REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DOS CASOS CONFIRMADOS DE DOENÇA DE CHAGAS AGUDA NA BAHIA, 2015-2025

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND SPATIOTEMPORAL DISTRIBUTION OF CONFIRMED CASES OF ACUTE CHAGAS DISEASE IN BAHIA, 2015-2025

Ciências da Saúde • 22/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795168092

João Antônio Prado Amorim Mota[1]

Lucas Cunha Porto[1]

Bruno Barros Bulhões[1]

João Vitor Lins e Castro[1]

Célia Maria Machado Barbosa de Castro[2]

Vagner Rodrigues Sales[3]

RESUMO

A Doença de Chagas Aguda permanece como agravo relevante para a vigilância epidemiológica brasileira, especialmente pela transmissão oral e pela heterogeneidade territorial dos casos. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico e a distribuição espaço-temporal dos casos confirmados de Doença de Chagas Aguda na Bahia, entre 2015 e 2025. Trata-se de estudo ecológico, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foram analisados o ano do primeiro sintoma, município e macrorregião de residência, sexo, faixa etária, raça/cor, modo e local prováveis de infecção, critério de confirmação e evolução. As tabulações apresentaram 24 registros classificados como casos confirmados, concentrados principalmente em 2024 e 2025. Ibititá, Santo Estêvão e Serrolândia apresentaram o maior número de registros. A macrorregião Centro-Norte concentrou 45,8 por cento dos casos, seguida pela Centro-Leste, com 29,2 por cento. A transmissão oral foi o modo provável de infecção mais frequente, com 62,5 por cento dos registros, e a confirmação laboratorial ocorreu em 91,7 por cento dos casos. Conclui-se que a doença apresenta baixa incidência nos registros analisados e concentração temporal e territorial, reforçando a importância da vigilância, da investigação dos casos e da qualificação dos registros.

Palavras-chave: doença de Chagas aguda; epidemiologia; incidência; vigilância epidemiológica; Bahia.

ABSTRACT

Acute Chagas disease remains a relevant condition for Brazilian epidemiological surveillance, particularly because of oral transmission and the territorial heterogeneity of cases. This study

aimed to analyze the epidemiological profile and spatiotemporal distribution of confirmed acute Chagas disease cases in Bahia, Brazil, between 2015 and 2025. This ecological, retrospective, descriptive, and quantitative study used secondary data from the Notifiable Diseases Information System and population data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The variables analyzed included year of first symptoms, municipality and health macro-region of residence, sex, age group, race/color, probable mode and place of infection, confirmation criterion, and outcome. The tabulations contained 24 records classified as confirmed cases, mainly concentrated in 2024 and 2025. Ibititá, Santo Estêvão, and Serrolândia had the highest numbers of records. The Center-North health macro-region accounted for 45.8 percent of cases, followed by the Center-East macro-region with 29.2 percent. Oral transmission was the most frequent probable mode of infection, accounting for 62.5 percent of records, and laboratory confirmation occurred in 91.7 percent of cases. The disease showed low incidence in the analyzed records and temporal and territorial concentration, reinforcing the importance of surveillance, case investigation, and improvement of records.
Keywords: acute Chagas disease; epidemiology; incidence; epidemiological surveillance; Bahia.

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas é uma enfermidade infecciosa causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. Embora a transmissão por triatomíneos seja a forma mais conhecida, outras vias também apresentam relevância epidemiológica, como a transmissão oral, congênita, transfusional, por transplantes de órgãos e por acidentes laboratoriais. A doença possui uma fase aguda, geralmente com

manifestações clínicas pouco específicas, e uma fase crônica, que pode evoluir para comprometimentos cardíacos, digestivos ou ambos. Por estar relacionada a fatores sociais, ambientais e econômicos, continua sendo um importante problema de saúde pública no Brasil (Brasil, 2019; Vinhaes; Dias, 2000).

Nas últimas décadas, foram alcançados importantes avanços no controle da transmissão vetorial domiciliar, principalmente com a redução da infestação por *Triatoma infestans*. Entretanto, esses resultados não significaram a eliminação da doença. A manutenção do ciclo silvestre do parasito, a presença de espécies vetoras secundárias e o aumento da transmissão oral mantêm a necessidade de vigilância permanente. Além disso, os casos agudos exigem rápida identificação e investigação, especialmente quando relacionados à ocorrência de surtos (Ferreira *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2021).

A vigilância epidemiológica desempenha um papel fundamental na detecção de casos da Doença de Chagas Aguda. Para isso, é indispensável que haja suspeita clínica, confirmação diagnóstica adequada e registro correto das notificações nos sistemas oficiais. Nesse contexto, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) representa uma importante fonte de dados para estudos epidemiológicos, permitindo acompanhar a distribuição da doença ao longo do tempo e entre diferentes regiões. Contudo, a interpretação dessas informações deve considerar limitações como subnotificação, preenchimento incompleto de dados nas fichas e diferenças na capacidade diagnóstica entre os municípios (Brasil, [20--]a; Macêdo *et al.*, 2021).

No estado da Bahia, investigar a ocorrência da Doença de Chagas Aguda é especialmente relevante devido à grande extensão territorial, às desigualdades regionais e às diferenças de acesso aos serviços de saúde. A coexistência de áreas rurais, ambientes favoráveis à circulação do parasito e distintas realidades socioeconômicas reforça a importância de análises epidemiológicas que subsidiem o planejamento das ações de vigilância e controle (Lanza *et al.*, 2023; Miranda *et al.*, 2019; Pavan *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico e a distribuição espaço-temporal dos casos confirmados de Doença de Chagas Aguda no estado da Bahia entre 2015 e 2025, utilizando dados secundários provenientes dos sistemas oficiais de vigilância epidemiológica e de informações populacionais do IBGE.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, observacional, retrospectivo e descritivo, com abordagem quantitativa e análise temporal. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados nas tabulações TABNET da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). O período de 2015 a 2025 foi definido pelo ano do primeiro sintoma. A área de estudo corresponde ao estado da Bahia, composto por 417 municípios. A inclusão de 2025 amplia o período analisado, mas seus registros podem sofrer atualizações posteriores (Bahia, 2017).

A proposta inicial deste trabalho contemplava apenas a Macrorregião Oeste da Bahia. Entretanto, durante a coleta de dados, verificou-se um número reduzido de casos confirmados nesse

recorte, o que limitaria uma análise epidemiológica mais consistente. Dessa forma, optou-se por ampliar a investigação para todo o estado da Bahia, preservando a possibilidade de discutir a situação da região Oeste no contexto estadual mais abrangente.

Foram incluídos os registros classificados como casos confirmados de Doença de Chagas Aguda, referentes a residentes na Bahia, com ano do primeiro sintoma entre 2015 e 2025. Registros de outras doenças, de residentes em outros estados ou fora desse período não integram o recorte. Nas variáveis descritivas, os campos ignorados ou em branco foram mantidos como categorias próprias quando disponíveis. A confirmação corresponde à classificação apresentada nas tabulações, sem reavaliação clínica individual realizada neste estudo.

As variáveis apresentadas nos resultados incluíram: ano do primeiro sintoma, município e macrorregião de saúde de residência, sexo, faixa etária, raça/cor, modo e local prováveis de infecção, critério de confirmação, evolução e autoctonia em relação ao município de residência. A agregação dos municípios por macrorregião foi conferida segundo o Plano Diretor de Regionalização de 2024, publicado pela SESAB em 2025, adotando-se essa classificação para toda a série, sem reconstituir as divisões históricas de cada ano (Bahia, 2025b). Para os coeficientes de incidência, foram utilizados dados populacionais oficiais do IBGE: a estimativa de 2015; a Tabela 6579 do SIDRA para 2016 a 2021; o Censo Demográfico 2022; a relação populacional divulgada ao TCU para 2023, baseada no Censo 2022; e as estimativas de 2024 e 2025. Por esse motivo, o denominador estadual de 2023 coincide com o de 2022 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, [20--], 2015, 2023a, 2023b, 2024, 2025).

Os dados foram organizados por ano e território e analisados por estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas. A incidência estadual anual foi calculada dividindo-se o número de casos confirmados no ano pela população residente da Bahia no mesmo ano e multiplicando-se o resultado por 100.000. O mesmo procedimento foi aplicado aos municípios com casos. A incidência média anual estadual corresponde à soma dos 11 coeficientes anuais calculados sem arredondamento intermediário, dividida por 11, incluindo os anos sem casos. Os percentuais são apresentados com até uma casa decimal e os coeficientes anuais e municipais com até duas, retirando-se zeros decimais desnecessários. Para a média anual, utilizaram-se três casas decimais, preservando a leitura de um valor muito baixo.

Considerando que as informações são de acesso público, apresentadas de forma agregada e sem identificação individual, esta pesquisa não necessitou ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). No entanto, ressalta-se que foram considerados os aspectos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/2016, a qual trata sobre a utilização de informações de domínio público (Brasil, 2016).

3. RESULTADOS

No período de 2015 a 2025, foram identificados 24 registros classificados como casos confirmados de Doença de Chagas Aguda no estado da Bahia. A distribuição anual mostrou ausência de registros confirmados em 2015, 2016, 2017, 2019, 2020 e 2021. Os casos ocorreram em 2018, com 1 registro; 2022, com 4 registros; 2023, com 1 registro; 2024, com 6 registros; e 2025, com 12 registros. Dessa

maneira, em 2024 e 2025 concentraram-se 18 casos, correspondendo a 75% do total analisado (Figura 1).

A incidência estadual anual variou de 0 a 0,08 caso por 100.000 habitantes. O maior coeficiente foi observado em 2025, com 0,08 caso por 100.000 habitantes, seguido de 2024, com 0,04, e de 2022, com 0,03. A média aritmética dos coeficientes anuais foi de 0,015 caso por 100.000 habitantes. Esses valores indicam baixa frequência nos registros analisados, com concentração temporal recente (Tabela 1).

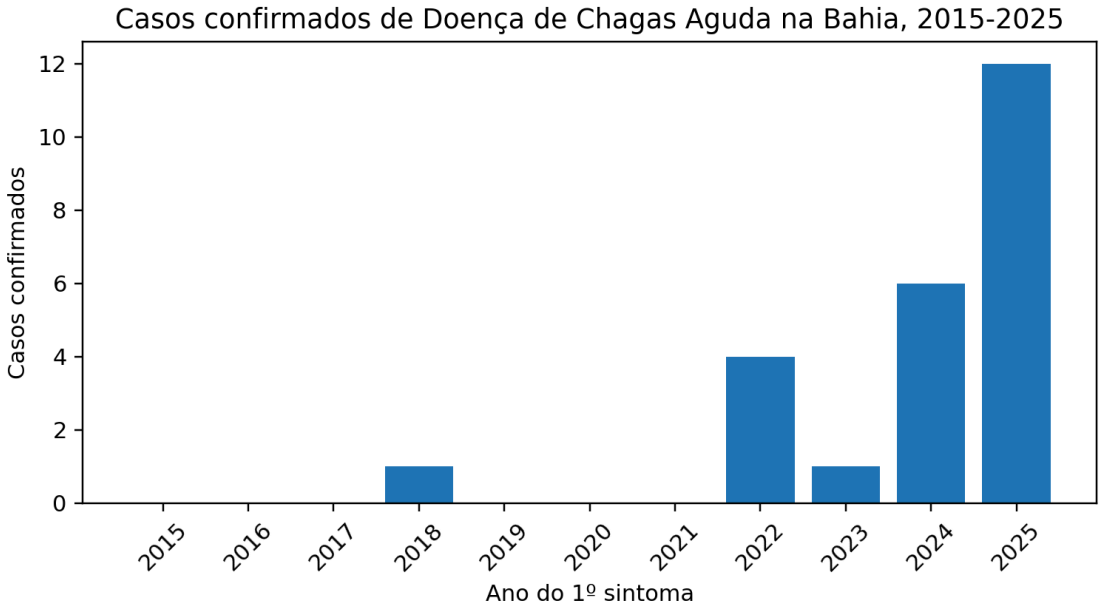
Tabela 1. Casos confirmados e incidência anual de Doença de Chagas Aguda na Bahia, 2015-2025

Ano	Casos confirmados	População residente	Incidência por 100 mil hab.
2015	0	15.203.934	0
2016	0	15.276.566	0
2017	0	15.344.447	0
2018	1	14.812.617	0,01
2019	0	14.873.064	0
2020	0	14.930.634	0
2021	0	14.985.284	0
2022	4	14.141.626	0,03
2023	1	14.141.626	0,01
2024	6	14.850.513	0,04
2025	12	14.870.907	0,08

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SINAN/TABNET/SESAB e população do IBGE.

Nota: o denominador de 2023 corresponde à população do Censo 2022 divulgada para o TCU.

Figura 1. Casos confirmados de Doença de Chagas Aguda por ano do primeiro sintoma, Bahia, 2015-2025



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SINAN/TABNET/SESAB.

Quanto à distribuição municipal, foram identificados casos em 11 municípios. Ibititá apresentou o maior número absoluto, com 6 casos, seguido por Santo Estêvão, com 5 casos, e Serrolândia, com 4 casos. Brejolândia registrou 2 casos, enquanto Belo Campo, Cansanção, Inhambupe, Ipirá, Lapão, Santa Cruz Cabrália e São Desidério registraram 1 caso cada. Essa distribuição demonstra concentração territorial em poucos municípios (Tabela 2).

Tabela 2. Municípios de residência com casos confirmados de Doença de Chagas Aguda, Bahia, 2015-2025

Município	Total	2018	2022	2023	2024

Ibititá	6	0	0	0	0
Santo Estêvão	5	0	0	0	5
Serrolândia	4	0	4	0	0
Brejolândia	2	0	0	0	0

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: https://revistatopicos.com.br/artigos/perfil-epidemiologico-e-distribuicao-espaco-temporal-dos-casos-confirmados-de-doenca-de-chagas-aguda-na-bahia-2015-2025?noblockage

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SINAN/TABNET/SESAB.

Ao considerar a incidência municipal no ano de ocorrência, os maiores coeficientes foram observados em Ibititá, com 34,25 casos por 100.000 habitantes em 2025; Serrolândia, com 30 casos por 100.000 habitantes em 2022; Brejolândia, com 21,36 casos por 100.000 habitantes em 2025; e Santo Estêvão, com 9,1 casos por 100.000 habitantes em 2024. Esses resultados devem ser interpretados com cautela, pois poucos casos em municípios de menor população podem produzir coeficientes proporcionalmente elevados (Tabela 3).

Tabela 3. Incidência municipal nos municípios com casos confirmados de Doença de Chagas Aguda, Bahia, 2015-2025

Município	Ano	Casos	População	Incidência/100 mil

Ibititá	2025	6	17.517	34,25
Serrolândia	2022	4	13.335	30
Brejolândia	2025	2	9.363	21,36
Santo Estêvão	2024	5	54.940	9,1
Belo Campo	2025	1	19.074	5,24
Lapão	2018	1	27.170	3,68
Santa Cruz Cabrália	2025	1	31.007	3,23
São Desidério	2025	1	34.982	2,86
Inhambupe	2025	1	35.390	2,83
Cansanção	2023	1	37.439	2,67
Ipirá	2024	1	59.264	1,69

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SINAN/TABNET/SESAB e população do IBGE.

A distribuição por macrorregião de saúde de residência mostrou concentração na Centro-Norte com onze casos, equivalente a 45,8% do total, seguida pela Centro-Leste, com sete casos (29,2%). A macrorregião Oeste registrou 3 casos (12,5%), todos identificados no recorte ampliado de 2015 a 2025. As macrorregiões Sudoeste, Nordeste e Extremo Sul apresentaram 1 caso cada, representando 12,5% do total quando somadas (Tabela 4 e Figura 2).

Tabela 4. Casos confirmados por macrorregião de saúde de residência, Bahia, 2015-2025

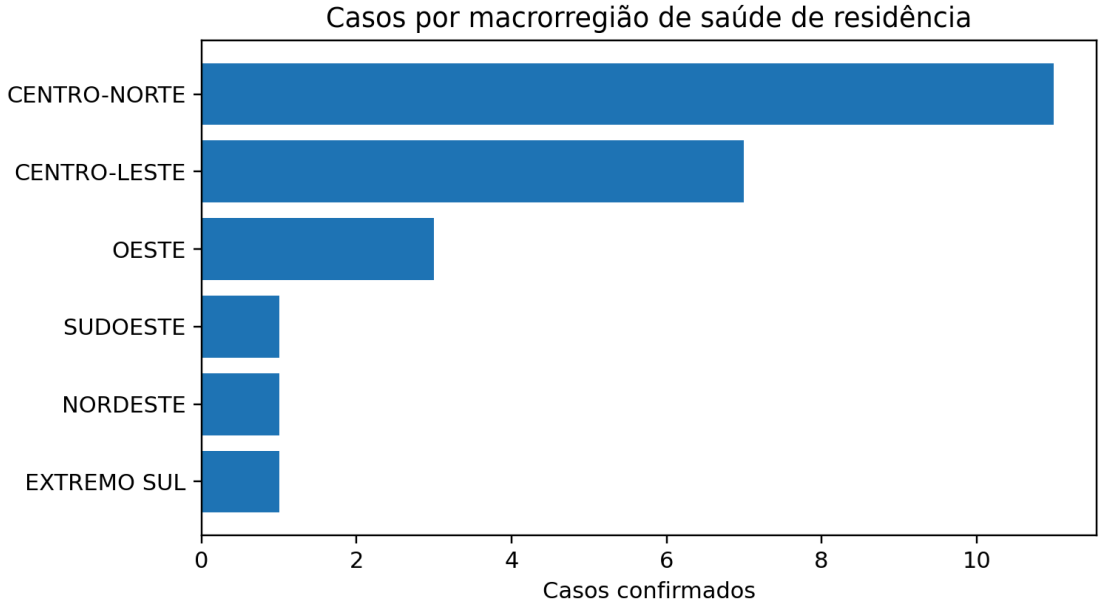
Macrorregião de saúde de residência	**Casos**	**%**

Centro-Norte (NRS – Jacobina)	11	45,8%
Centro-Leste (NRS – Feira de Santana)	7	29,2%
Oeste (NRS – Barreiras)	3	12,5%
Sudoeste (NRS – Vitória da Conquista)	1	4,2%
Nordeste (NRS – Alagoinhas)	1	4,2%
Extremo Sul (NRS – Teixeira de Freitas)	1	4,2%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SINAN/TABNET/SESAB.

Nota: os percentuais arredondados podem não somar exatamente 100%.

Figura 2. Casos confirmados por macrorregião de saúde de residência, Bahia, 2015-2025



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SINAN/TABNET/SESAB.

No perfil sociodemográfico, observou-se discreta predominância do sexo masculino, com 13 casos (54,2%), em comparação ao sexo feminino, com 11 casos (45,8%). A faixa etária de 40 a 59 anos

concentrou 9 casos (37,5%), seguida pela faixa de 20 a 39 anos, com 7 casos (29,2%). Em relação à raça/cor, a categoria parda foi a mais frequente, com 18 registros (75%), seguida por branca, com 3 casos (12,5%), preta, com 1 caso (4,2%), e ignorado/branco, com 2 registros (8,3%) (Tabela 5).

Tabela 5. Perfil sociodemográfico dos casos confirmados de Doença de Chagas Aguda, Bahia, 2015-2025

Variável/categoria	Casos	%
Sexo		
Masculino	13	54,2%
Feminino	11	45,8%
Faixa etária		
40-59	9	37,5%
20-39	7	29,2%
10-14	3	12,5%
<1 Ano	1	4,2%
1-4	1	4,2%
5-9	1	4,2%
15-19	1	4,2%
65-69	1	4,2%
Raça/cor		
Ign/Branco	2	8,3%
Branca	3	12,5%

Preta	1	4,2%
Parda	18	75%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SINAN/TABNET/SESAB.

Quanto às características epidemiológicas, a transmissão oral foi o modo provável de infecção mais comum, com 15 casos (62,5%), seguida pela transmissão vetorial, com 5 casos (20,8%). A transmissão vertical apareceu em 1 registro (4,2%), e 3 registros (12,5%) foram classificados como ignorado/branco. O domicílio foi o local provável de infecção mais frequente, com 14 casos (58,3%). A confirmação laboratorial foi registrada em 22 casos (91,7%), demonstrando predomínio de registros com confirmação diagnóstica por critério laboratorial. Em relação à evolução, 21 casos (87,5%) foram registrados como vivos, 1 caso (4,2%) evoluiu para óbito pelo agravo notificado e 2 registros (8,3%) permaneceram ignorados ou em branco (Tabela 6 e Figura 3).

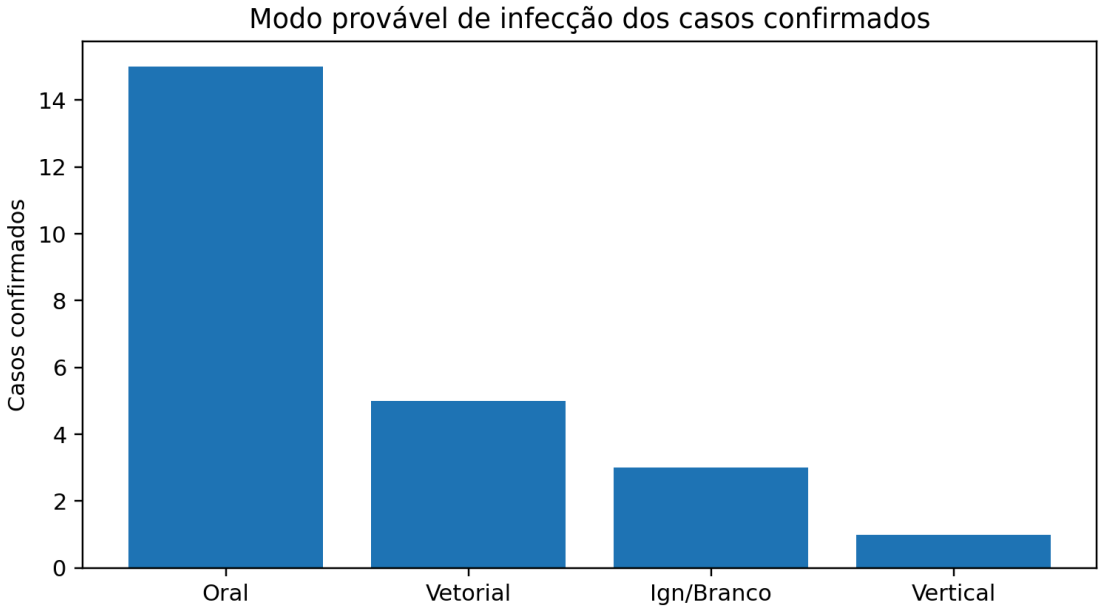
Tabela 6. Características epidemiológicas, confirmação e evolução dos casos confirmados de Doença de Chagas Aguda, Bahia, 2015-2025

Variável/categoria	**Casos**	**%**
Modo provável de infecção		
Oral	15	62,5%
Vetorial	5	20,8%
Ign/Branco	3	12,5%
Vertical	1	4,2%

Local provável de infecção		
Domicílio	14	58,3%
Ign/Branco	9	37,5%
Outro	1	4,2%
Critério de confirmação		
Laboratorial	22	91,7%
Ign/Branco	2	8,3%
Evolução		
Vivo	21	87,5%
Ign/Branco	2	8,3%
Óbito pelo agravo notificado	1	4,2%
Autoctonia em relação ao município de residência		
Sim	23	95,8%
Em branco	1	4,2%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do SINAN/TABNET/SESAB.

Figura 3. Modo provável de infecção dos casos confirmados de Doença de Chagas Aguda, Bahia, 2015-2025



Fonte: elaboração própria, com base em dados do SINAN/TABNET/SESAB.

4. DISCUSSÃO

No período de 2015 a 2025, as tabulações analisadas apresentaram 24 casos classificados como confirmados de Doença de Chagas Aguda (DCA) na Bahia, com incidência estadual baixa, cujo valor máximo foi de 0,08 caso por 100.000 habitantes, em 2025. Três quartos dos casos (75%) foram registrados nos dois últimos anos da série, e três municípios, Ibititá, Santo Estêvão e Serrolândia, concentraram 15 dos 24 registros. Destaca-se, ainda, que a via oral foi o modo provável de infecção mais frequente (62,5%), o que contrasta com o predomínio histórico da transmissão vetorial no país (Vinhaes; Dias, 2000).

Esse resultado está de acordo com as mudanças descritas na literatura. Com o avanço do controle de vetores, a transmissão vetorial domiciliar perdeu relevância relativa e a via oral passou a receber maior atenção (Cucunubá *et al.*, 2024; Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2026). Higino *et al.* (2026) descrevem a importância dessa via nos casos agudos registrados no Brasil, especialmente na Região Norte. No presente estudo, a transmissão

oral correspondeu a 62,5% dos registros. Esse achado orienta a atenção da vigilância sanitária à produção e ao preparo de alimentos, mas não comprova falhas na qualidade da água ou dos alimentos consumidos nos municípios analisados.

A transmissão oral ocorre pela ingestão de alimentos ou bebidas contaminados com *Trypanosoma cruzi*, inclusive pelo contato com triatomíneos infectados ou suas fezes durante o preparo. Vargas *et al.* (2018) investigaram um surto no Rio Grande do Norte associado ao consumo de caldo de cana, utilizando informações clínicas, epidemiológicas e entomológicas. A investigação de uma fonte comum exige esse tipo de evidência; a frequência de transmissão oral em uma tabela, isoladamente, não permite identificar o alimento envolvido nem as circunstâncias de exposição.

Segundo o Ministério da Saúde, a fase aguda pode apresentar febre persistente, cefaleia, astenia intensa e edema de face ou membros inferiores. Na transmissão vetorial, pode ocorrer chagoma de inoculação no local de entrada do parasito. O período de incubação varia conforme a via: de 4 a 15 dias na vetorial, de 3 a 22 na oral, até 20 na acidental e de 30 a 40 dias ou mais na transfusional ou por transplante. A transmissão vertical pode ocorrer durante a gestação ou o parto (Brasil, [20--]b). Essas características podem dificultar a suspeição clínica e a notificação oportuna, mas o presente estudo não avaliou o desempenho do diagnóstico nos serviços de saúde.

Quanto ao perfil dos casos, a diferença entre os sexos foi pequena: 13 do sexo masculino e 11 do feminino. A faixa etária de 20 a 59 anos reuniu 16 dos 24 casos (66,7%). Miranda *et al.* (2019) também observaram maior frequência de resultados sorológicos não negativos em indivíduos com 30 anos ou mais e em homens na

primeira triagem, porém em doadores de sangue, de modo que a comparação tem caráter apenas referencial. A categoria de raça/cor parda foi a mais frequente (75%). Esses resultados descrevem os registros e não permitem afirmar maior risco em um grupo, pois não foram calculados coeficientes específicos por sexo, idade ou raça/cor. O domicílio foi o local provável de infecção mais registrado (58,3%); contudo, 37,5% dos registros não continham essa informação, o que limita a interpretação e reforça a importância do preenchimento das fichas (Macêdo *et al.*, 2021).

Os casos de Ibititá, Santo Estêvão e Serrolândia ocorreram, em cada município, em um único ano da série. A concentração sugere a necessidade de investigação, mas as tabulações agregadas não permitem demonstrar vínculo epidemiológico nem atribuir uma fonte alimentar específica. Isso não significa ausência de surtos: o boletim da SESAB descreve o evento de Serrolândia, com início dos sintomas em 2022 e confirmação e notificação em 2023, além dos casos de Santo Estêvão em 2024 (Bahia, 2025a). A diferença entre essas datas reforça a necessidade de manter o mesmo critério temporal nas comparações. As incidências municipais mais elevadas também exigem cautela, pois poucos casos em populações pequenas produzem coeficientes instáveis.

Os estudos conduzidos na Bahia mostram que os registros agudos representam apenas uma dimensão da situação epidemiológica. Miranda *et al.* (2019) identificaram ampla distribuição municipal de resultados sorológicos não negativos em doadores de sangue. Lanza *et al.* (2023), ao analisarem indicadores de prevalência e mortalidade na região metropolitana de Salvador, recomendaram o fortalecimento da vigilância municipal. Pavan *et al.* (2023) encontraram infecção crônica em indivíduos de áreas de risco de

Caraíbas por busca ativa. Como esses estudos avaliam populações e indicadores distintos, seus resultados não são diretamente comparáveis à incidência de casos agudos aqui apresentada, embora reforcem a necessidade de vigilância contínua no estado.

A possibilidade de subnotificação deve ser considerada como limitação, sem ser tratada como causa comprovada da baixa incidência observada. Cucunubá *et al.* (2024) destacam que a infecção frequentemente assintomática, as limitações de acesso aos serviços e o sub-registro dificultam a mensuração da doença. Neste estudo, o número reduzido de casos e o uso de dados agregados limitam a investigação de associações, a verificação individual das fichas e a identificação de fontes comuns. As mudanças entre estimativas populacionais e dados censitários também devem ser consideradas na leitura da série, especialmente em 2022 e 2023.

Na macrorregião Oeste, inicialmente escolhida para a pesquisa, os três registros se distribuem entre Brejolândia e São Desidério. Esse pequeno número limita as interpretações específicas para a região. No conjunto do estado, os achados apoiam o aprimoramento da suspeição clínica, da investigação dos casos e da qualidade das notificações. A vigilância deve considerar tanto as vias oral e vetorial quanto a transmissão vertical, articulando atenção à saúde, vigilância epidemiológica e sanitária e orientações sobre a manipulação de alimentos. O registro do domicílio como local provável orienta a investigação, sem comprovar que a infecção ocorreu dentro de casa.

5. CONCLUSÃO

O estudo caracteriza os casos classificados como confirmados de Doença de Chagas Aguda nas tabulações da Bahia entre 2015 e 2025, identificando baixa incidência nos registros e concentração temporal e territorial. O predomínio da via oral como modo provável de infecção orienta a atenção da vigilância para essa forma de transmissão.

Os achados reforçam a necessidade de aprimorar a suspeição clínica, a notificação e a investigação dos casos, além das ações de vigilância sanitária e educação em saúde nos municípios com registros recentes.

A interpretação considera o pequeno número de casos, os campos incompletos e as limitações das tabulações agregadas. A pesquisa não mensura subnotificação nem demonstra relações causais para a distribuição observada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Boletim epidemiológico da doença de Chagas:** n. 1, agosto de 2025. Salvador: SESAB, 2025a. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/BoletimEpidemiologicoDoencaChagas_No01_agosto2025-1.pdf. Acesso em: 3 nov. 2026.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Cartilha: Plano Diretor de Regionalização – PDR 2024.** Salvador: SESAB, 2025b. Disponível em: https://obr.saude.ba.gov.br/assets/docs/Cartilha_PDR_2024.pdf. Acesso em: 3 nov. 2026.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).** Salvador: SESAB, 2017. Disponível em: https://www.ba.gov.br/saude/suvisa/vigilancia-epidemiologica/sistema-de-informacao-de-agravos-de-notificacao-sinan. Acesso em: 3 nov. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 29 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS:** informações de saúde (TABNET). Brasília, DF: Ministério da Saúde, [20--]a. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/. Acesso em: 8 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença de Chagas Aguda:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/doenca-de-chagas-aguda. Acesso em: 8 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença de Chagas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [20--]b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas. Acesso em: 29 set. 2026.

CUCUNUBÁ, Z. M. *et al.* The epidemiology of Chagas disease in the Americas. **The Lancet Regional Health – Americas,** v. 37, 100881, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100881. Acesso em: 29 set. 2026.

FERREIRA, H. E. S. *et al.* Incidência da Doença de Chagas Aguda no estado do Pará-Brasil, entre os anos de 2010 e 2020. **Research, Society and Development,** v. 11, n. 10, e569111032475, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/32475. Acesso em: 29 set. 2026.

HIGINO, T. M. M. *et al.* Acute Chagas Disease in Brazil: A review of reported cases and transmission patterns. **Research, Society and Development,** v. 15, n. 4, e8315450974, 2026. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v15i4.50974. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/50974. Acesso em: 29 set. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022:** população e domicílios: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102011.pdf. Acesso em: 3 nov. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação:** 1° de julho de 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf. Acesso em: 3 nov. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente.** Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2024/estimativa_dou_2024.pdf. Acesso em: 3 nov. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente.** Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em:

https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2025/estimativa_dou_2025.pdf. Acesso em: 3 nov. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Relação da população dos municípios para publicação no TCU em 2023.** Rio de Janeiro: IBGE, 2023b. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/37734-relacao-da-populacao-dos-municipios-para-publicacao-no-tcu.html. Acesso em: 3 nov. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA:** tabela 6579: população residente estimada. Rio de Janeiro: IBGE, [20--]. Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579. Acesso em: 8 jul. 2026.

LANZA, F. C. *et al.* Epidemiological indicators of Chagas disease in the metropolitan region of Salvador, Bahia, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,** v. 56, e0185-2022, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0037-8682-0185-2022. Acesso em: 29 set. 2026.

MACÊDO, T. L. S. *et al.* Análise do perfil epidemiológico da Doença de Chagas no Brasil: período entre 2001 e 2018. **Revista de Saúde,** Vassouras, v. 12, n. 3, p. 42-49, 2021. DOI: https://doi.org/10.21727/rs.v12i3.2514. Disponível em: https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/2514. Acesso em: 29 set. 2026.

MIRANDA, D. L. P. *et al.* Seroprevalence of *Trypanosoma cruzi* infection among blood donors in the state of Bahia, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,** v. 52, e20190146, 2019.

Disponível em: https://doi.org/10.1590/0037-8682-0146-2019. Acesso em: 29 set. 2026.

PAVAN, T. B. S. *et al.* Seroepidemiology of Chagas disease in at-risk individuals in Caraíbas, a city with high endemicity in Bahia State, Brazil. **Frontiers in Public Health,** v. 11, 1196403, 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1196403. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1196403. Acesso em: 29 set. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL. **Novo perfil da doença de Chagas coloca a transmissão oral no centro da resposta em saúde pública.** SBMT, 14 mar. 2026. Disponível em: https://sbmt.org.br/novo-perfil-da-doenca-de-chagas-coloca-a-transmissao-oral-no-centro-da-resposta-em-saude-publica/. Acesso em: 29 set. 2026.

SOUZA, S. B. *et al.* Perfil epidemiológico da doença de Chagas aguda na região norte do Brasil no ano de 2015-2019. **Revista Eletrônica Acervo Saúde,** v. 13, n. 7, e8200, 2021. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e8200.2021. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8200. Acesso em: 29 set. 2026.

VARGAS, A. *et al.* Investigação de surto de doença de Chagas aguda na região extra-amazônica, Rio Grande do Norte, Brasil, 2016. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00006517, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00006517. Acesso em: 29 set. 2026.

VINHAES, M. C.; DIAS, J. C. P. Doença de Chagas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 16, p. S7-S12, 2000. Suplemento

2. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000800002. Acesso em: 29 set. 2026.

---

[1] Discentes do Curso de Medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras.

[2] Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[3] Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Maurício de Nassau de Barreiras. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.