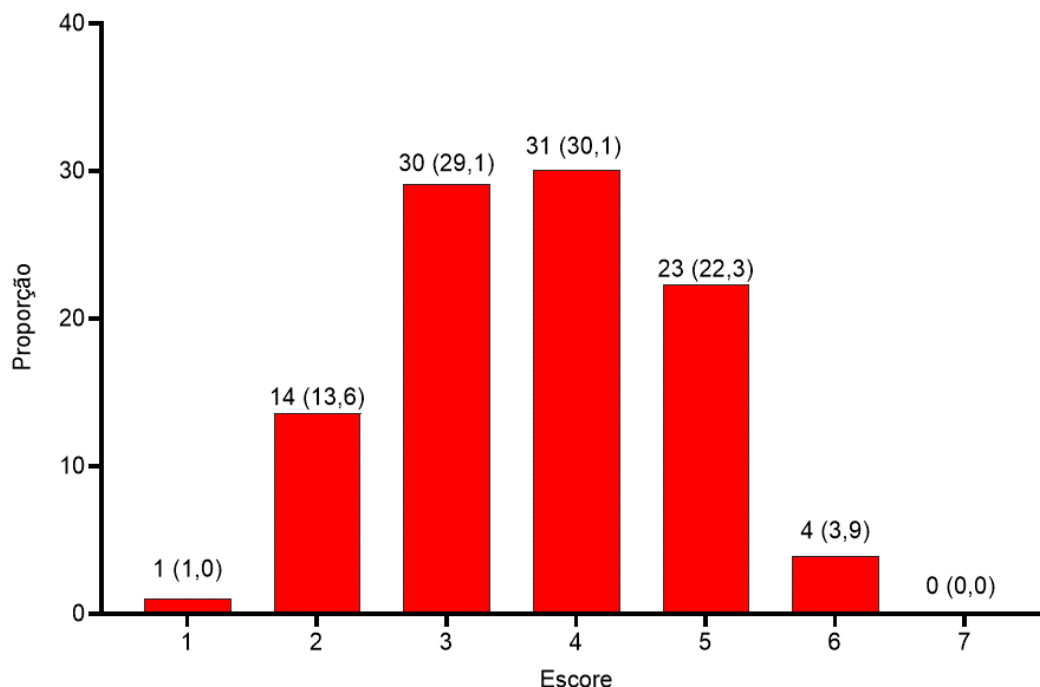
Figura 23 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo histórico de diagnóstico anterior de doença e presença de familiares com diagnóstico, São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Dentre as condições de risco/vulnerabilidade elencadas para a composição do escore, maioria das pessoas com teste confirmatório positivo atingiu 4 categorias (31, 30,1%), seguido por 3 categorias (30, 29,1%). Há de se destacar as 23 pessoas (22,3%) com teste confirmatório positivo que apresentaram 5 categorias e 4 (3,9%) pessoas que atenderam todas as categorias de risco/vulnerabilidade (Figura 24).

Figura 24 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo escore de risco/vulnerabilidade para formas crônicas da doença, São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.

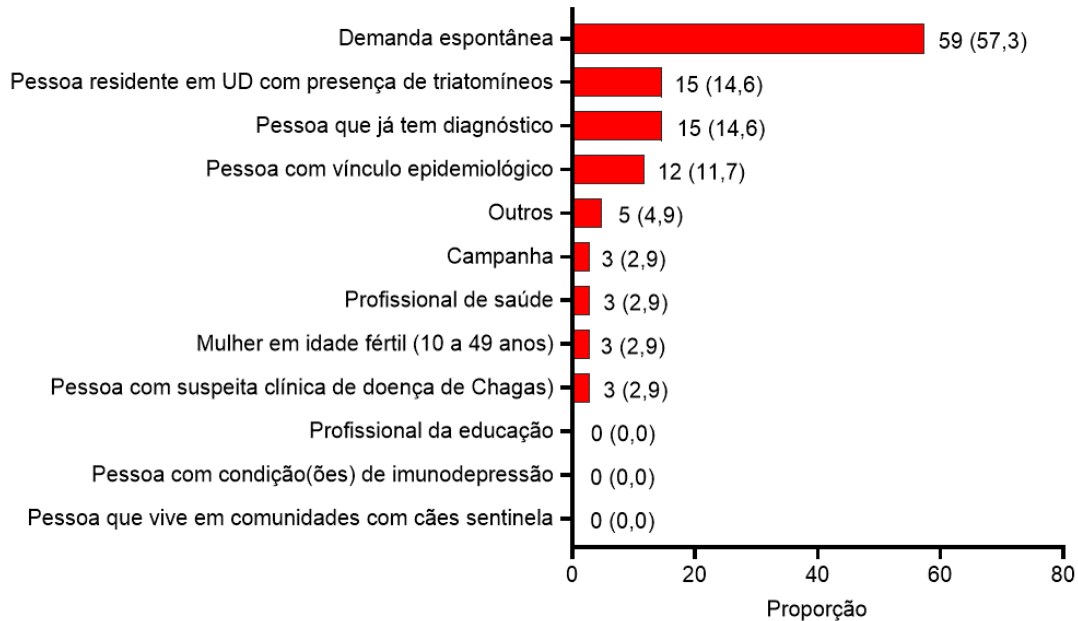


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

**Composto por 7 categorias: Sexo ao nascer (feminino), Faixa etária (50 anos ou mais), zona de residência (rural), cor/raça (parda ou preta), escolaridade (analfabeto ou fundamental incompleto), familiar com diagnóstico (sim) e residente em unidade domiciliar (UD) com presença de triatomíneos (no passado ou atual) (sim) –variação do escore: 0 a 7*

O modo de entrada é uma variável que considera múltiplas formas de entrada, sendo direcionada pelo profissional que está aplicando o formulário à pessoa participante. A maioria dos testes confirmatórios foi aplicada em pessoas que procuraram a unidade de saúde por demanda espontânea (59, 57,3%), seguida por pessoas que residiram em unidades domiciliares com presença de triatomíneos (15, 14,6%) e pessoas que já têm diagnóstico (15, 14,6%). Merece destaque o registro em pessoas com vínculo epidemiológico para DC (12, 11,7%) (Figura 25).

Figura 25 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo modo de entrada no projeto, São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025.

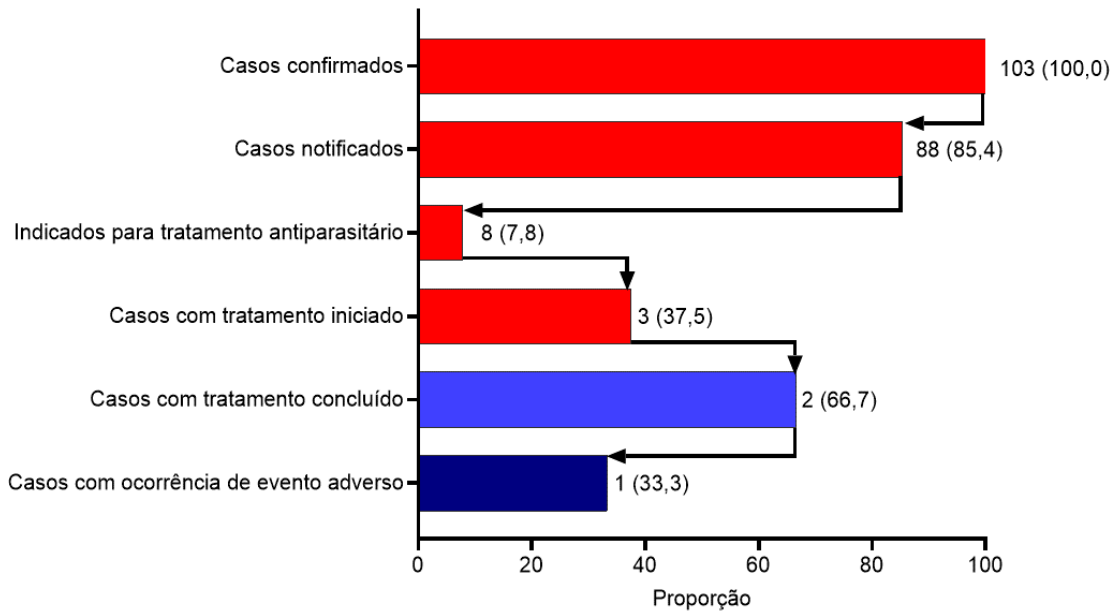


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

UD: Unidade domiciliar

Dentre as pessoas com teste confirmatório positivos, 6/97 (8,9%) foram indicadas para tratamento antiparasitário, desses 2/6 (33,3%) já concluíram o tratamento e 1/3 (33,3%) apresentou evento adverso ao benznidazol (Figura 26).

Figura 26 – 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, São Luís de Montes Belos-GO, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

7. Considerações Finais e Recomendações

A composição do Boletim Epidemiológico em DC para o município de SLMB apresenta de forma inédita uma síntese geral dos resultados de notificação de casos, de Testes Rápidos de triagem e de confirmação sorológica, que deve ser analisada por todas as pessoas interessadas com vistas ao controle da doença no âmbito do SUS. Para além do processo de construção, com mobilização / formação de equipe de profissionais atuantes no projeto e no município, os resultados reforçam a importância da doença como problema de saúde pública frente à elevada carga de morbimortalidade em pessoas e contextos específicos.

Trazem em perspectiva também o potencial do uso desta ferramenta do SUS para ampliar o acesso a diagnóstico da DC, em um contexto com elevada vulnerabilidade à DCC, cuja experiência pode ser ampliada para toda a região de saúde. Indiretamente, revela também que operacionalmente, a DC operacionalmente tinha suas ações de controle fragilizadas em momentos anteriores, pela diferença expressiva de casos notificados nos diferentes momentos.

Estes casos traduzem contextos de determinação social presentes ao longo da história do município, alguns persistindo até os dias atuais. As evidências geradas trazem em perspectiva elementos consistentes com padrões de morbidade, a fim de subsidiar o reconhecimento dos avanços ao longo dos anos, em especial nos anos de 2024 e início de 2025, com a implantação da adoção do Teste Rápido de triagem na APS. Adicionalmente, traz a possibilidade de reconhecimento de possíveis falhas operacionais com o intuito de estabelecer estratégias inovadoras e participativas para qualificação das ações.

As estratégias e os protocolos estabelecidos, contextualizados às realidades locais, com participação do GGLC-DCC, vêm contribuindo para ampliação da oferta de diagnóstico da infecção por *T. cruzi* via Teste Rápido de triagem por demanda espontânea ou organizada no âmbito da APS, seguido de testes confirmatórios realizados na rede. O aprendizado alcançado permite adaptar estratégias às diferentes realidades do município, a partir da APS.

O Projeto IntegraChagas Brasil segue nesta fase até o início de 2026, mas reforça-se a necessidade de investigações adicionais para compreender a dinâmica e as tendências acerca de aspectos clínicos, epidemiológicos, operacionais de controle, culturais e psicossociais, em especial para a confirmação sorológica das pessoas participantes que foram encaminhadas para sorologia. Ao final, para além de se ter um dado aproximado da morbimortalidade pela doença de Chagas no município (prevalência de infecção por *T. cruzi*, assim como de diferentes formas clínicas da DCC nestas populações), espera-se com o projeto estimar a população sob risco/vulnerabilidade para a doença e potencializar a integração entre dados de vigilância entomológica e de casos.

Recomenda-se buscar a sustentabilidade de processos relacionados às ações implementadas até então, a partir de evidências geradas por monitoramento e avaliação, visando qualificação da atenção à saúde de modo integrado à vigilância com base na melhoria de indicadores. Para tanto, demanda, por exemplo, estimular cada vez mais a adesão ao processo de notificação compulsória por intermédio do e-SUS notifica, como também das ações específicas do programa de controle, em particular aquelas desenvolvidas pela APS.

Com esse propósito, a construção de indicadores de base territorial poderá vir a potencializar a vigilância ativa de casos, a exemplo de casos com formas crônicas digestórias e/ou cardíacas, não apenas para a notificação, mas para a longitudinalidade do cuidado das pessoas acometidas, contribuindo para a implementação do acesso à saúde e o controle efetivo da doença no município. Por fim, espera-se ampliar a utilização de indicadores epidemiológicos e operacionais para monitoramento e avaliação das ações de atenção e vigilância em saúde relacionadas a casos diagnosticados no âmbito municipal, mas com expectativas de alcance nos âmbitos estadual e de regiões de saúde.

Referências Bibliográficas

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

- Chagas crônica, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/dicionario-de-dados-doenca-de-chagas-cronica/@@download/file>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria No 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1061_29_05_20_20.html
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico Doenças Tropicais Negligenciadas no Brasil Doenças Tropicais Negligenciadas no Brasil - Morbimortalidade e resposta. Brasília/DF; 2024 p. 1-63. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-doencas-tropicais-negligenciadas-numero-especial-jan-2024>
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico Doenças Tropicais Negligenciadas Impacto na Morbimortalidade das Crianças no Brasil 2010 a 2023. Brasília/DF; 2025 p. 1-109. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-doencas-tropicais-negligenciadas-numero-especial-jan-2025.pdf>
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. p. 1-560. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/@@download/file>
 13. da Rocha Siriano L, Marchiol A, Pereira Certo M, Cubides JC, Forsyth C, Augusto de Sousa F. Mandatory Notification of Chronic Chagas Disease: Confronting the Epidemiological Silence in the State of Goiás, Brazil. Trop Med Infect Dis. 2020;5(2):92. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed5020092>
 14. Dias JCP, Ramos Jr. AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Rodrigues Coura J, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiol e Serviços Saúde. 2016;25(21): 7–86. Disponível

em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/JrVJ3sYXSCYbvZdh8cH4Dqy/?format=html>

15. Goiás. Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis/Superintendência de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (GVEDT / SUVISA / SES-GO). Boletim Epidemiológico - Perfil epidemiológico e sociodemográfico dos casos crônicos de doença de Chagas notificados em Goiás, 2013 a 2023. 2024. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/boletins/epidemiologicos/diversos/2024/Perfil%20epidemiol%C3%B3gico%20e%20sociodemogr%C3%A1fico%20dos%20casos%20cr%C3%B4nicos%20de%20doen%C3%A7a%20de%20Chagas%20notificados%20em%20Goi%C3%A1s,%202013%20a%202023.pdf>
16. Gomes Filho C, Macedo Filho JV, Minuzzi AL, Gomes MM, Luquetti AO. Detecção de doenças transmissíveis em gestantes no estado de Goiás: o teste da mamãe. Rev Patol Trop. 2016;45(4):369-86. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/rpt.v45i4.44610>
17. Marin-Neto JA, Rassi A, Oliveira GMM, Correia LCL, Ramos Jr AN, Luquetti AO, et al. Diretriz da SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas – 2023. Arq Bras Cardiol. 2023;120(6). Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20230269>
18. OPAS. A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. 2a edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 113 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf
19. Quintino ND, Gondim AE, Evangelista N, Morais CN, Barbosa R. Boletim epidemiológico doença de Chagas – 01/2022. Divinópolis, MG, Brasil;2022. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/boletim-epidemiologico-doenca-de-Chagas-01-2022/?wpdmdl=15517>
20. Ramos AN Jr, Souza EA, Guimarães MCS, Vermeij D, Cruz MM, Luquetti AO, Diotaiuti L, Palmeira SL, Lima MM, Costa VMD, Andrade LAB, Correia D, Sousa AS. Response to Chagas disease in Brazil: strategic milestones for achieving comprehensive health care. Rev Soc Bras Med Trop. 2022;55:e01932022. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0193-2022>
21. São Luís de Montes Belos. Prefeitura Municipal de São Luís de Montes Belos e Secretaria Municipal de Saúde. Informe Epidemiológico - 2024 - IntegraChagas Brasil. 2024. Disponível em: https://saoluisdemontesbelos.go.gov.br/uploads/Informe_Epidemiologico_Sao_Luis_Montes_Belo_042024.pdf
22. Sousa AS, Vermeij D, Ramos AN Jr, Luquetti AO. Chagas disease. Lancet.2024;403(10422):203-218. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(23\)01787-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(23)01787-7.pdf)

23. Souza, EA, Cruz MM, Ferreira AF, Sousa AS, Luiz RR, Palmeira SL, Luquetti AO, Heukelbach J., Ramos Jr. A.N. Hospital case fatality and mortality related to Chagas disease in Brazil over two decades. BMC Public Health 24, 2282. 2024. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19618-z>
24. Warsinke, A. (2009) Point-of-care testing of proteins. Analytical and Bioanalytical Chemistry. 393, 1393-1405. <https://doi.org/10.1007/s00216-008-2572-0>
25. Sucupira, MVF. Desenvolvimento de teste rápido baseado em imunocromatografia de fluxo lateral para detecção de anticorpos contra Hepatite A em amostras de soro e sangue. Tese (doutorado) – Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Medicina Tropical, 139F, 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/67272>
26. Fiocruz, Bio-manguinhos. Testes Rápidos. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/produtos/reativos/testes-rapidos-2>