

SECRETARIA DA SAÚDE DO
ESTADO DA BAHIA (SESAB)
Roberta Silva de Carvalho Santana

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E
PROTEÇÃO DA SAÚDE (SUvisa)
Rivia Mary de Barros

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA (DIVEP)
Ramon da Costa Saavedra

COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA E CONTROLE DE
DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES
E OUTRAS ANTROPOZOONOSES (CODTV)
Sandra Maria de O. da Purificação

EQUIPE DE ELABORAÇÃO
Cristiane Medeiros M. de Carvalho
Rita Walmária Machado
Kamilla Menezes Oliveira
(Residente Suvisa/Sesab)
Amanda Couto de Bragança Silva
(Residente Suvisa/Sesab)

COLABORAÇÃO
Aline Souza de Oliveira Brito
(LACEN/Ba)
Davy Manatta Vasconcelos
(Residente Suvisa/Sesab)
Lorena Feitosa de Oliveira
(Residente Suvisa/Sesab)

REVISÃO
Adriana Dourado de Carvalho
Luma Onã da S. Andrade
Sandra Maria de O. da Purificação

71 3103.7719

divep.chagas@saude.ba.gov.br

2026



Estado da Bahia

Boletim Epidemiológico

Doença de Chagas Crônica na Bahia: perfil das notificações e panorama da vigilância

Nº 02 | Setembro | 2026

Introdução

A doença de Chagas (DC) é uma enfermidade infecciosa causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, cuja transmissão pode ocorrer por diferentes vias, incluindo a vetorial, congênita, oral, acidental, transfusional e por transplante de órgãos. Ela compõe o grupo das doenças tropicais negligenciadas (DTN), figurando como um relevante problema de saúde pública. Estima-se que aproximadamente sete milhões de pessoas em todo o mundo estejam infectadas com o *T. cruzi*. A cada ano, a doença causa cerca de 10.000 mortes e mais de 100

milhões de pessoas estão em risco de infecção (OMS, 2026). Atualmente, embora a transmissão vetorial domiciliar tenha sido significativamente reduzida em decorrência das ações de controle, permanecem diferentes possibilidades de transmissão, com destaque para a transmissão oral, responsável pelo maior número de casos novos. A infecção pode permanecer assintomática durante longos períodos e, evoluir para formas cardíacas, digestivas ou cardiodigestivas, com importante impacto sobre a morbimortalidade (Dias *et al.*, 2016). Assim, a identificação de casos

crônicos no presente pode não representar uma transmissão recente, mas pode revelar a carga acumulada de infecções adquiridas em períodos anteriores.

Esse cenário reforça a importância da identificação oportuna de pessoas com histórico epidemiológico compatível, da investigação de familiares de pessoas diagnosticadas e da oferta de diagnóstico e acompanhamento aos indivíduos infectados, considerando o caráter prolongado da infecção e a possibilidade de desenvolvimento de manifestações clínicas ao longo dos anos (Dias *et al.*, 2016; Edwards *et al.*, 2021; Brasil, 2018).

Na fase crônica da DC, a parasitemia torna-se baixa e intermitente, não sendo detectável pelos métodos parasitológicos diretos de rotina, enquanto os anticorpos IgG anti-*Trypanosoma cruzi* permanecem detectáveis por métodos sorológicos. Essa fase compreende a forma indeterminada, assintomática, e as formas determinadas, que incluem as apresentações cardíaca, digestiva e cardiodigestiva. Na forma cardíaca, a doença pode evoluir para miocardiopatia dilatada, insuficiência cardíaca, arritmias e eventos cardioembólicos. Na forma digestiva, acomete o esôfago e o intestino grosso, podendo causar megaesôfago e megacólon. Manifestações menos frequentes, como o acometimento neurológico e de outros órgãos, também podem ocorrer. Estima-se que entre 10% e 30% dos indivíduos infectados evoluem para formas clínicas da doença ao longo da vida, enquanto a maioria permanece na forma indeterminada, embora necessite de acompanhamento clínico periódico (Bern, 2015; Brasil, 2018; Brasil, 2023).

No que diz respeito aos casos crônicos, a notificação representa um importante avanço para a vigilância em saúde, ao possibilitar a identificação de pessoas acometidas pela doença, o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e a organização da linha de cuidado, favorecendo o acompanhamento longitudinal e a instituição do tratamento, quando indicado. Além disso, diante da confirmação de casos ou da ocorrência de óbitos por DC, recomenda-se a investigação e a testagem sorológica dos contatos intradomiciliares, considerando o compartilhamento de fatores de risco e a possibilidade de identificação de outras pessoas infectadas, inclusive na forma assintomática da doença. Atualmente, tanto a forma aguda quanto a crônica integram a Lista Nacional de Notificação Compulsória. No caso da suspeita da doença de Chagas aguda (DCA), a notificação é imediata, e a investigação precisa ser concluída em até 60 dias, todo esse fluxo é registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A forma crônica da doença deve ser notificada em até 7 dias no e-SUS Notifica, após a confirmação laboratorial. Destaca-se que apenas os casos confirmados de doença de Chagas crônica devem ser notificados no e-SUS Notifica. Considera-se caso confirmado o indivíduo sem suspeita clínico-epidemiológica de fase aguda que apresente

gênicas para detecção de anticorpos IgG, exame parasitológico direto com identificação de *Trypanosoma cruzi* (nos casos de reagudização), achados necroscópicos compatíveis ou óbito investigado pela vigilância sem oportunidade de coleta de amostras para exames laboratoriais. Ressaltamos que **na fase crônica, apenas os óbitos podem ser confirmados pelo critério clínico-epidemiológico, nos casos de suspeita de DCC e ausência de exame diagnóstico oportuno**. Todavia, nesses casos, a confirmação deve ser realizada por esse critério através da investigação do caso e posterior discussão na Câmara Técnica. Quando fechado pela Câmara Técnica como DCC, o caso pode ser notificado no e-SUS Notifica (Brasil, 2023).



Quando suspeitar de doença de Chagas crônica?

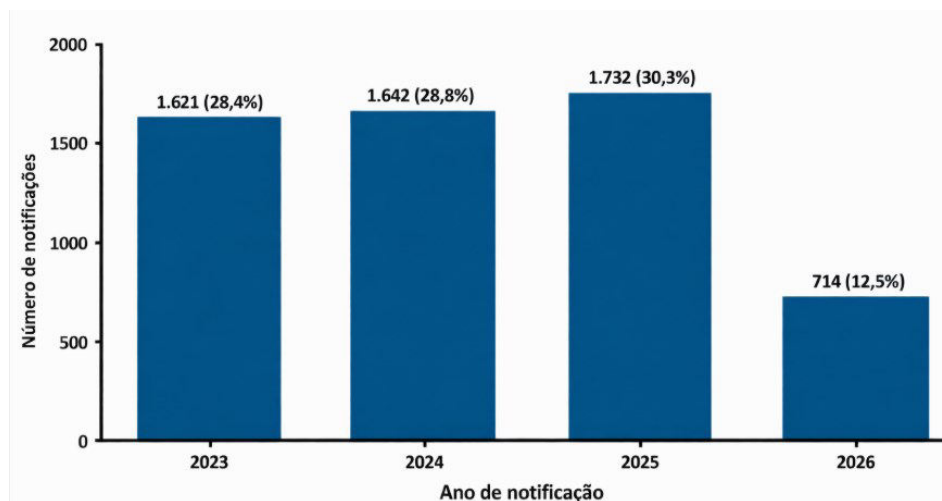
Indivíduos com antecedentes epidemiológicos compatíveis, especialmente aqueles oriundos de áreas endêmicas, com histórico de exposição ao vetor, transfusão realizadas antes de 1992 ou familiares com diagnóstico confirmado, mesmo que estejam assintomáticos (BRASIL, 2018).

A notificação dos casos crônicos oportuniza encontrar pessoas acometidas pela doença, disponibilizar o acompanhamento necessário ao longo da vida, além do tratamento específico, de acordo com a indicação. Ressalta-se que todos os casos e óbitos por DC demandam a testagem dos contatos que vivem no mesmo domicílio, possibilitando identificar outras pessoas, que podem ter a doença, inclusive na forma crônica indeterminada (assintomática).

2 Perfil Epidemiológico

Entre 10 de janeiro de 2023 e 28 de julho de 2026, foram identificados 5.709 registros de casos confirmados de DCC entre residentes na Bahia. Verifica-se um aumento progressivo do número de notificações no Estado da Bahia desde o início da implementação no e-SUS Notifica, com 1621 notificações em 2023 (28,4%), 1642 (28,8%) em 2024 e 1732 casos (30,3%) em 2025. Em 2026, foram registrados 714 casos (12,5%) até 28 de julho (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos casos confirmados de doença de Chagas crônica, segundo ano de notificação, Bahia 10/01/2023 a 28/07/2026



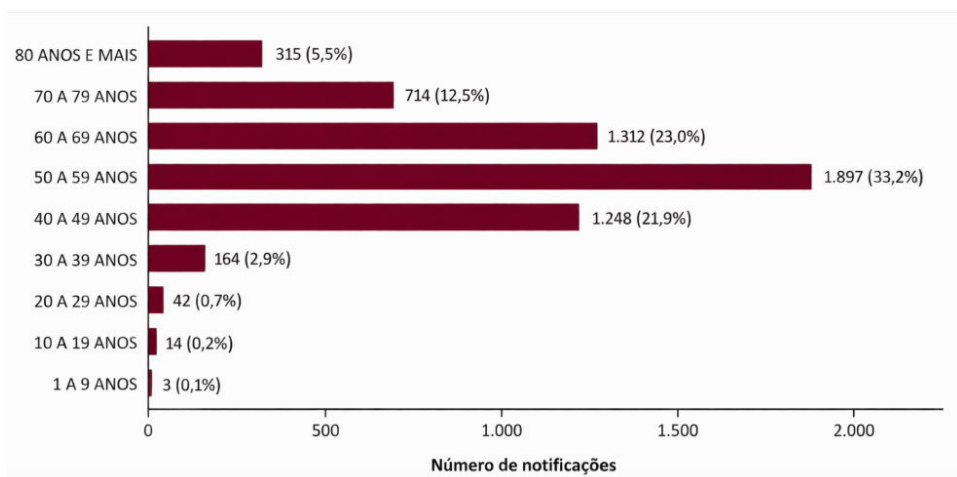
Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/e-SUS Notifica. Dados preliminares, atualizados em 28/07/2026. Dados sujeitos à alteração.

Nota: Base tratada sem registros cancelados, residentes de outras UF's e duplicidades.

A distribuição dos registros apresentou crescimento discreto entre 2023 e 2025, seguido de menor frequência em 2026, período ainda parcial. Dessa forma, o número observado em 2026 não deve ser interpretado como redução da ocorrência da doença. Além disso, por se tratar de uma condição crônica, o ano de notificação não corresponde necessariamente ao ano de infecção, uma vez que pode haver um intervalo prolongado entre a infecção, sua identificação e o registro do caso.

Entre os casos confirmados de DCC, observou-se maior concentração na faixa etária de 50 a 59 anos, com 1897 registros (33,2%), seguida da faixa de 60 a 69 anos, com 1312 (23%). A idade mediana foi de 57 anos, variando de 6 a 104 anos. Todavia, embora o maior número de notificações se concentre na faixa etária a partir de 40 anos, foram notificados casos em adultos entre 30 a 39 anos (2,9%), 20 a 29 anos, além de casos pontuais entre jovens e crianças (Gráfico 2). Vale destacar que a concentração dos registros entre pessoas de 50 a 69 anos deve ser interpretada considerando a natureza crônica da doença e o possível intervalo prolongado entre a infecção, sua identificação e a notificação. Nesse sentido, a idade registrada no momento da notificação não permite inferir o período em que ocorreu a infecção.

Gráfico 2. Distribuição dos casos confirmados de doença de Chagas crônica, segundo faixa etária, Bahia 10/01/2023 a 28/07/2026.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/e-SUS Notifica. Dados atualizados em 28/07/2026. Dados sujeitos à alteração.

Nota: Base tratada sem registros cancelados, residentes de outras UFs e duplicidades.

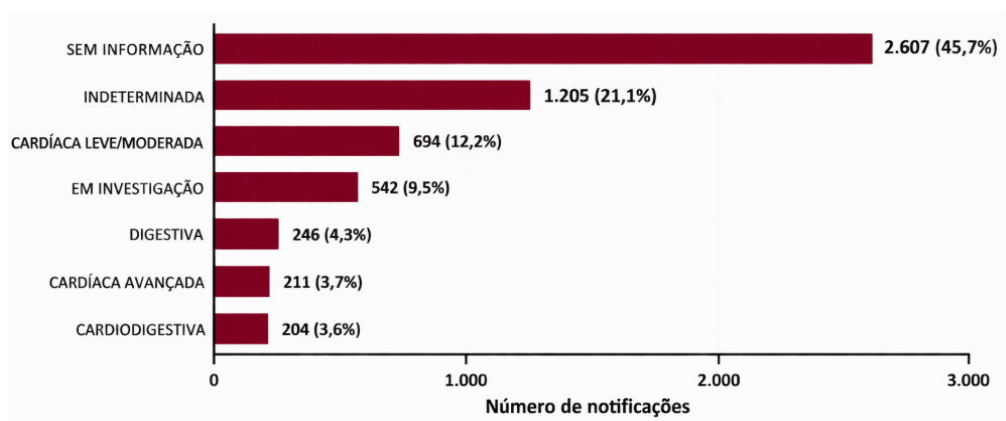
Vale destacar que a concentração dos registros entre pessoas de 50 a 69 anos deve ser interpretada considerando a natureza crônica da doença e o possível intervalo prolongado entre a infecção, sua identificação e a notificação. Nesse sentido, a idade registrada no momento da notificação não permite inferir o período em que ocorreu a infecção.

Quanto ao sexo, observou-se predominância de pessoas do sexo feminino, com 3397 registros (59,5%), enquanto o sexo masculino correspondeu a 2312 registros (40,5%). Em relação à raça/cor, a categoria parda foi a mais frequente, com 3210 registros (56,2%), seguida das categorias branca (14,8%) e preta (13,5%). O campo raça/cor foi classificado como ignorado em 182 registros (3,2%).

A predominância do sexo feminino e da população autodeclarada parda observada nos registros de DCC na Bahia, apresenta padrão semelhante ao descrito nacionalmente. Em 2023, entre os casos crônicos notificados no Brasil, 56,6% correspondiam ao sexo feminino e 49,9% a população parda (Brasil, 2026). Esses achados contribuem para caracterizar o perfil demográfico dos registros no estado, mas não permitem, isoladamente, inferir diferenças de risco ou estabelecer associação causal segundo sexo ou raça/cor.

Entre os casos confirmados da DCC, 2560 (44,8%) apresentavam informação sobre a forma clínica, enquanto 2607 (45,7%) estavam sem informação e 542 (9,5%) permaneciam em investigação. Entre os registros com forma clínica informada, predominou a forma indeterminada, com 1205 casos (47,1%), seguida das formas cardíaca com 1037 casos (40,5%), digestiva com 184 (7,2%), cardiodigestiva com 112 (4,4%) e outras com 22 casos (0,9%) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição dos casos confirmados de doença de Chagas crônica, segundo forma clínica, Bahia 10/01/2023 a 28/07/2026.

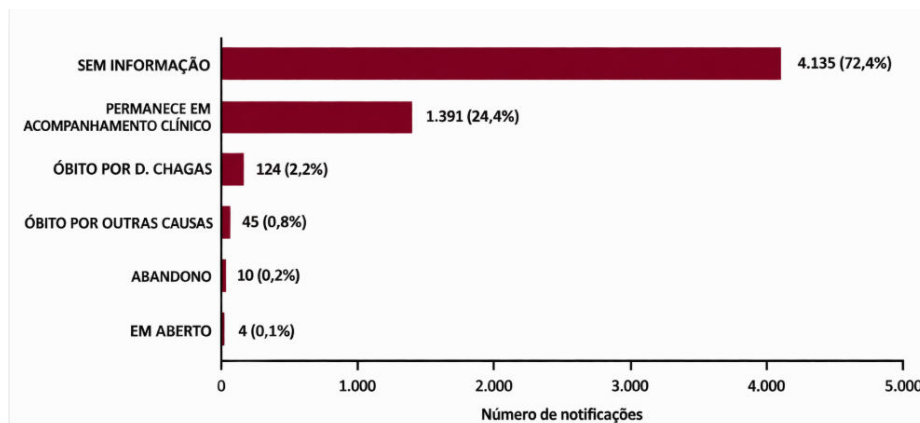


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/e-SUS Notifica. Dados atualizados em 28/07/2026. Dados sujeitos à alteração.

Nota: Base tratada sem registros cancelados, residentes de outras UFs e duplicidades.

A predominância da forma indeterminada entre os registros com informação clínica disponível é compatível com a evolução da DC, que pode permanecer sem manifestações clínicas específicas por longo período. Entretanto, a elevada proporção de registros sem informação sobre a forma clínica (45,7%) limita a caracterização do perfil clínico dos casos notificados e deve ser considerada na interpretação dos resultados. Foram registrados 124 encerramentos por óbito por DC como causa básica e 45 por outras causas (Gráfico 4). Os óbitos por DC como causa básica ocorreram em pessoas com idades entre 32 e 104 anos, sendo 13 (10,48%) em indivíduos com até 49 anos. Destaca-se a importância da investigação dos óbitos para qualificar a determinação da causa básica e contribuir para a identificação de possíveis óbitos por DC não reconhecidos ou registrados, fortalecendo a vigilância da doença.

Gráfico 4. Situação de encerramento dos casos confirmados de doença de Chagas crônica, Bahia 10/01/2023 a 28/07/2026.

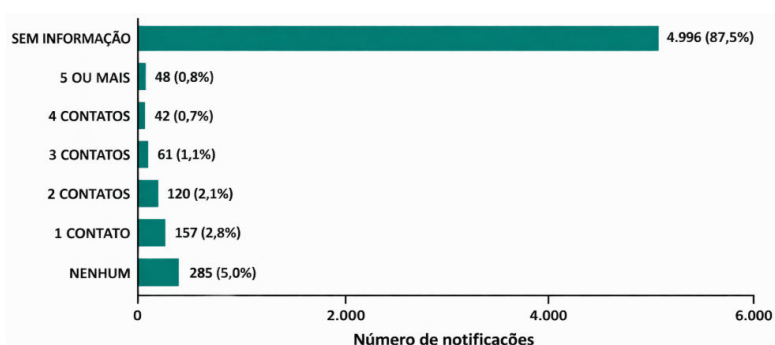


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/e-SUS Notifica. Dados atualizados em 28/07/2026. Dados sujeitos à alteração.

Nota: Base tratada sem registros cancelados, residentes de outras UFs e duplicidades.

Entre os casos confirmados de DCC, 430 (7,5%) apresentavam o registro de pelo menos um contato testado, enquanto 5000 (87,5%) não apresentavam informação sobre a investigação de contatos. Em 279 registros (4,9%), foi informado que não houve contato testado (Gráfico 5). A elevada proporção de registros sem informação sobre investigação de contatos limita a avaliação dessa ação de vigilância no período. Entre as notificações com informação disponível, a identificação de contatos testados foi pouco frequente, evidenciando necessidade de qualificar o registro das ações realizadas e de fortalecer a investigação de contatos dos casos confirmados, considerando seu papel na identificação de outras pessoas potencialmente acometidas.

Gráfico 5. Número de contatos testados entre os casos confirmados de Doença de Chagas crônica, Bahia 10/01/2023 a 28/07/2026

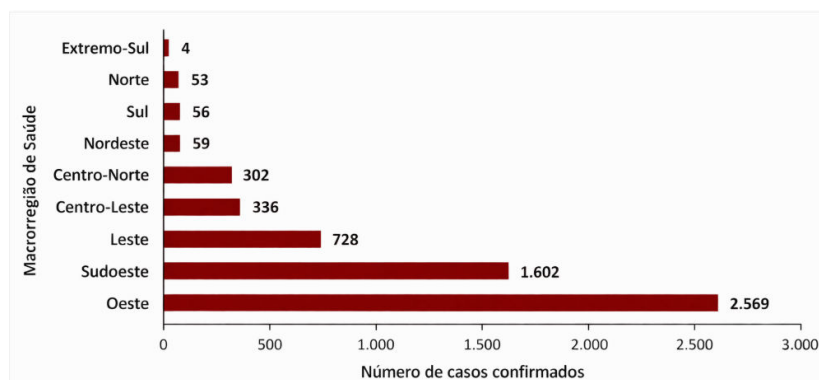


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/e-SUS Notifica. Dados atualizados em 28/07/2026. Dados sujeitos à alteração.

Nota: Base tratada sem registros cancelados, residentes de outras UFs e duplicidades.

A distribuição territorial da DCC foi analisada segundo a macrorregião de saúde de residência dos casos confirmados registrados no período analisado. Dos 5709 casos, observou-se concentração dos registros em algumas macrorregiões, com destaque para o Oeste e o Sudoeste. A Macrorregião Oeste concentrou 2569 casos (45%), seguida da Sudoeste, com 1602 (28,1%), e da Leste, com 728 (12,8%). Juntas, essas três macrorregiões concentraram 4899 casos, correspondentes a 85,9% dos registros. As demais apresentaram proporções inferiores a 6%, com destaque para a Centro Leste (5,9%), Centro Norte (5,3%), Nordeste (1%), Sul (1%), Norte (0,9%) e Extremo Sul (0,1%) (Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribuição dos casos confirmados de doença de Chagas crônica, segundo a macrorregião de saúde, Bahia 10/01/2023 a 28/07/2026.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/e-SUS Notifica. Dados atualizados em 28/07/2026. Dados sujeitos à alteração.

Nota: Base tratada sem registros cancelados, residentes de outras UFs e duplicidades.

A distribuição evidencia importante concentração territorial da DCC, especialmente em macrorregiões como Oeste e Sudoeste. Esse padrão é relevante para a vigilância epidemiológica, pois demonstra que os registros não se distribuem de forma homogênea pelo território estadual, concentrando-se principalmente em áreas específicas. Esse achado também é pertinente para a análise dos resultados laboratoriais entre gestantes apresentada no Boletim Epidemiológico Doença de Chagas Aguda na Bahia: suspeição, confirmação e testagem no pré-natal (2026), uma vez que a Macrorregião Oeste também concentrou a maior proporção dos registros com resultado laboratorial positivo nessa população.

3 Contraste entre os registros da fase aguda e da fase crônica: implicações para a vigilância da doença de Chagas

Embora a DCA e a DCC sejam notificadas em sistemas de informação distintos e correspondam a diferentes momentos da história natural da infecção, a análise conjunta dos registros permite caracterizar o padrão de identificação da enfermidade no Estado da Bahia e discutir suas implicações para a vigilância epidemiológica. Para esta comparação, foram considerados apenas os casos confirmados de DCA após investigação epidemiológica e os casos confirmados de DCC registrados no sistema do e-SUS Notifica. Os dados de 2026 são parciais e correspondem aos períodos disponíveis nas respectivas bases, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Comparação do número de casos confirmados de Doença de Chagas Aguda (DCA) e de Doença de Chagas Crônica (DCC), segundo ano de notificação, Bahia, 2023 a 2026.

ANO	CASOS CONFIRMADOS DCA (SINAN)	CASOS CONFIRMADOS DCC (e-SUS NOTIFICA)
2023	5	1621
2024	6	1642
2025	7	1732
2026*	2	714
TOTAL	20	5709

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP. Sinan Net SESAB/SUVISA/DIVEP, dados preliminares, atualizados em 04/08/2026; e-SUS Notifica, dados preliminares, atualizados em 28/07/2026. Dados sujeitos à alteração

Observa-se um contraste expressivo entre os registros das duas fases da doença no período analisado. Entre 2023 e 2026, foram confirmados 20 casos de DCA após investigação epidemiológica, enquanto a DCC apresentou 5709 registros de casos confirmados no e-SUS Notifica. Na série da DCA, o número de confirmações variou de cinco a sete casos anuais entre 2023 e 2025, com dois registros em 2026 até a presente data de atualização da base. Na DCC, por sua vez, foram registrados 1621 casos em 2023, 1642 em 2024, 1732 em 2025 e 714 até 28 de julho de 2026. A comparação evidencia, portanto, uma predominância de registros da doença na fase crônica entre os casos identificados pelos sistemas de vigilância no período.

Esse padrão deve ser interpretado à luz da história natural da DC. A fase aguda pode ser assintomática ou apresentar manifestações clínicas leves e inespecíficas, enquanto a fase crônica pode permanecer assintomática durante longos períodos. As manifestações cardíacas e digestivas podem surgir posteriormente, após anos ou décadas de evolução. Dessa forma, o caráter frequentemente silencioso ou inespecífico da infecção em diferentes momentos de sua evolução pode contribuir para que a doença seja identificada em distintas fases clínicas, inclusive muitos anos após a infecção inicial (Brasil, 2016; WHO, 2026).

Nesse contexto, a vigilância da DC deve considerar a detecção dos casos em articulação com a Rede de Atenção à Saúde e a continuidade do cuidado. A identificação das pessoas acometidas possibilita sua vinculação ao acompanhamento clínico, à avaliação das manifestações da doença e às intervenções terapêuticas indicadas, além de favorecer a investigação de contatos e de outros indivíduos potencialmente infectados no mesmo contexto familiar (Brasil, 2016). Essa perspectiva integrada entre a vigilância e a atenção à saúde é particularmente relevante diante da evolução prolongada da doença e da necessidade de acompanhamento das pessoas acometidas ao longo do tempo.

Na Bahia essa abordagem tem sido contemplada por iniciativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e Fiocruz em parceria com o estado e municípios elegíveis, como o Projeto IntegraChagas Brasil, que busca ampliar o acesso à detecção, diagnóstico, tratamento e cuidado integral das pessoas com DC, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, por meio da integração entre vigilância, assistência, saúde e ambiente, considerando os determinantes sociais e os contextos de vulnerabilidade dos territórios (São Desidério, 2025); o Projeto CUIDA Chagas, uma iniciativa internacional e inovadora que busca ampliar o acesso ao diagnóstico, tratamento e cuidado das pessoas com DC, contribuindo para a eliminação da transmissão vertical (CUIDA CHAGAS, [s.d.]);o Projeto Oxente Chagas, desenvolvido com estratégias voltadas à ampliação do acesso à testagem, ao tratamento e ao cuidado das pessoas com DC, que reforça a importância de respostas articuladas no território para ampliar a identificação das pessoas acometidas e a sua vinculação às ações de cuidado (Santos et al., 2024).

Assim, o contraste entre o reduzido número de registros confirmados na fase aguda e o maior volume de registros na fase crônica não permite estabelecer relação direta entre os casos das duas fases, nem inferir, isoladamente, a ocorrência de subdiagnóstico ou perda de oportunidade diagnóstica. Entretanto, diante do elevado número de pessoas identificadas na fase crônica e reduzida identificação na fase aguda, esse padrão merece atenção da vigilância epidemiológica, especialmente considerando que a apresentação clínica da fase aguda é frequentemente inespecífica e que a fase crônica pode permanecer assintomática por longos períodos (Brasil, 2016; WHO, 2026).

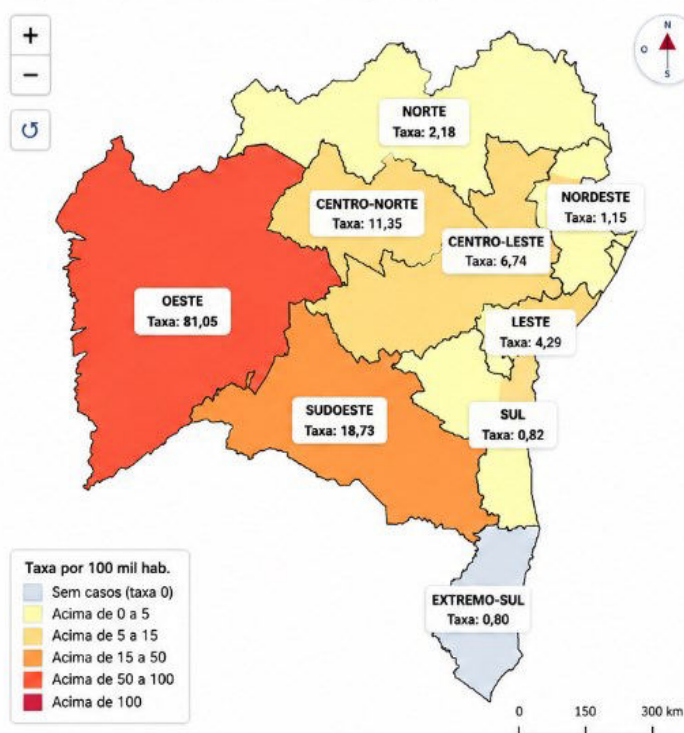
Nesse cenário, a qualificação da suspeição constitui elemento relevante para ampliar o reconhecimento de situações compatíveis com a doença e favorecer a investigação e o encaminhamento oportunos das pessoas acometidas. A vigilância articulada à rede de atenção e à linha de cuidado torna-se, portanto, fundamental para reduzir o intervalo entre a ocorrência da infecção e sua identificação, bem como para assegurar o acompanhamento das pessoas diagnosticadas ao longo da evolução da doença.

A taxa de detecção de DCC no estado apresentou incremento de 5,3% entre 2024 e 2025, passando de 11,06 para 11,65 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Observou-se, entretanto, importante heterogeneidade entre as macrorregiões de saúde. A Oeste apresentou as maiores taxas de detecção nos dois anos analisados, com aumento de 81,01 para 100,51 casos por 100 mil habitantes. Em seguida, destacou-se a Macrorregião Sudoeste, cuja taxa passou de 18,73 para 20,52 casos por 100 mil habitantes. A Macrorregião Centro-Norte apresentou estabilidade no período, com taxas de 11,35 e 11,24 casos por 100 mil habitantes em 2024 e 2025, respectivamente. As demais macrorregiões apresentaram taxas inferiores a 7 casos por 100 mil habitantes em ambos os anos, com redução na maioria delas (Figura 1).

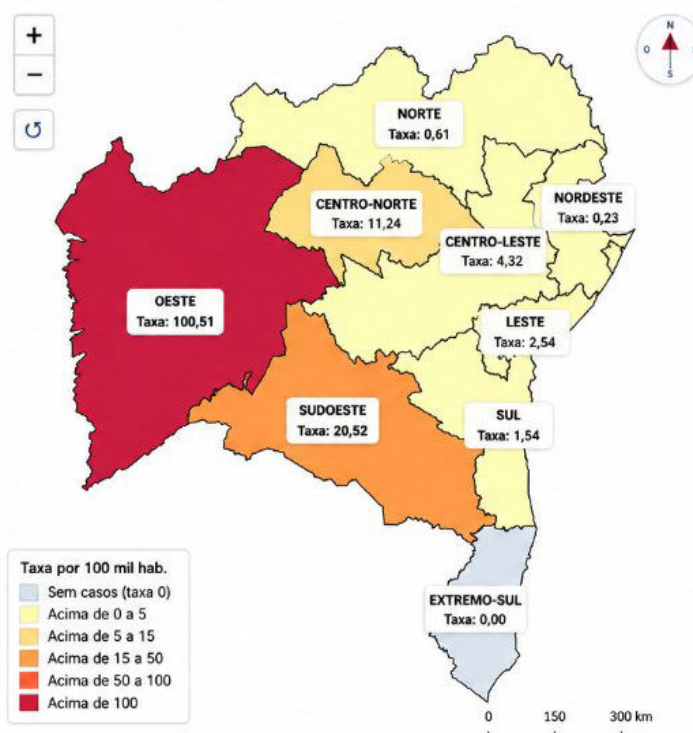
A maior detecção de casos observada nas Macrorregiões Oeste e Sudoeste pode estar relacionada, em parte, à presença e à atuação de serviços e iniciativas voltados à vigilância, diagnóstico, acompanhamento e tratamento da DC. Na Macrorregião Oeste, o município de Barreiras conta com o Centro de Saúde Municipal Leonídia Ayres, referência para o atendimento para DC, além da atuação de dois projetos na região: o Projeto IntegraChagas, no município de São Desidério, e o Projeto Cuida Chagas, em Riachão das Neves. Na Macrorregião Sudoeste, destaca-se a atuação do Projeto Oxente Chagas, no município de Tremedal, além de municípios que desenvolvem ações no âmbito do Programa de Controle da Doença de Chagas. Esse conjunto de iniciativas e ações de vigilância e assistência também pode contribuir para a ampliação da identificação e o maior número de casos notificados, bem como, para o acesso e a dispensação tratamentos específicos liberados.

Figura 1. Taxa de detecção de casos crônicos de doença de Chagas, segundo a macrorregião de saúde, Bahia, 2024 e 2025.

A – Taxa de detecção de casos crônicos de doença de Chagas, segundo macrorregião de saúde, Bahia, 2024



B – Taxa de detecção de casos crônicos de doença de Chagas, segundo macrorregião de saúde, Bahia, 2025



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/e-SUS Notifica. Dados atualizados em 28/07/2026. Dados sujeitos à alteração.

Nota: Base tratada sem registros cancelados, residentes de outras UF's e duplicidades.

DA INVISIBILIDADE AO CUIDADO

A implantação da notificação dos casos crônicos de doença de Chagas, em 2023, possibilitou a identificação de pessoas com a doença de Chagas. A partir da notificação, tornou-se possível encontrar pessoas que permaneceram por anos na invisibilidade, muitas vezes sem diagnóstico ou acompanhamento, com a possibilidade de ter o diagnóstico a partir das complicações causadas pela doença. Isso representa um importante avanço para a vigilância e para a gestão do cuidado das pessoas acometidas pela doença.

Identificar esses casos oportunamente permite começar a conhecer a prevalência da DC, possibilitando organizar a rede de atenção, promover o acompanhamento clínico e ampliar o acesso ao cuidado e o acompanhamento ao longo da vida. Notificar é também dar visibilidade, cuidar e proteger.

REFERÊNCIAS

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.

BERN, Caryn. Chagas' disease. *The New England Journal of Medicine, Boston*, v. 373, n. 5, p. 456-466, 2015. DOI: 10.1056/NEJMra1410150.

CUIDA CHAGAS. **CUIDA Chagas**: Comunidades Unidas para a Inovação, Desenvolvimento e Atenção à doença de Chagas. [S. l.]: CUIDA Chagas, [s. d.]. Disponível em: <https://cuidachagas.org/>. Acesso em: 10 ago. 2026.

DIAS, João Carlos Pinto et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 25, n. esp., p. 7-86, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000500002>. Acesso em: 06 ago. 2026.

EDWARDS, Morven S. et al. Congenital Chagas disease: progress toward implementation of pregnancy-based screening. *Current Opinion in Infectious Diseases*, v. 34, n. 5, p. 534-539, 2021. DOI: <https://10.1097/QCO.0000000000000769>.

OLIVEIRA, Luiza Bazin de et al. Doença de Chagas no Brasil: análise de 12 anos (2012 a 2023). *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 8, n. 2, 2025. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n2-389>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Doença de Chagas** (tripanossomíase americana). Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2026. Disponível em: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis)). Acesso em: 10 ago. 2026.

SANTOS, Fred Luciano Neves et al. The Oxente Chagas Bahia Project: **evaluating the efficacy of a rapid diagnostic test and treatments for Chagas disease**. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 119, e240140, 2024. DOI: 10.1590/0074-02760240140.

SÃO DESIDÉRIO (BA). Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim epidemiológico 2025: doença de Chagas**. São Desidério: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. Disponível em: <https://saodesiderio.ba.gov.br/wp-content/uploads/2025/05/sao-desiderio-boletim-epidemiologico-2025.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2026.