

Boletim Epidemiológico

Situação Epidemiológica da Malária no Estado da Bahia, 2024-2025

Nº 01 | julho | 2026

O que é malária?

Doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários do gênero *Plasmodium*, transmitidos pelo mosquito do gênero *Anopheles*. No Brasil existem três espécies de *Plasmodium* que estão associados à malária em seres humanos: *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae*. Entre os vetores do gênero *Anopheles* cinco espécies são responsáveis pela transmissão da doença no Brasil: *An. darlingi*, *An. aquasalis*, *An. albitarsis*, *An. Anopheles (Kerteszia) cruzii* e *An. (Kerteszia) bellator*.

Quando suspeitar de Malária?

Sintomas – O quadro clínico da malária depende da espécie do parasito, da quantidade de parasitos circulantes (parasitemia), do tempo de doença e do nível de imunidade adquirida pelo paciente.

Nem sempre o quadro clínico é

característico da doença. Por essa razão, qualquer pessoa que apresente um dos sintomas descritos abaixo e que foi exposta à área com risco de transmissão deve procurar um local que realize o diagnóstico para malária. Observar: Calafrios, febre superior ou igual a 40° C, sudorese profusa, cefaleia, mialgia, náuseas, vômitos, diarreia, astenia, dor abdominal. Nos quadros mais graves: plaquetopenia (< 100.000) que pode levar a sangramentos, hepatomegalia, esplenomegalia, entre outros.

Área não endêmica – toda pessoa que seja residente ou tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente febre acompanhada ou não dos seguintes sintomas: cefaleia, calafrio, sudorese, cansaço, mialgia; ou toda pessoa testada para malária durante investigação

epidemiológica.

Como se transmite? Através da picada da fêmea do mosquito *Anopheles*, infectada pelo *Plasmodium*.

O que fazer em caso de suspeita de Malária?

1 - Procurar atendimento em serviço de saúde do município para diagnóstico;

2- Informar o município sobre existência de outros casos suspeitos, contatos domiciliares, profissionais.

O que fazer para prevenir?

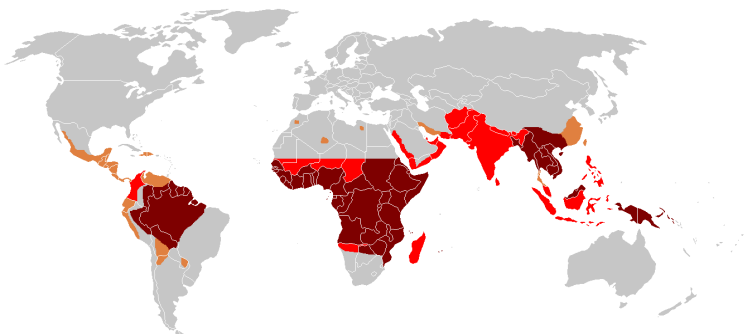
Evitar se expor à ação do vetor no crepúsculo, noite e ao amanhecer; usar repelente, mosquiteiro de malha fina e telas nas portas e janelas; e roupas de mangas compridas.

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica/MS

A malária permanece como um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Segundo o Relatório Mundial sobre a Malária 2025 da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 282 milhões de casos e 610 mil mortes registradas em 2024. A maioria ocorreu na Região Africana, que concentrou 94% dos casos e 95% dos óbitos, afetando principalmente crianças menores de 5 anos, grupo mais vulnerável à doença. Países como Nigéria, República Democrática do Congo, Uganda, Etiópia e Moçambique lideram em número de casos e mortes. Nas Américas, Brasil, Venezuela e Colômbia responderam por mais de 75% dos casos, sendo o *Plasmodium vivax* a espécie predominante, responsável por 69% das infecções¹.

No Brasil, a região amazônica concentra mais de 99% dos casos autóctones. Já na região extra-amazônica, onde os casos são majoritariamente importados, a letalidade é 51 vezes maior, refletindo os desafios no diagnóstico e tratamento oportuno fora das áreas endêmicas².

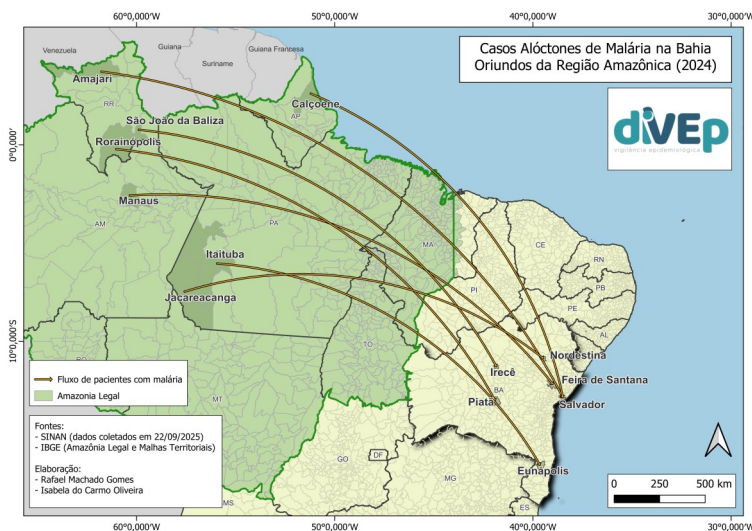
Mapa 1 – Distribuição geográfica da malária nos países endêmicos: áreas de transmissão ativa por intensidade.



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS) – adaptação ilustrativa.

Nesse contexto, a Bahia apresenta características que requerem atenção especial para a vigilância da malária. A presença disseminada de mosquitos do gênero *Anopheles*, conforme evidenciado pela carta anofélica³, indica uma alta receptividade para a transmissão da doença em várias regiões do estado. Essa situação é agravada pela vulnerabilidade de diversos municípios à introdução ou reintrodução da malária, motivada por fatores ambientais e sociais, como mineração, extrativismo, agropecuária e obras de infraestrutura. Essas atividades favorecem o deslocamento de pessoas para áreas endêmicas e o retorno de indivíduos infectados para regiões onde a transmissão já havia sido interrompida, criando condições para o ressurgimento da doença.

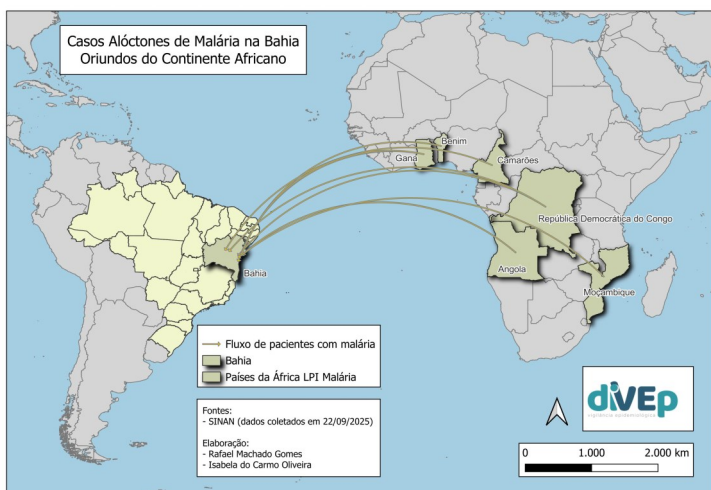
Mapa 2 – Mapa de distribuição de casos confirmados de malária, importados Região Amazônica e local provável de infecção em 2024. Bahia, 2026 (N=7).



Fonte: SESAB/DIVEP/SINANNET *dados atualizados até 06/07/2026 podendo sofrer alterações. Excluídas LVC. (acesso 07/07/2026)

te de infecção os países do Continente Africano: **Angola (2 casos), Benin (1), Camarões (1 caso), Congo (2 casos), Gana (3 casos), Moçambique (1 caso) e Luanda (1 caso).**

Mapa 3 – Mapa de distribuição de casos confirmados de malária, importados do Continente Africano e local provável de infecção em 2024. Bahia, 2026. (N=11)



Fonte: SESAB/DIVEP/SINANNET *dados atualizados até 06/07/2026 podendo sofrer alterações. Excluídas LVC. (acesso 07/07/2026)

dos de malária no estado da Bahia, distribuídos nos municípios de **Salvador (4 casos; 30,8%), Camaçari (1 caso; 7,7%), Palmas de Monte Alto (1 caso; 7,7%), Paulo Afonso (1 caso; 7,7%), Ilhéus (1 caso; 7,7%), Seabra (1 caso; 7,7%), Feira de Santana (1 caso; 7,7%), Pindobaçu (1 caso; 7,7%), Igaporã (1 caso; 7,7%) e Ribeira do Pombal (1 caso; 7,7%).** Em comparação com o mesmo período de 2024, quando foram registrados 19 casos, observa-se uma **redução de 31,6%** na ocorrência de casos importados no estado.

A malária é uma doença de notificação compulsória imediata, portanto, todo caso suspeito deve ser notificado às autoridades de saúde em até 24 horas, pelo meio mais rápido disponível (telefone, fax, e-mail), conforme **Portaria Ministerial nº 6.734, de 18 de março de 2025 e Portaria Estadual nº 551 de 26 de maio de 2025**, com registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Na Bahia, no ano de 2024, foram notificados 19 casos confirmados, 18 foram importados e 1 classificado como indeterminado, pois não há informação sobre o local provável de infecção. Este último foi detectado durante a triagem de doação de sangue, por meio do Kit NAT Plus, que identificou a presença de *Plasmodium* ou de seus antígenos.

Dos casos importados, (38,9%; 7/18) tiveram origem nos estados brasileiros da Amazônia Legal: **Pará (2 casos), Roraima (3 casos), Amapá (1 caso) e Amazonas (1 caso).** Os outros (61,1%; 11/19) tiveram como fonte

No período de análise, os **mapas 2 e 3**, ilustram o deslocamento de casos confirmados e importados de malária, causados por *Plasmodium falciparum* e *Plasmodium vivax*, oriundos de áreas endêmicas com destino ao Estado da Bahia. Destaca-se que o *Plasmodium falciparum* é responsável pela forma mais grave da doença, exigindo diagnóstico e tratamento oportunos para evitar desfechos fatais. **Dois casos** procedentes de Angola evoluíram para **óbito**.

Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), embora cinco espécies de *Plasmodium* sejam reconhecidas como causadoras de malária em humanos, o *Plasmodium falciparum* é a espécie predominante na África Subsaariana e está associado à maior parte das infecções sintomáticas e dos óbitos por malária em nível global⁴. Diante desse cenário, os casos importados na Bahia configuram risco elevado para possível ocorrência de formas graves e óbitos por malária.

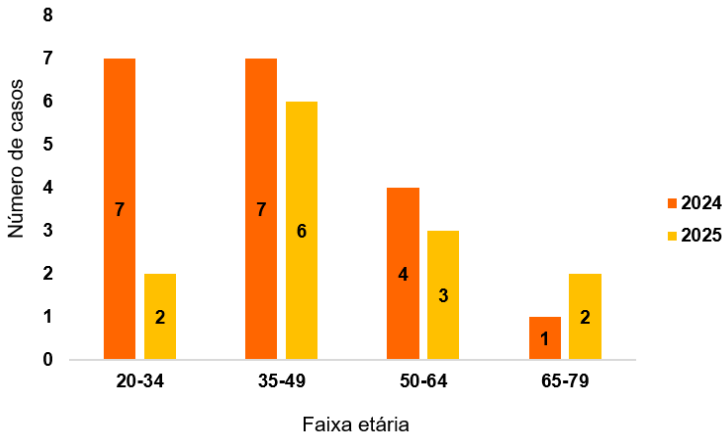
No período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2025, foram registrados 13 casos confirmados e importados de malária no estado da Bahia, distribuídos nos municípios de **Salvador (4 casos; 30,8%), Camaçari (1 caso; 7,7%), Palmas de Monte Alto (1 caso; 7,7%), Paulo Afonso (1 caso; 7,7%), Ilhéus (1 caso; 7,7%), Seabra (1 caso; 7,7%), Feira de Santana (1 caso; 7,7%), Pindobaçu (1 caso; 7,7%), Igaporã (1 caso; 7,7%) e Ribeira do Pombal (1 caso; 7,7%).** Em comparação com o mesmo período de 2024, quando foram registrados 19 casos, observa-se uma **redução de 31,6%** na ocorrência de casos importados no estado.

Dos 13 casos importados de malária registrados no período, (61,5%; 8/13) tiveram como provável local de infecção a **Amazônia Legal brasileira**, distribuídos entre os estados do **Amazonas** (2 casos), **Acre** (2), **Rondônia** (1), **Pará** (1) e **Roraima** (2). Além disso, (7,7%; 1/13) tiveram como provável local de infecção a **Guiana**. Os (30,8%; 4/13) restantes tiveram como provável local de infecção países do continente africano, sendo **Angola** responsável por três casos e a **Etiópia** por um caso.

Na análise por **macrorregiões de saúde**, destaca-se, em 2025, a **macrorregião Leste**, que concentrou o maior número de registros (**5 casos; 38,5%**), seguida pelas macrorregiões **Norte, Centro-Leste e Sudoeste**, com **2 casos cada** (15,4%). As macrorregiões **Nordeste e Sul** apresentaram **1 caso cada** (7,7%), indicando dispersão dos casos, porém com maior concentração em áreas de maior fluxo populacional.

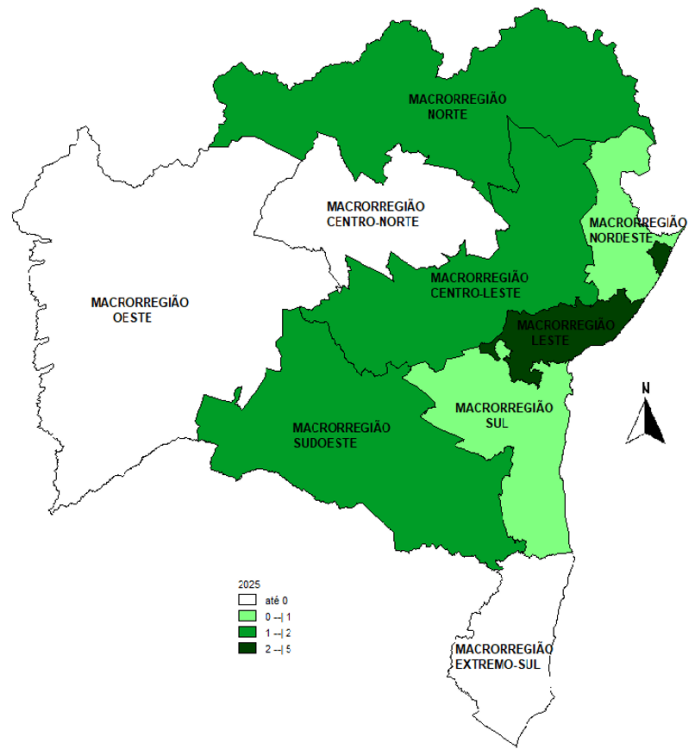
É importante destacar que o bioma Mata Atlântica, na Bahia, abrange cinco regiões: Chapada Diamantina Oeste, Litoral Norte, Baixo Sul, Sul e Extremo-Sul⁵. Neste contexto, o município de Salvador, inserido nesse bioma, configura-se como um relevante polo turístico do estado, com intenso fluxo de pessoas, o que potencializa o risco de introdução e disseminação de casos importados. Em âmbito nacional, o bioma Mata Atlântica é responsável por cerca de 80% dos casos de malária registrados fora da Amazônia Legal, o que reforça a necessidade de estratégias integradas e territorializadas de vigilância, especialmente em áreas com características ecológicas favoráveis à reprodução do vetor.

Figura 1 – Distribuição de casos confirmados de malária, importados por faixa etária, 2024 e 2025, Bahia, 2026. (N=32).



Fonte: SESAB/DIVEP/SINANNET *dados atualizados até 06/07/2026 podendo sofrer alterações. Excluídas LVC. (acesso 07/07/2026)

Mapa 4 – Distribuição de casos confirmados de malária, importados por NRS. Bahia, janeiro a dezembro de 2025. Bahia, 2026. (N=13).



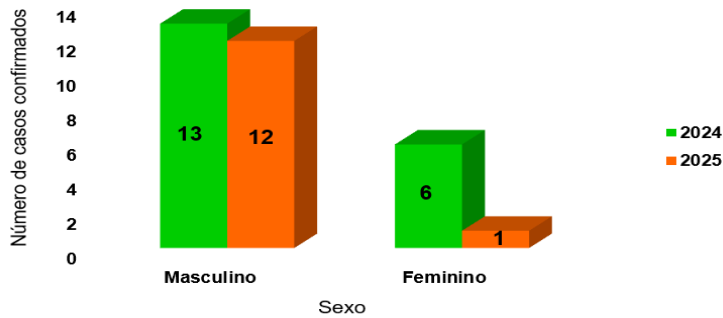
Fonte: SESAB/DIVEP/SINANNET *dados atualizados até 06/07/2026 podendo sofrer alterações. Excluídas LVC. (acesso 07/07/2026)

Em relação à faixa etária, em 2025 observou-se predominância de casos na faixa de 30 a 39 anos, que concentrou (38,5%; 5/13) dos registros. Em seguida, destacaram-se as faixas de 50 a 59 anos (23,1%; 3/13), e de 40 a 49 anos, (15,4%; 2/13). As demais ocorrências distribuíram-se de forma equivalente entre as faixas de 20 a 29 anos, 60 a 69 anos e 70 a 79 anos, cada uma representando (7,7%; 1/13) dos casos (Figura 1). A mediana de idade foi de 41 anos.

Em comparação com o ano anterior, a maior proporção de casos concentrou-se na faixa de 40 a 49 anos, correspondente a (31,6%; 6/19), seguida pela faixa de 20 a 29 anos, (26,3%; 5/19). As faixas de 30 a 39 anos e 60 a 69 anos apresentaram a mesma frequência, ambas com (15,8%; 3/19), enquanto a faixa de 50 a 59 anos representou (10,5%; 2/19) dos registros. A mediana de idade foi de 43 anos.

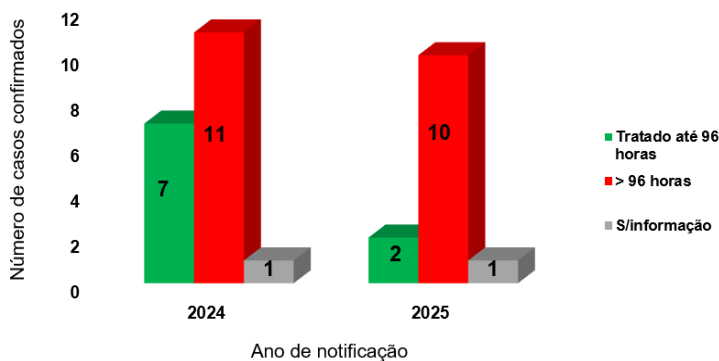
De forma geral, observa-se que os casos se concentram em indivíduos em idade produtiva, o que pode indicar potencial impacto socioeconômico, especialmente relacionado à força de trabalho ativa.

Figura 2 – Distribuição de casos confirmados de malária, importados por sexo. 2024 e 2025. Bahia, 2026. (N=32).



Fonte: SESAB/DIVEP/SINANNET *dados atualizados até 06/07/2026 podem sofrer alterações. Excluídas LVC. (acesso 07/07/2026)

Figura 3 - Distribuição de casos confirmados de malária, importados segundo oportunidade de tratamento Bahia, 2024 e 2025. Bahia, 2026. (N=32).



Fonte: SESAB/DIVEP/SINANNET *dados atualizados até 06/07/2026 podem sofrer alterações. Excluídas LVC. (acesso 07/07/2026)

Em relação ao sexo, no ano de 2025, **(92,3%; 12/13)** dos casos confirmados de malária importada ocorreram em indivíduos do sexo masculino, enquanto **(7,7%; 1/13)** ocorreram em indivíduos do sexo feminino. Em comparação com 2024, **(68,4%; 13/19)** dos casos confirmados de malária importada ocorreram em indivíduos do sexo masculino e **(31,6%; 6/19)** no sexo feminino.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o **tratamento para malária** deve ser oportuno, a partir da data de início dos primeiros sintomas. Em relação ao *P. falciparum* o ideal é iniciar o tratamento em até 48 horas, a fim de evitar o agravamento do quadro clínico e óbito. Entretanto, os dados apresentados evidenciam atraso no início do tratamento dos casos importados notificados na Bahia.

Em 2024, **(57,9%; 11/19)** dos casos iniciaram o tratamento após 96 horas do início dos sintomas, percentual que aumentou para **(76,9%; 10/13)** em 2025. Em contrapartida, a proporção de casos tratados em até 96 horas reduziu-se de **(36,8%; 7/19)** para **(15,4%, 2/13)** entre os dois anos. Embora tenha ocorrido redução no número absoluto de casos importados em 2025, os dados sugerem piora na oportunidade do tratamento, indicando persistência de atraso na suspeição clínica, no diagnóstico ou no acesso oportuno aos serviços de saúde, fatores que podem favorecer a ocorrência de complicações, especialmente nos casos causados por *P. falciparum*.

ELIMINAR A MALÁRIA É UM COMPROMISSO DE TODOS. A MALÁRIA TEM CURA, E O TRATAMENTO É GRATUITO PELO SUS

REFERÊNCIAS:

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World malaria report 2025**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/world-malaria-report-2025>. Acesso em: 7 jul. 2026.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação epidemiológica da malária**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2025?]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/malaria/situacao-epidemiologica-da-malaria>.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Malaria**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>. Acesso em: 7 jul. 2026.
4. BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Laboratório Central de Saúde Pública Prof. Gonçalo Moniz (LACEN/BA). **Boletim Entomológico nº 03/2016: Carta anofélica da Bahia, Brasil (Diptera: Culicidae)**. Salvador: LACEN/BA, 2016. Disponível em: https://www.ba.gov.br/saude/sites/site-sesab/files/migracao_2024/arquivos/wp-content/uploads/2017/08/Boletim_Entomologico_n03_Carta_anofelica_6abril2016.pdf. Acesso em: 7 jul. 2026. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Malaria**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>. Acesso em: 7 jul. 2026.
5. RESERVA DA BIOSFERA DA MATA ATLÂNTICA. **Revisão e atualização dos limites e zoneamento da Reserva da Biosfera da Mata Atlântica em base cartográfica digitalizada: Fase VI**. São Paulo: Conselho Nacional da Reserva da Biosfera da Mata Atlântica, 2008. Disponível em: [https://www.rbma.org.br/rbma/pdf/RBMAFaseVIDoc\(Portugues\).pdf](https://www.rbma.org.br/rbma/pdf/RBMAFaseVIDoc(Portugues).pdf). Acesso em: 7 jul. 2026.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Guia de tratamento da malária no Brasil**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 18 jun. 2026.