

2026

Boletim Epidemiológico

Doença de Chagas Aguda na Bahia: suspeição, confirmação e testagem no pré-natal

Nº 01 | Setembro | 2026

1. Introdução

A doença de Chagas (DC), também chamada de tripanossomíase americana, é causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* e transmitida ao ser humano principalmente pelo inseto triatomíneo, popularmente conhecido como barbeiro. A forma vetorial clássica ocorre quando o inseto, ao se alimentar de sangue, defeca próximo ao local da picada, e é justamente nas fezes que se encontra o parasita, capaz de penetrar no organismo através da pele lesionada ou de mucosas. No entanto, essa não é a única porta de entrada: a via oral, associada à ingestão de alimentos contaminados por fezes do inseto ou pelo próprio barbeiro triturado, tem sido responsável pela maioria dos surtos registrados nos últimos

anos. A doença também pode ser transmitida de forma vertical, da mãe para o filho durante a gestação, e por transfusão sanguínea, transplante de órgãos ou acidentes em laboratório (Brasil, 2025; Pérez-Molina; Molina, 2017). Clinicamente, a DC se manifesta em duas fases. A doença de Chagas aguda (DCA) costuma cursar com febre alta, entre 38,5°C e 39°C, que pode persistir por até 12 semanas. Na maioria dos casos, aparecem sinais inespecíficos como prostração, diarreia, vômitos, falta de apetite, dor de cabeça, dores musculares e aumento de gânglios, podendo apresentar manchas na pele de localização variável, que podem ou não coçar e costumam desaparecer rapidamente.

Em quadros mais específicos, a doença pode afetar diretamente o

coração, provocando miocardite, pericardite com derrame, sinais de insuficiência cardíaca, derrame pleural, inchaço no rosto ou nos membros, tosse, falta de ar, dor no peito, palpitações, arritmias e aumento do fígado e do baço (Pérez-Molina; Molina, 2017).

Na fase crônica da doença, a parasitemia é baixa e intermitente, enquanto os anticorpos IgG anti-*Trypanosoma cruzi* permanecem detectáveis. A DC pode apresentar-se na forma **indeterminada**, sem manifestações clínicas ou alterações cardíacas e digestivas, ou nas formas **determinadas**, principalmente cardíaca, digestiva e cardiodigestiva.

Estima-se que **10% a 30% dos indivíduos infectados desenvolvem formas clínicas ao longo da vida**, sendo necessário acompanhamento dos

2. Situação epidemiológica dos casos agudos de Doença de Chagas no Estado da Bahia

2.1 Sistema de Informação - Notificação doença de Chagas aguda

Os casos suspeitos de DCA são de notificação compulsória imediata (em até 24 horas após a suspeição) e devem ser registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), devido à necessidade de investigação oportuna, identificação da provável forma de transmissão e adoção de medidas de controle.. De acordo com o artigo 7º e 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, a notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino.

A notificação da DCA segue o estabelecido na Portaria SVS/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, sendo feita a partir de casos suspeitos e/ou confirmados; é obrigatória e imediata com prazo de encerramento até 60 dias, após a notificação. Ressalta-se que os possíveis casos por transmissão vertical identificados até os 3 anos de idade devem ser notificados como DCA. Além disso, os surtos por transmissão oral da doença devem ser notificados através da Ficha de Investigação de Surto (DTA) no SINAN, juntamente com a inserção da ficha individual de cada caso suspeito de DCA.

2.2 Panorama dos casos agudos de doença de Chagas

Ao longo dos últimos dez anos (2017 a 2026*), foram notificados 3.357 casos suspeitos de doença de Chagas aguda (DCA) no Sinan. Destes, 105 foram classificados como casos confirmados no sistema. Entretanto, a partir da investigação epidemiológica realizada anualmente pelas equipes estadual e municipal de saúde, verificou-se que, dos casos notificados como confirmados para a fase aguda, a partir do diagnóstico laboratorial, apenas 21 apresentaram confirmação para a fase aguda da DC no período analisado.

Constatou-se que, após o registro de transmissão vetorial da DCA no município de Lapão no ano de 2018, pertencente à Região de Saúde de Irecê, Macrorregião de Saúde Centro Norte, não foram notificados casos confirmados laboratorialmente da fase aguda da doença até o ano de 2023, em que foi notificado um surto de DCA por transmissão oral no município de Serrolândia, com quatro casos confirmados, dos quais um evoluiu para óbito. No mesmo ano, foi confirmado um caso de DCA por transmissão vetorial no município de Cansanção, pertencente à Região de Saúde de Serrinha, na Macrorregião de Saúde Centro Leste, totalizando cinco casos.

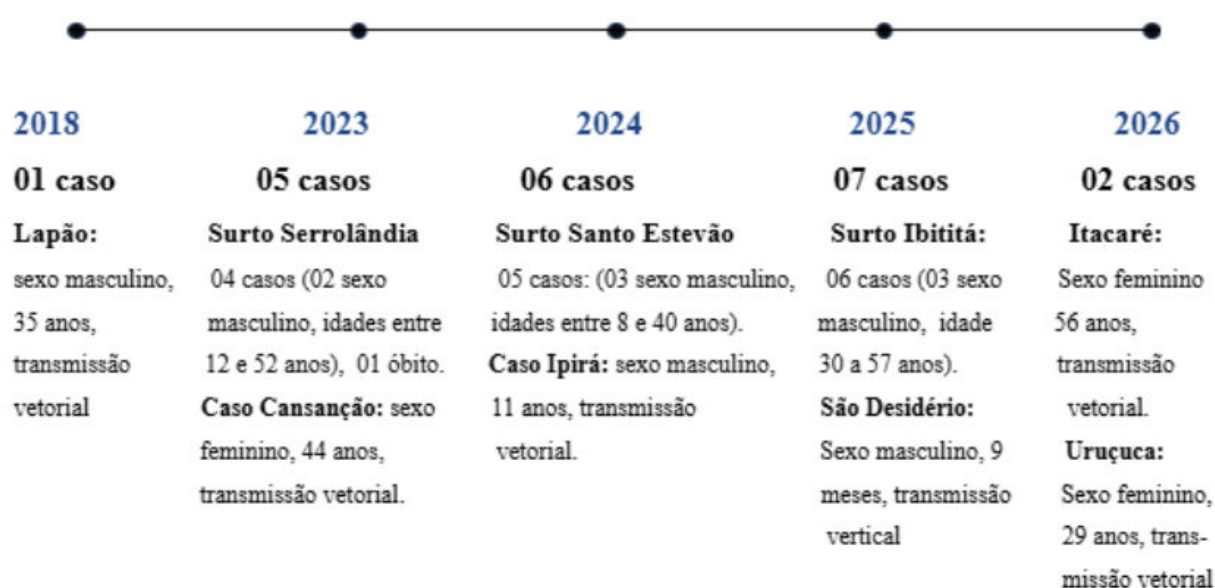
No ano de 2024, ocorreu um novo surto de DCA associado à transmissão oral, com cinco casos confirmados, no município de Santo Estevão. Ainda nesse ano, foi confirmado um caso agudo em criança por transmissão vetorial no município de Ipirá, totalizando seis casos. Os casos de DCA notificados em 2024 ocorreram em municípios pertencentes à Região de Saúde de Feira de Santana, Macrorregião de Saúde Centro Leste.

Em 2025, foram confirmados seis casos de DCA no município de Ibititá, pertencente à Região de Saúde de Irecê, Macrorregião de Saúde Centro-Norte, relacionados à ocorrência de um surto por transmissão oral. No mesmo ano, foi confirmado um caso de DCA por transmissão vertical no município de São Desidério, pertencente à Região de Saúde de Barreiras, na Macrorregião de Saúde Oeste, totalizando sete casos.

Por fim, em 2026, foram confirmados dois casos de DCA por transmissão vetorial, nos municípios de Itacaré e Uruçuca, ambos pertencentes à Região de Saúde de Ilhéus, na Macrorregião de Saúde Sul.

De modo geral, observa-se, no período analisado, a ocorrência de casos de DCA associados a diferentes mecanismos de transmissão, incluindo as vias vetorial, oral e vertical, distribuídos em diferentes Regiões e Macrorregiões de Saúde do estado. Os casos confirmados acometeram indivíduos de diferentes faixas etárias, desde bebê e crianças, até adolescentes e adultos, com idades variando de 0 a 57 anos. Evidencia-se, ainda, ausência de casos agudos entre indivíduos idosos no período analisado (Figura 1).

Figura 1 - Linha do tempo dos casos confirmados de doença de Chagas aguda após investigação, segundo características sociodemográficas, modo de transmissão e distribuição territorial, Bahia, 2017–2026*



Fonte: Sinan Net SESAB/SUVISA/DIVEP, dados atualizados em 04/08/2026, às 11:32h. * Os dados de 2026 são parciais, dados de janeiro a junho de 2026, estão sujeitos à alteração.

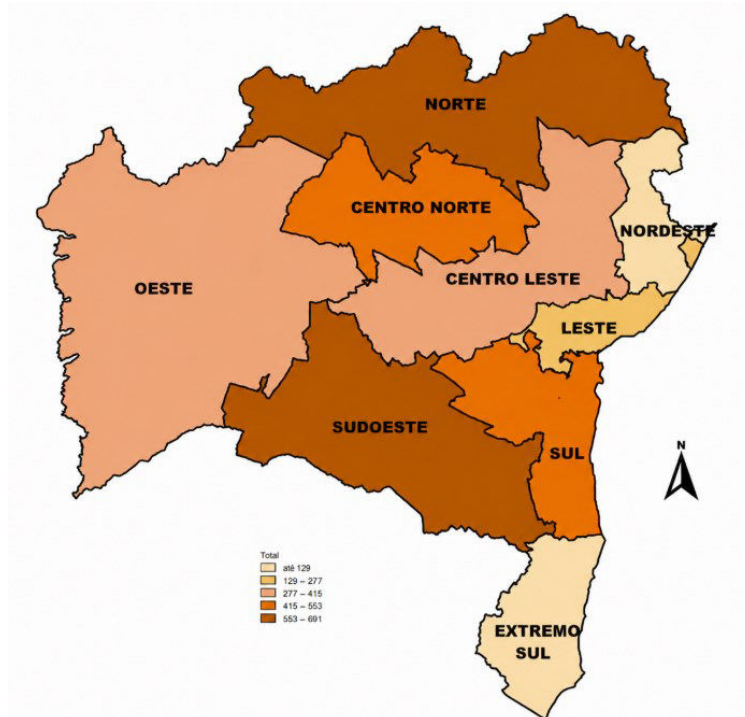
Nota¹: As características sociodemográficas compreendem sexo e faixa etária; a distribuição territorial corresponde à Região de Saúde e ao município de residência.

Nota²: O caso confirmado em 2026 com local provável da infecção (LPI) o município de Uruçuca apresentou município de residência em Uberaba (MG).

Quanto ao número de casos suspeitos de DCA notificados, segundo município de residência e macrorregião de saúde, observou-se uma distribuição heterogênea das notificações no território estadual, com concentração de registros em algumas áreas (Figura 2). Esse padrão pode refletir maior suspeição para a doença e sensibilidade das ações de vigilância epidemiológica nesses locais, ainda que nem todas as notificações resultem em casos confirmados. Em contrapartida, a ocorrência de municípios com poucas ou nenhuma notificação merece atenção, considerando a relevância epidemiológica da DC no estado, que apresenta áreas de elevada endemicidade, ocorrência de casos agudos e ampla distribuição de triatomíneos de importância epidemiológica. A presença de diferentes espécies de triatomíneos no território baiano reforça a necessidade de manutenção e fortalecimento das ações de vigilância entomológica e epidemiológica, inclusive em municípios com baixa ou ausência de notificações de DCA (Carvalho *et al.*, 2024; Castro *et al.*, 2024; Ribeiro-Jr. *et al.*, 2022).

No período do estudo, destacaram-se com maior número de notificações as Macrorregiões Norte (691), Sudoeste (575), Centro Norte (507) e Sul (433). Entre as regiões de saúde, se destacaram com maior número de notificações a Região de Saúde de Irecê (463), Vitória da Conquista (313), Juazeiro (310), Senhor do Bonfim (276), Feira de Santana (199) e Barreiras (191) (Figura 2). Na escala de cores, as tonalidades mais escuras correspondem às macrorregiões com maior número de notificações recebidas, enquanto as tonalidades mais claras indicam menor número de notificações.

Figura 2 - Distribuição dos casos suspeitos de doença de Chagas aguda notificados, segundo Macrorregião de Saúde de residência, Bahia, 2017 a 2026*



Fonte: Sinan Net SESAB/SUVISA/DIVEP, dados atualizados em 04/08/2026, às 11:32h.

3. Gestantes e Doença de Chagas: análise epidemiológica

A investigação por *Trypanosoma cruzi* durante a gestação constitui uma importante estratégia para a vigilância da DC, considerando a possibilidade da transmissão vertical. Recomenda-se triagem sorológica para infecção por *T. cruzi* durante o pré-natal, especialmente em gestantes que vivem ou são provenientes de áreas endêmicas, possibilitando a identificação da infecção durante o período gestacional e o acompanhamento adequado (Brasil, 2016; Bahia, 2023). A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação ou parto, constituindo importante componente das estratégias de prevenção e controle da DC (Brasil, 2016; Brasil, 2026). Além das gestantes residentes em áreas endêmicas, recomenda-se considerar a solicitação de sorologia para DC diante de suspeita epidemiológica, especialmente na presença de histórico familiar da doença, residência atual ou pregressa em área de risco, presença de triatomíneos no domicílio ou peridomicílio e condições de vulnerabilidade socioambiental.

No período de 2022 a 2026, foram registrados 18930 resultados de gestantes investigadas para infecção por *Trypanosoma cruzi*. Destes, 18707 (98,8%) apresentaram resultado negativo, 185 (1%) resultado inconclusivo e 38 (0,2%) resultado positivo. Em 2022, foram identificados seis resultados positivos; em 2023, dez; em 2024, sete; em 2025, dez; e, até 25 de junho de 2026, cinco resultados positivos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos registros de gestantes segundo resultado laboratorial para *Trypanosoma cruzi*, por ano de análise, Bahia, 2022-2026*

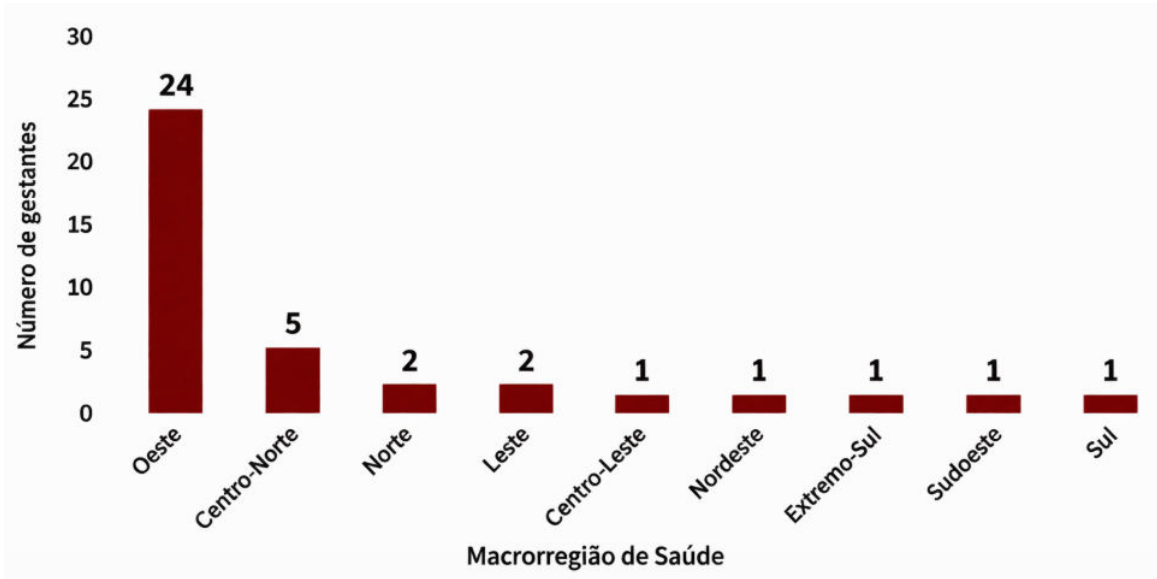
ANO	NEGATIVO n (%)	INCONCLUSIVO n (%)	POSITIVO n (%)	TOTAL
2022	1405 (95,5%)	60 (4,1%)	6 (0,4%)	1471
2023	2985 (96,9%)	87 (2,8%)	10 (0,3%)	3082
2024	5014 (99,2%)	31 (0,6%)	7 (0,1%)	5052
2025	6222 (99,7%)	7 (0,1%)	10 (0,2%)	6239
2026*	3081 (99,8%)	0 (0%)	5 (0,2%)	3086
TOTAL	18707 (98,8%)	185 (1%)	38 (0,2%)	18930

Fonte: Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL/BA), dados atualizados em 25/06/2026. Elaboração própria. *Os dados de 2026 são parciais, de janeiro a junho de 2026.

Observa-se predominância dos resultados negativos entre as gestantes investigadas em todos os anos analisados. Os resultados laboratoriais positivos corresponderam a 38 registros (0,2%) do total de 18930 gestantes, distribuídos entre 2022 e 2026, com maior número em 2023 e 2025, ambos com 10 registros. Os resultados inconclusivos representaram 1% do total, concentrando-se principalmente em 2022 e 2023. Em 2026, foram identificados cinco resultados positivos até 25 de junho, período parcial de análise. Destaca-se que entre as gestantes diagnosticadas para DC no referido período, houve o registro de um bebê com diagnóstico confirmado para DC por transmissão vertical, no município de São Desidério, região de saúde de Barreiras, Macrorregião Oeste.

A identificação de resultados laboratoriais positivos entre gestantes constitui achado relevante para a vigilância epidemiológica, considerando a possibilidade de transmissão vertical e a necessidade de investigação e acompanhamento, conforme os fluxos estabelecidos (Brasil, 2016; Bahia, 2025). Entre os registros de gestantes com resultado laboratorial positivo para *Trypanosoma cruzi*, observou-se distribuição em diferentes macrorregiões de saúde da Bahia. A distribuição segundo a macrorregião de saúde de residência é apresentada no Gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição das gestantes com resultado laboratorial positivo para *Trypanosoma cruzi*, segundo a macrorregião de saúde de residência, Bahia, 2022-2026



Fonte: Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL/BA). Dados consolidados para análise, dados atualizados em 25/06/2026.

Observou-se concentração dos registros na Macrorregião Oeste, que reuniu 24 dos 38 registros com resultado laboratorial positivo (63,2%), seguida da Centro Norte, com cinco (13,2%). As demais macrorregiões apresentaram entre um e dois casos cada, totalizando 14 registros (36,8%). Esse padrão territorial apresenta correspondência com a distribuição

dos casos de DCC no estado, uma vez que a Macrorregião Oeste concentrou 2569 dos 5709 casos crônicos registrados (45%) no período de 2023 a 2026. A concentração observada nos dois conjuntos de dados reforça a relevância epidemiológica da região Oeste para a vigilância da DC e, no contexto da gestação, para a identificação da infecção materna e a prevenção da transmissão vertical. Vale ressaltar que a Região de Saúde de Barreiras tem um centro de referência para DC, o Centro Municipal de Saúde Leonídia Ayres de Almeida, além de dois Projetos em atividade recente, que foram finalizados: o Projeto IntegraChagas, no município de São Desidério e o Projeto Cuida Chagas, em Riachão das Neves.

Para complementar a distribuição territorial por macrorregião, foi analisado o município de residência das gestantes com resultado laboratorial positivo para *Trypanosoma cruzi*. A análise identificou 38 registros com resultado positivo, distribuído em 19 municípios baianos, permitindo observar a dispersão territorial dos resultados e os municípios que concentraram maior número de registros (Gráfico 2).

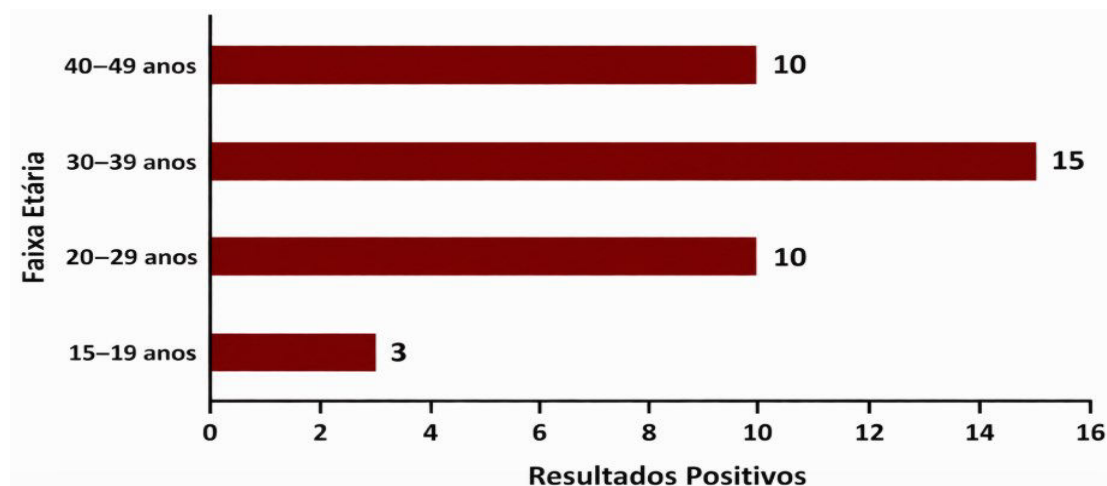
Gráfico 2. Distribuição das gestantes com resultado laboratorial positivo para *Trypanosoma cruzi*, segundo o município de



residência, Bahia, 2022-2026

Fonte: Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL/BA). Dados consolidados para análise, dados atualizados em 25/06/2026.

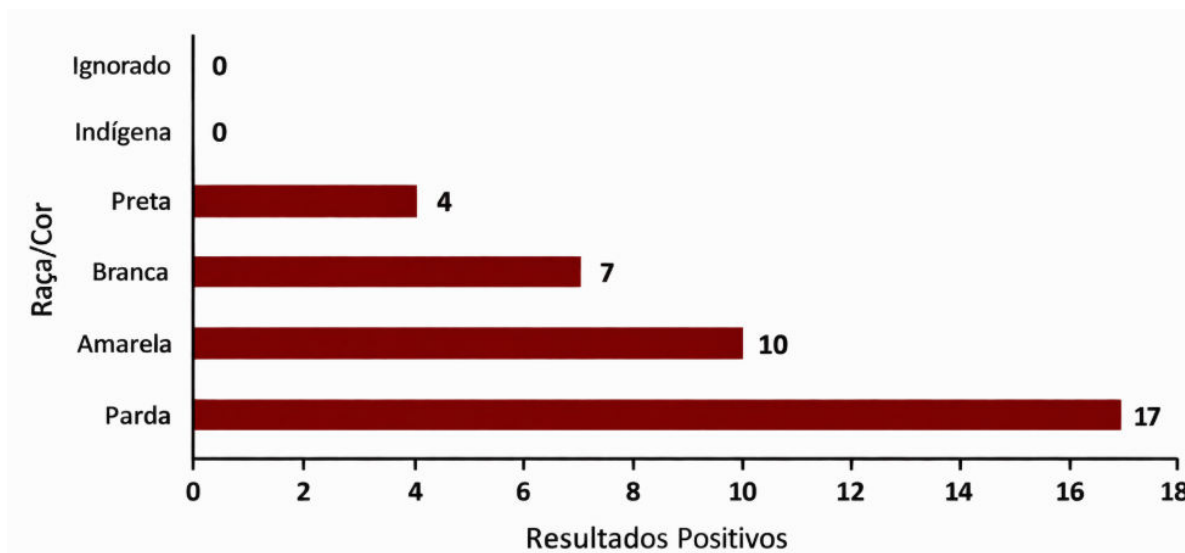
Verificou-se distribuição heterogênea dos resultados laboratoriais positivos entre os municípios de residência das



gestantes. Wanderley e Castro Alves apresentaram o maior número de registros, com seis resultados positivos cada, seguidos por Paratinga, com três. Outros municípios apresentaram dois ou um registro.

Entre as gestantes com resultado laboratorial positivo para *Trypanosoma cruzi*, a categoria parda foi a mais frequente, com 17 registros (44,7%) (Gráfico 4). A distribuição entre as demais categorias apresentou diferenças, que devem ser interpretadas com cautela diante do número reduzido de gestantes com resultado laboratorial positivo e das características distintas analisadas.

Gráfico 4. Distribuição das gestantes com resultado laboratorial positivo para *Trypanosoma cruzi*, segundo raça/cor, Bahia, 2022-2026



Fonte: Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL/BA). Dados consolidados para análise, dados atualizados em 25/06/2026.

VIGILÂNCIA QUE PROTEGE

Prevenir, suspeitar, diagnosticar e cuidar são etapas fundamentais para o enfrentamento da doença de Chagas. A identificação oportuna de situações de risco fortalece a vigilância, favorece o diagnóstico precoce e possibilita o acompanhamento adequado das pessoas acometidas pela doença. Na fase aguda, a investigação rápida dos casos suspeitos permite instituir precocemente o tratamento e o acompanhamento necessários, aumentando as possibilidades de cura e contribuindo para a prevenção de complicações. No pré-natal, essa atenção também é fundamental: a identificação da infecção em gestantes possibilita o cuidado adequado, a testagem do bebê no período indicado e, nos casos confirmados, o diagnóstico e tratamento oportunos, além do tratamento da mãe após o período de amamentação, quando indicado.

No pré-natal, a identificação da infecção em gestantes possibilita o cuidado adequado e a realização da testagem do bebê no período indicado, favorecendo o diagnóstico e o tratamento oportunos dos casos confirmados, além do tratamento da mãe após o período de amamentação, quando indicado.

Não podemos continuar a assistir pessoas chegarem aos serviços de saúde apresentando sinais e sintomas compatíveis com a doença de Chagas aguda sem que a possibilidade diagnóstica seja considerada e sem acesso oportuno à investigação, ao tratamento e ao cuidado de que necessitam. A suspeição clínica, associada à investigação epidemiológica e laboratorial, é fundamental para que os casos sejam reconhecidos em tempo oportuno e para que as pessoas acometidas tenham acesso ao cuidado adequado.

O fortalecimento da vigilância e da assistência, de forma integrada, contínua e oportuna, é essencial para ampliar a detecção dos casos, qualificar o cuidado, prevenir a transmissão e reduzir a morbimortalidade por doença de Chagas, contribuindo para sua eliminação como problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP). Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA). Alerta Epidemiológico n.º 10/2025 — Intensificação da Vigilância da fase aguda da Doença de Chagas devido a surto recente de transmissão oral. Processo n.º 019.9128.2025.0200443-68. Salvador: SESAB/SUVISA/DIVEP/CODTV/CH, 20 out. 2025.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Nota Técnica Conjunta n.º 34/2025 DIVEP/LACEN/DASF/SUVISA/SESAB: diagnóstico e tratamento da doença de Chagas no Estado da Bahia. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2023.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP). Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA). Boletim Epidemiológico Doença de Chagas n.º 01. Elaboração: Cristiane Medeiros M. de Carvalho; Lara Carvalho Seixas. Salvador: SESAB/SUVISA/DIVEP, ago. 2025.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Laboratório Central de Saúde Pública Profº Gonçalo Moniz (LACEN/BA). Coordenação de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica (CLAVEP). Boletim Informativo Doença de Chagas — Relatório da Vigilância Laboratorial. Edição n.º 01/2026. Salvador: SESAB/SUVISA/LACEN-BA, 11 maio de 2026.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA). Panorama das Doenças Negligenciadas na Bahia. Salvador: SESAB/SUVISA, [s.d.].
- BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 out. 1975.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jan. 2011, p. 37.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF, v 25, n esp., p. 7-86, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: doença de Chagas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. (Relatório de Recomendação, n. 397). Disponível em: Protocolo PCDT – CONITEC. Acesso em: 10 ago. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para notificação de doença de Chagas crônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/guia-para-notificacao-de-doenca-de-chagas-cronicas-dcc/@download/file>. Acesso em 02 ago. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Análise descritiva: um ano de implementação da notificação de doença de Chagas crônica no Brasil. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 55, n. 8, 16 abr. 2024. ISSN 2358-9450. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-08.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dados extraídos em maio de 2026. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Brazil validation report: HVI, syphilis, hepatitis B and Chagas disease elimination of mother-to-child transmission. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.
- Carvalho, C. M. M. et al. (2024). Spatio-temporal trends in mortality due to Chagas disease in the State of Bahia, Brazil, from 2008 to 2018. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 57. DOI: 10.1590/0037-8682-0058-2024.
- Castro, I. P. C. et al. (2024). A evolução da Doença de Chagas aguda na região Oeste da Bahia: análise clínica e epidemiológica de uma década (2014–2023). Revista Eletrônica Acervo Saúde, 24(10), e18603. DOI: 10.25248/reas.e18603.2024
- PÉREZ-MOLINA, J. A.; MOLINA, I.. Chaga disease. The Lancet, London, v. 391, n. 10115, p. 82-94, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31612-4.
- RIBEIRO-JR., G. et al. Triatomine fauna in the state of Bahia, Brazil: What changed after 40 years of the vector-control program? Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 55, e0732-2021, 2022. DOI: 10.1590/0037-8682-0732-2021. O artigo tem como primeiro autor Gilmar Ribeiro-Jr., do Instituto Gonçalo Moniz/Fiocruz, e inclui pesquisadores da SESAB.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chagas disease (American trypanosomiasis). Geneva: WHO, 2026.