



PREFEITURA
São Desidério
TEMPO DE PROGRESSO



integraChagas
BRASIL

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2025

DOENÇA DE CHAGAS



SÃO DESIDÉRIO

BAHIA



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



FIOCRUZ



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Prefeitura Municipal de São Desidério

João Antônio Rodrigues de Linhares

Carlos Magno Sousa Fernandes

Câmara de Vereadores de São Desidério

Joacy Ferreira de Carvalho

Erasmus de Carvalho Filho

Secretaria Municipal de Saúde de São Desidério

Adriano José de Oliveira Almeida do Nascimento

Vigilância em Saúde de São Desidério

Luzeni Alves dos Santos

Atenção Primária à Saúde de São Desidério

Ana Carla Moreno Pereira

Conselho Municipal de Saúde de São Desidério

Adriano José de Oliveira Almeida do Nascimento

Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas de São Desidério:

Adriano José de Oliveira Almeida do Nascimento - Secretaria Municipal de Saúde

Luzeni Alves dos Santos - Direção da Unidade de Vigilância em Saúde

Ana Carla Moreno Pereira - Coordenação de Atenção Primária

Roberta Dalmaso - Departamento de Vigilância Epidemiológica

Aldenice Batista de Souza Oliveira - Representação de pessoas usuárias do SUS, como pessoa acometida pela doença de Chagas

Alessandro da Conceição - Coordenação de Combate a Endemias

Amanda Gonçalves Souza Abreu - Coordenação do Laboratório Municipal

Andressa dos Santos Nascimento - Enfermeira da Atenção Primária à Saúde

Asnah Souza Santana - Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Turismo

Carlos Rafael Torres Escalona - Médico da Atenção Primária à Saúde

Carlos Eduardo Lins Franca Piau - Médico cardiologista de referência municipal

Eliana Amorim de Souza - Professora da Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista & Coordenação Executiva do Projeto IntegraChagas Brasil

Emanuel Lucas da Silva - Assistência Farmacêutica da Vigilância em Saúde

Eurípedes de Araújo Ribeiro - Coordenação Central de Marcação de Consultas

Gilberto Vasconcelos dos Santos - Direção do Hospital e Maternidade

Gisely de Souza Santos - Agente Comunitária de Saúde

Jonilson Berlink Lima - Professor da Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras

Layza Amância Souza Andrade Oliveira - Representação do Núcleo Regional de Saúde do Oeste da Bahia

Luciano Pereira da Silva - Representação de pessoas usuárias do SUS, como pessoa acometida pela doença de Chagas

Maria Joaquina da Conceição - Departamento de Vigilância Epidemiológica

Renata Cibely Santos Barros - Secretaria Municipal de Assistência Social

Sâmella Paulino dos Santos - Coordenação de Enfermagem Hospitalar

Vandreia Moreno Mendes de Carvalho - Representação da Sociedade Civil

Equipe de coordenação

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

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

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

Andréa Silvestre de Sousa - Projeto IntegraChagas Brasil & Projeto CUIDAChagas; Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

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

Ana Carla Moreno Pereira - Coordenação da Atenção Primária à Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, São Desidério, Bahia.

Luzeni Alves dos Santos - Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Desidério, Bahia

Roberta Dalmaso - Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Desidério, Bahia

Danielli Manheze Santana - Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Desidério, Bahia

Adriano José Almeida do Nascimento - Secretaria Municipal de Saúde & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Desidério, Bahia

Equipe técnica de elaboração

Larissa Pimentel Costa Menezes Silva - Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista, Diretora de Vigilância em Saúde, Bahia.

Mirele Coelho Araújo- Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Ceará.

Jonilson Berlink Lima - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia.

Luiz Gustavo Rodrigues Oliveira - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, São Desidério, Bahia

Cristiane Medeiros Moraes de Carvalho - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Salvador, Bahia

Layza Amancia de Souza Andrade Oliveira - Regional de Saúde de Barreiras, Barreiras, Bahia

Michella Assunção Roque - Projeto IntegraChagas Brasil; Secretaria Municipal de Saúde, & Grupo Gestor da Linha de Cuidado em Doença de Chagas, Centro Universitário Faculdade Guanambi- UNIFG, Guanambi-BA, Espinosa, Minas Gerais

Gustavo de Assis Gomes - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Edgar Dourado de Carvalho Filho - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Vanessa Oliveira de Souza - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Jean Carlos de Araújo Arruda - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Daniel Hasler Fidelix - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Íris Lamis Oliveira Almeida - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Henrique Alkmim Brito - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Isabella Lisboa Chrisostomo Borges - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia.

Pedro Alysson Mota da Silva - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Guilherme de Araujo Meira - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Isabela Pedra Diamantino - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Ary Cardoso Peixoto Junior - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Laura Beatriz Santos Barroso - Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Jamile Silva Brito - Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Vitória da Conquista , Bahia

Rogger Arthur Goes Fraga - Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Vitória da Conquista, Bahia

Franciane Moura Teixeira Crisóstomo Borges - Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Vitória da Conquista, Bahia

Milena Maria Alves Vasconcelos – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Medicina, Ceará

Francisco Lucas Barbosa de Assis – Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Medicina, Ceará

Samanta Vilarinho - UNINASSAU (Centro Universitário Mauricio de Nassau), Barreiras-Bahia

Maria Julia Miclos Mutri - UNINASSAU (Centro Universitário Mauricio de Nassau), Barreiras-Bahia

Vinícius Huan Leite Lins Franca - UNINASSAU (Centro Universitário Mauricio de Nassau), Barreiras-Bahia

Jamille de Paula Santos de Oliveira - UNINASSAU (Centro Universitário Mauricio de Nassau), Barreiras-Bahia

Rafaela Lopes Feitosa - UNINASSAU (Centro Universitário Mauricio de Nassau), Barreiras-Bahia

Geovanna Gabrielly de Souza Pereira - UNINASSAU (Centro Universitário Mauricio de Nassau), Barreiras-Bahia

Rodrigo dos Santos Guimarães - UNINASSAU (Centro Universitário Mauricio de Nassau), Barreiras-Bahia

Equipe técnica de colaboração

Paulo Jefferson Pereira Barreto - Projeto IntegraChagas Brasil, Fortaleza, Ceará

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

Falkner Moreira Silva - Projeto IntegraChagas Brasil, Fortaleza, Ceará

Maria Helena Hallais - Projeto IntegraChagas Brasil; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro

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

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

Alejandro Marcel Hasslocher Moreno - Projeto IntegraChagas Brasil & Projeto CUIDA Chagas; Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Michel Vergne Felix Sucupira - Laboratório de Testes Sorológicos (LASOR), Departamento de Desenvolvimento de Reativos para Diagnóstico (DEDED), Vice-Diretoria de Reativos para Diagnóstico (VDIAG), Bio-Manguinhos/Fiocruz, Rio de Janeiro

Edimilson Domingos da Silva - Responsável Técnico dos produtos de reativos para diagnóstico humano de Bio-Manguinhos, Gerente do Departamento de Desenvolvimento de Reativos para Diagnóstico (DEDED), Vice-Diretoria de Reativos para Diagnóstico (VDIAG), Bio-Manguinhos/ Fiocruz, Rio de Janeiro

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

Apoio institucional

Secretaria Municipal de Saúde de São Desidério, Bahia

Regional de Saúde de Barreiras, Bahia

Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária & Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Ceará

Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar de Saúde, Campus Anísio Teixeira, Vitória da Conquista, Bahia

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

Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia

Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde, Brasília

Lista de Figuras

Figura 1 - Localização do estado de Bahia (A); Região de saúde de Barreiras (B); Município de São Desidério-BA (C)	17
Figura 2 - Distribuição etária da população no Município de São Desidério-BA, 2000, 2020 e 2022	19
Figura 3 - Distribuição espacial do índice de Gini, A e B (Estado); C e D (Região de Saúde), segundo municípios, Bahia, Brasil, 2000 (A e C) e 2010 (B e D) (destaque para Região de Saúde e município de São Desidério-BA)	22
Figura 4 - Distribuição espacial do índice de desenvolvimento humano, A e B (Estado); C e D (Região de Saúde), segundo municípios, Bahia, Brasil, 2000 (A e C) e 2010 (B e D) (destaque para Região de Saúde e município de São Desidério-BA)	23
Figura 5 - Distribuição espacial do índice brasileiro de privação, A (Estado); B (Região de Saúde), segundo municípios, Bahia, Brasil, 2010 (destaque para região de saúde e município de São Desidério-BA).....	24
Figura 6 - Distribuição espacial do índice de vulnerabilidade social, A e B (Estado); C e D (Região de Saúde), segundo municípios, Bahia, Brasil, 2000 (A e C) e 2010 (B e D) (destaque para região de saúde e município de São Desidério-BA)	26
Figura 7 - Representação esquemática da execução do teste rápido de triagem para detecção de anticorpos para doença de Chagas.	32
Figura 8 - Público-alvo do projeto IntegraChagas Brasil, 2025	33
Figura 9 - Taxa de detecção e número de casos de doença de Chagas crônica, São Desidério-BA, 2023-2025*	35
Figura 10 - Número de testes rápidos triagem realizados segundo mês e ano de testagem, de 07 de junho de 2024 a 28 de março de 2025, São Desidério-Bahia	37
Figura 11 - Número de testes rápidos de triagem realizados segundo resultado, de 07 de junho de 2024 a 28 de março de 2025, São Desidério-Bahia	38
Figura 12 – Número de testes rápido triagem realizados no município de São Desidério-BA, de 07 de junho de 2024 a 28 de março de 2025	41

Figura 13 - Distribuição espacial do número de testes rápido triagem (positivos, inconclusivos e negativos), segundo unidades de saúde, São Desidério-BA, 2024–2025	42
Figura 14 - Número e percentual de pessoas com testes rápido triagem realizados e encaminhadas para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos (com histórico de doença de Chagas), segundo as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS), São Desidério-BA, 2024–2025.	42
Figura 15 - Distribuição espacial das pessoas com testes rápido triagem realizados e encaminhadas para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos (com histórico de doença de Chagas), segundo as unidades de saúde, São Desidério-BA, 2024–2025	44
Figura 16 - Número e percentual de casos com realização de teste rápido triagem e / ou confirmatório, segundo resultado (positivo, negativo), São Desidério-BA, 2024–2025	45
Figura 17 - Distribuição espacial da proporção de casos com investigação sorológica para doença de Chagas concluída, segundo as unidades de saúde, São Desidério-BA, 2024–2025	46
Figura 18 - Distribuição espacial do número de casos com confirmação sorológica, segundo as unidades básicas de saúde da família, São Desidério-BA, 2024–2025.....	47
Figura 19 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo sexo, São Desidério-BA, 2024–2025	48
Figura 20 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo faixa etária, São Desidério-BA, 2024–2025.....	49
Figura 21 - Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo zona de residência, São Desidério-BA, 2024–2025	50
Figura 22 - Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo raça/cor, São Desidério-BA, 2024–2025	51
Figura 23 - Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo escolaridade, São Desidério-BA, 2024–2025	52
Figura 24 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, relatam existência de casos na família, diagnostico anterior, São Desidério-BA, 2024–2025 ...	53

Figura 25 - Número e percentual de casos confirmados para doença de Chagas, segundo contexto de risco/vulnerabilidade, São Desidério-BA, 2024–2025	54
Figura 26 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo modo de entrada no Projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério-BA, 2024–2025	55
Figura 27 - Número e percentual de casos confirmados, notificados, com indicação de tratamento, com tratamento iniciado e tratamento concluído, e com ocorrência de evento adverso, São Desidério-BA, 2024–2025	56

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Número e percentual de casos de doença de Chagas crônica, São Desidério, e-SUS Notifica 2023-2025* (dados parciais)..... 36

Tabela 2 - Número e percentual dos testes rápidos triagem, segundo variáveis sociodemográficas, de conhecimento clínico, São Desidério-BA, 2024–2025..... 39

Apresentação do Boletim

Com grande relevância epidemiológica e social, a doença de Chagas no Brasil se caracteriza com alta carga de adoecimento e morbimortalidade, compondo o grupo das principais Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Persiste como desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) em termos da garantia de seus princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade de acesso ao cuidado a todas as pessoas acometidas, cidadãos e cidadãs. A invisibilidade e o silenciamento em diferentes aspectos da doença de Chagas exigem reflexões para subsidiar ações e políticas públicas de enfrentamento.

Com a elaboração do Índice de Vulnerabilidade da doença de Chagas pelo Ministério da Saúde (MS), foi possível identificar cenários com múltiplos desafios e singularidades em termos de impactos humanos e sociais, além de barreiras de acesso à rede de serviços do SUS. Territórios prioritários foram selecionados com indicadores e metas adaptados às realidades locais, com definições de papéis, responsabilidades, estratégias, fluxos e ações que ampliaram o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e ao cuidado às pessoas acometidas.

Na Bahia, a Macrorregião de Saúde Oeste é considerada prioritária para o Programa de Controle da Doença de Chagas no Estado tendo em vista a elevada taxa de mortalidade observada ao longo dos anos e a presença significativa de triatomíneos nos territórios endêmicos. Dentro dessa macrorregião, destaca-se a Região de Saúde de Barreiras, onde está localizado o município de São Desidério. A região de Barreiras abriga o Centro de Saúde Leonídia Ayres — referência no atendimento às pessoas acometidas pela doença de Chagas. Registra-se que essa região é responsável por quase metade dos tratamentos específicos para a doença de Chagas fornecidos pelo estado, reforçando a sua relevância no enfrentamento da doença.

O município de São Desidério, em particular, ao longo das últimas décadas, vem passando por intensas transformações sociais e econômicas, destacando-se sobremaneira na agropecuária, principalmente na produção de algodão. O

município é endêmico para doença de Chagas e tem um trabalho diferenciado para o desenvolvimento das ações do Programa de Controle da Doença de Chagas no estado, com atividades preconizadas sendo desenvolvidas com empenho e comprometimento das equipes de saúde do município, sendo muitas vezes convidados pelo estado para apresentação em eventos da área enquanto experiência exitosa.

Além disto, com base no indicador estadual de taxa de mortalidade por doença de Chagas, de 2021 a 2023, o município apresentou taxa variando entre 3,0 a 11,7 óbitos por 100.000 habitantes, enquanto a taxa de mortalidade estadual oscilou entre 3,8 a 4,3 óbitos por 100.000 habitantes. Ademais, insere-se no grupo de municípios prioritários para o controle da doença, com base no Índice de Vulnerabilidade da doença de Chagas, fato que foi decisivo para a sua seleção como única cidade do estado da Bahia no Projeto IntegraChagas Brasil - “Acesso a detecção e tratamento da Doença de Chagas no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil- IntegraChagas Brasil”, projeto estratégico do Ministério da Saúde. Trata-se de uma iniciativa inovadora e participativa, que integra Saúde e Ambiente, Vigilância e Cuidado Integral, considerando aspectos relativos ao processo de determinação social da saúde para a ocorrência da doença de Chagas, como indicadores sociais, ambientais, econômicos, de desenvolvimento humano municipal e outros.

Trata-se de uma pesquisa estratégica, pioneira e participativa do Ministério da Saúde do Brasil, sob coordenação do Instituto Nacional de Infectologia da Fundação Oswaldo Cruz (INI\FIOCRUZ) em parceria com a universidade Federal do Ceará (UFC) e Universidade Federal da Bahia (UFBA) em estreita parceria com estados e municípios envolvidos. Busca integrar em um movimento da saúde e ambiente, vigilância e atenção para diagnosticar e cuidar das pessoas acometidas pela doença de Chagas no Brasil, com foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), das redes de atenção à saúde e vigilância à saúde no País.

Financiado e com o apoio técnico do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), o projeto IntegraChagasBrasil vem sendo conduzido em estreita parceria com a Secretaria

Estadual de Saúde (inclusive de sua regional Oeste, onde o município de São Desidério está integrado), com a Secretaria Municipal de Saúde de São Desidério, além de Instituições de Ensino Superior (IES) e de Pesquisa da Bahia. A proposta visa reforçar o papel do SUS no enfrentamento da doença de Chagas no país.

Em 2024, foi lançado o primeiro Informe Epidemiológico em Doença de Chagas do município de São Desidério, cujo processo de construção ao longo de 2023-2024 contou com a participação de profissionais da Vigilância Epidemiológica, da Vigilância Entomológica e da APS, em reuniões técnicas de monitoramento e avaliação. A equipe do Projeto IntegraChagas Brasil apoiou a estruturação desta iniciativa, demarcando todo o período que antecedeu o desenvolvimento das ações estratégicas desta pesquisa nos territórios do município.

Este movimento consubstanciou a construção, validação, funcionamento e fortalecimento de Linha de Cuidado para a doença no município, onde se buscou estabelecer um percurso para o cuidado que reconhecesse o itinerário da pessoa acometida em busca por uma rede de saúde, desde a APS até os serviços especializados, contemplando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para os eventos de caráter crônico com potencial para adoecimento mais grave e morte.

Após 12 meses do informe acima mencionado, apresenta-se neste documento o primeiro Boletim Epidemiológico em Doença de Chagas do Município de São Desidério. Nele são apresentados indicadores epidemiológicos e operacionais sobre a evolução da morbidade por doença ao longo de 16 anos (2010 a 2025 – este último ano com dados até 25 de março de 2025) neste município, a partir de dados secundários, extraídos diretamente do e-SUS Notifica (doença de Chagas), assim como de dados das testagens para triagem pelo teste rápido, e dados dos casos com a devida confirmação sorológica. Este documento já traz em perspectiva a experiência de 12 meses de testagem, retratando de forma mais fidedigna, a realidade epidemiológica desse território municipal após o conjunto de intervenções adotado. Os resultados aqui apresentados serão base para a comunidade em geral ter acesso a informações mais realistas e

contextualizadas da doença nos territórios do município, e avaliar o impacto do projeto IntegraChagas Brasil na identificação de novos casos.

Ao considerar que o município iniciou o processo de notificação de casos de doença de Chagas crônica há menos de dois (2) anos, a base de dados utilizada como referência neste Boletim Epidemiológico não traduz necessariamente a real magnitude da doença de Chagas neste território, mas traz em perspectiva indicadores essenciais para compreender territórios em que a doença de Chagas se apresenta como problema de saúde pública, com informações importantes para o planejamento de ações de vigilância, controle, atenção e cuidado integral para as pessoas acometidas, familiares e comunidade.

Compondo as atividades do projeto IntegraChagas Brasil, o município de São Desidério instituiu, em portaria específica, o Grupo Gestor da Linha de Cuidado (GGLC), com objetivo de construir fluxos assistenciais para pessoas acometidas de doença de Chagas, incluindo gestantes e crianças recém-nascidas expostas. Espera-se que este boletim possa apoiar de forma adicional o GGLC a identificar necessidades de saúde não atendidas, etapa fundamental para superação de barreiras operacionais existentes. Registra-se também que foi instituído por Lei Municipal o Dia Municipal de Enfrentamento da doença de Chagas no município, para ampliar as agendas e ações relacionadas a alertar sobre a importância da conscientização e combate à doença.

Com o intuito de ampliar a divulgação deste documento técnico, espera-se que o GGLC possa disseminar não somente no município e região de saúde, mas também que possa alcançar gestores/as da saúde, em especial profissionais de saúde, estudantes, pesquisadores/as, docentes e lideranças comunitárias, sociais e de movimentos organizados, bem como a comunidade em geral. As informações aqui apresentadas têm como principal objetivo fundamentar o apoio ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações no SUS com foco nas pessoas acometidas pela doença de Chagas, familiares e comunidades, com o intuito de prevenir, controlar e cuidar, seguindo firme como meio para a translação destas informações para todas as pessoas interessadas no controle da doença de Chagas no Brasil, passando pela Bahia.

1. Contextos Gerais do Município de São Desidério

O município de São Desidério está localizado no oeste do estado da Bahia, a 900Km² de Salvador, capital do estado, próximo à divisa com os estados de Goiás e Tocantins, tendo como municípios vizinhos no Estado da Bahia: Luís Eduardo Magalhães, Barreiras, Catolândia, Baianópolis, Santa Maria da Vitória, Correntina. No estado de Goiás os municípios: São Domingos e Campo Belo; e no estado do Tocantins: Aurora do Tocantins e Lavandeira.

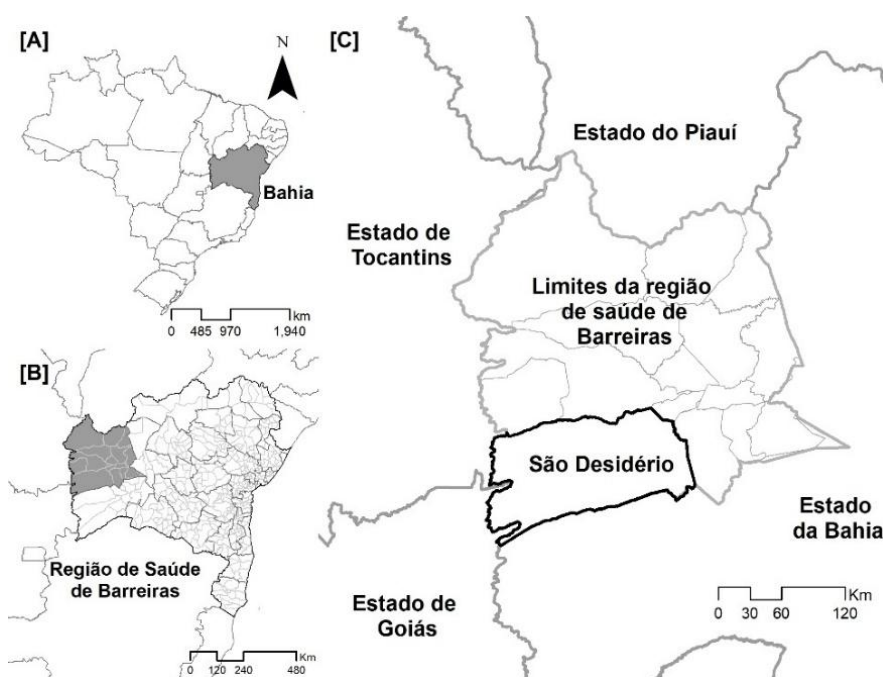
De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município em 2022 é de 32.828 habitantes, em uma extensa área territorial de 15.156,712 km², conferindo uma densidade demográfica média de 2,17 habitantes por quilômetro quadrado (km²). A escolarização em crianças de 6 a 14 anos foi de 95,8% em 2010; o Produto Interno Bruto (PIB) per capita foi de R\$ 168.146,14 em 2021.

Dados do Ministério da Agricultura e Pecuária (Mapa) apontam que, entre os 5.563 municípios analisados, São Desidério está entre os 5 municípios mais ricos do Brasil no agronegócio, sendo destaque na produção agrícola, além de ser considerado como o maior município agrícola do Brasil, a partir da pesquisa anual do IBGE da Produção Agrícola Municipal (PAM), que englobou os dados da produção agrícola municipal, referentes a 2022, levando em conta variáveis como área colhida, produção, valor da produção das lavouras e rendimento. É conhecido também por ser o maior produtor de algodão do Brasil. São Desidério, na Bahia, foi em 2022 o 5º município com participação expressiva na produção brasileira de algodão, milho e soja, atrás apenas de Sorriso (MT), Campo Novo do Parecis (MT), Sapezal (MT) e Rio Verde (GO). Ressalta-se que junto a São Desidério no oeste da Bahia, Formosa do Rio Preto também ganhou destaque no ranking nacional, ocupando posições entre os 10 principais municípios que alavancam o PIB no setor agropecuário do país.

São Desidério é o segundo maior município em extensão geográfica no estado da Bahia, com área rural também extensa, o que tem demandado estratégias de descentralização das ações em saúde nas inúmeras e distantes comunidades, muitas das quais encontram-se dispersas devido à distância da sede do município.

O território baiano está dividido, conforme o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado da Bahia (PDR/BA), em 28 Regiões de Saúde, agrupadas em nove Macrorregiões de Saúde. A Lei nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, regulamentada pelo Decreto nº 16.705, de 14 de maio de 2015, define o âmbito territorial dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), os quais acompanham o delineamento das Macrorregiões estabelecido pelo PDR/BA. Os NRS constituem instâncias administrativas desconcentradas da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), atuando sob a supervisão do Gabinete do Secretário. O município em questão integra a Região de Saúde de Barreiras, pertencente à Regional de Saúde de Barreiras, uma das três regionais que compõem o NRS Oeste (Figura 1).

Figura 1 - Localização do estado de Bahia (A); Região de saúde de Barreiras (B); Município de São Desidério-BA (C)

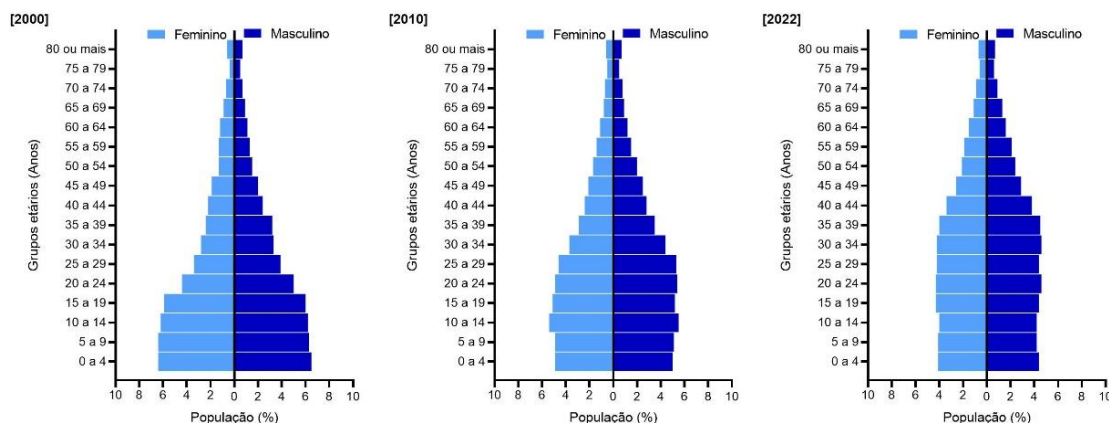


Fonte: IBGE, 2025

Segundo o censo de 2022, o município possui 47,9% (15.717 pessoas) da população residente em área rural, com 66,1% (21.692) da população da raça/cor parda e 10,9% (3.588) da população de raça/cor preta. Não há registro de pessoas como população quilombola, enquanto 156 se consideram indígenas. Para as pessoas de 18 anos ou mais de idade, 49,2% (11.224) não possui educação formal e/ou possui fundamental incompleto, enquanto 17,2% (3.916) possui o fundamental completo e/ou médio incompleto. Para pessoas com 15 anos ou mais, 17,9% (4.396) não são alfabetizados(as). Para a composição familiar, 13,2% dos domicílios possuem apenas 1 morador, enquanto 18,8% possuem domicílios com cônjuges sem filhos, 98,9% não estão conectados à rede de esgoto, 26,1% não são abastecidos pela rede geral de água e 34,86% não têm coleta de lixo.

No Censo demográfico de 2000, a população do município se concentrava em pessoas com 19 anos ou menos, em ambos os sexos, incluindo população infantil, portanto, predominantemente jovem. Entretanto, este padrão mudou em 10 anos, com redução na proporção de população com 20 anos ou menos, e redistribuição do percentual da população em faixas etárias mais elevadas (20 a 34 anos), com aumento pouco significativo nos estratos etários de pessoas mais idosas, 70 anos ou mais, apesar das mudanças a população do município em 2010 ainda era predominantemente jovem. Para o Censo de 2022, os percentuais dos estratos etários até os 40 anos são iguais, caracterizando uma pirâmide reta nestas faixas etárias, com aumento do percentual de população faixas etárias 40 a 70 anos. O perfil etário do município vem se alterando, desta forma, com novos desafios. Entretanto, a população ainda pode ser considerada como jovem, com idades até 45 anos (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição etária da população no Município de São Desidério-BA, 2000, 2020 e 2022



Fonte: IBGE, 2025

2. Atenção Primária à Saúde em São Desidério

O município conta com a atuação de 12 equipes de APS, o que representa cobertura de 82,1% da sua população. Por outro lado, com um total de 48 Agentes Comunitários(as) de Saúde, alcança cobertura de 81,8%. Existem muitas potencialidades e desafios para a ampliação de cobertura e da qualidade das ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais na APS de São Desidério.

As redes de atenção à saúde (RAS) no SUS estruturam-se operacionalmente a partir da APS, que atua como porta de entrada e ordenadora do cuidado. Nessa disposição, a APS bem estruturada possibilita o funcionamento da RAS com qualidade, eficiência e eficácia. Por esta razão, a necessidade de ampliação da cobertura e qualidade das ações de vigilância e cuidado a partir das equipes de Saúde da Família, em especial para eventos negligenciados, como a doença de Chagas.

As RAS devem constituir-se a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população, levando em consideração suas especificidades e contextos, além dos recursos disponíveis para atender as demandas de saúde. Somente a partir do diagnóstico situacional local e da participação intersetorial de

profissionais, usuários(as) e gestores(as) da saúde de diversas esferas, poderá haver uma construção verdadeiramente coletiva por uma atenção à saúde resolutiva, com formulação de objetivos, metas e construções de políticas públicas que de fato contemplem as reais necessidades de sua população.

Ressalta-se a importância da integração entre APS e Vigilância Epidemiológica/Entomológica para o alcance mais efetivo da integralidade e legalidade da atenção nos territórios, abraçando o conceito de uma abordagem de “Uma Só Saúde”, de uma saúde única humana, animal e ambiental a partir de ações estruturadas em uma perspectiva integrada, mas sem perder de perspectiva os aspectos do campo da Saúde Coletiva do processo saúde doença como fenômeno social. Ressalta-se que este aspecto é de grande relevância, considerando ser São Desidério um polo importante do agronegócio da região, do estado e do país.

3. Determinação Social

A doença de Chagas integra o grupo das DTN. Segundo a OMS, estão intrinsicamente relacionadas a contextos de iniquidade social e à ruptura com o direito a uma vida digna. O desafio de sua eliminação como problema de saúde pública figura no cenário internacional, a exemplo das metas da Agenda 2030, como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Organização das Nações Unidas (ONU) e iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a eliminação de doenças nas Américas, principalmente por estar associada a contextos de maior vulnerabilidade social.

No cenário nacional, a doença de Chagas também figura como uma das doenças com determinação social ampliada, ou seja, que afetam principalmente ou quase que exclusivamente pessoas em áreas mais vulnerabilizadas, sendo uma das ênfases do Programa Brasil Saudável, instituído pelo governo Federal no Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. O objetivo do programa é eliminar a doença de Chagas (e outras doenças com marcante determinação social) a partir dos

desdobramentos das ações do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS).

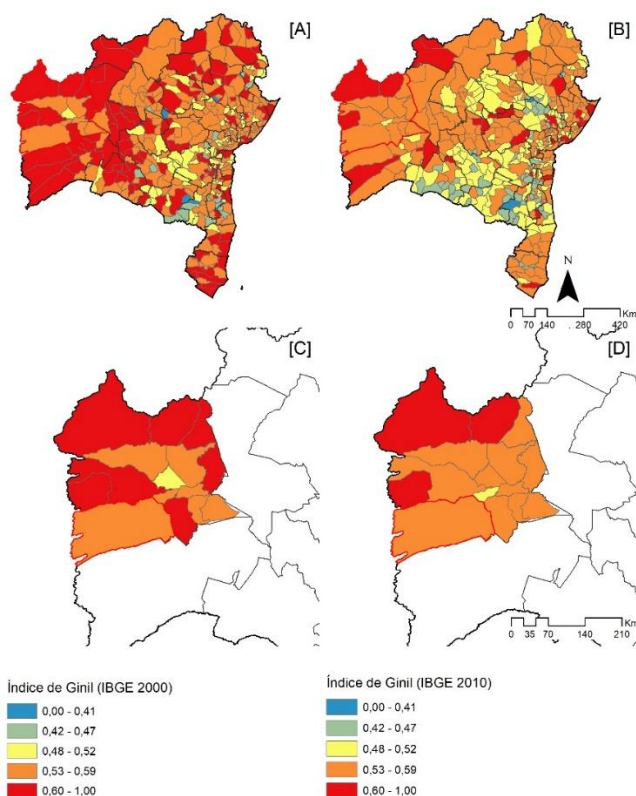
O dia 14 de abril de 2025 demarcou 116 anos de descoberta da doença de Chagas pelo pesquisador brasileiro Carlos Ribeiro Justiniano Chagas, o que também evidencia o quanto tem sido negligenciada, invisibilizada, e com investimentos limitados ao longo dos anos. Este dia marca as lutas para alcance do controle desta doença mundialmente.

O estado da Bahia apresenta melhora nos indicadores sociais ao longo do tempo, quando comparados aos indicadores baseados nos censos de 2000 e 2010 (indicadores do censo de 2022 ainda não calculados/disponibilizados para consulta). Em um contexto estadual, alguns indicadores favorecem a região oeste do estado, enquanto outros apresentam um cenário ainda precário.

Neste boletim coloca-se em perspectiva a análise de indicadores capazes de permitir maior compreensão do contexto dos territórios endêmicos em que pessoas acometidas vivem. Inicialmente apresenta-se o Índice de Gini, que traduz níveis de desigualdade social. Este indicador vem sendo utilizado para medir a desigualdade entre pessoas mais ricas e mais pobres, variando de 0 a 1. Quanto mais próximo a 0 indicam um cenário de igualdade entre as pessoas, enquanto valores próximos a 1 representam um cenário de desigualdade extrema. A partir de dados dos censos brasileiros, a comparação é realizada em relação às 20% pessoas mais pobres em relação às 20% mais ricas (<http://www.atlasbrasil.org.br/>).

O índice de Gini não apresenta uma diferença significativa na desigualdade de renda, a Região de Saúde de Barreiras permanece com alta desigualdade em ambos os períodos (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição espacial do índice de Gini, A e B (Estado); C e D (Região de Saúde), segundo municípios, Bahia, Brasil, 2000 (A e C) e 2010 (B e D) (destaque para Região de Saúde e município de São Desidério-BA)



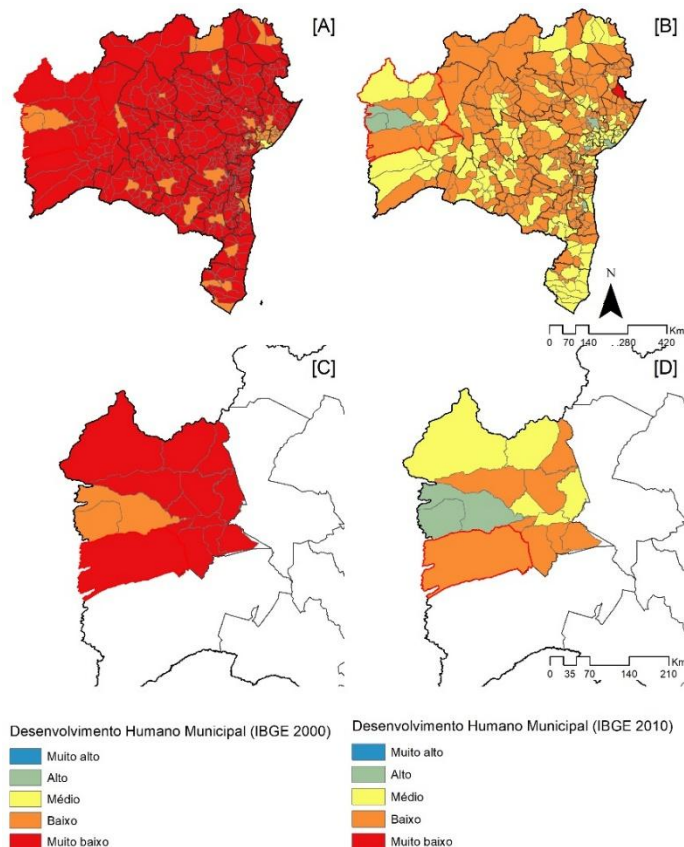
Fonte: IBGE, 2025

Com uma perspectiva voltada para a economia, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) representa um indicador que busca medir o grau de desenvolvimento humano dos municípios, sendo uma alternativa a indicadores econômicos clássicos como o Produto Interno Bruto (PIB). Este indicador considera 3 dimensões fundamentais: a) padrão de vida, b) vida longa e saudável, e c) acesso ao conhecimento. Os resultados variam de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 0, menor o IDHM, e quanto mais próximo a 1, melhor o IDHM (<http://www.atlasbrasil.org.br/>).

Em um contexto geral, o IDHM apresenta melhoria na maioria dos municípios saindo de muito baixo IDHM, para IDHM baixos ou médios. A Região de Saúde de Barreiras tem uma melhora considerada alta, saindo de municípios com índices em classificação muito baixa, para índices baixos, médios e altos (Figura 4). Essa

mudança no IDHM pode ser reflexo do rápido crescimento do agronegócio na região.

Figura 4 - Distribuição espacial do índice de desenvolvimento humano, A e B (Estado); C e D (Região de Saúde), segundo municípios, Bahia, Brasil, 2000 (A e C) e 2010 (B e D) (destaque para Região de Saúde e município de São Desidério-BA)



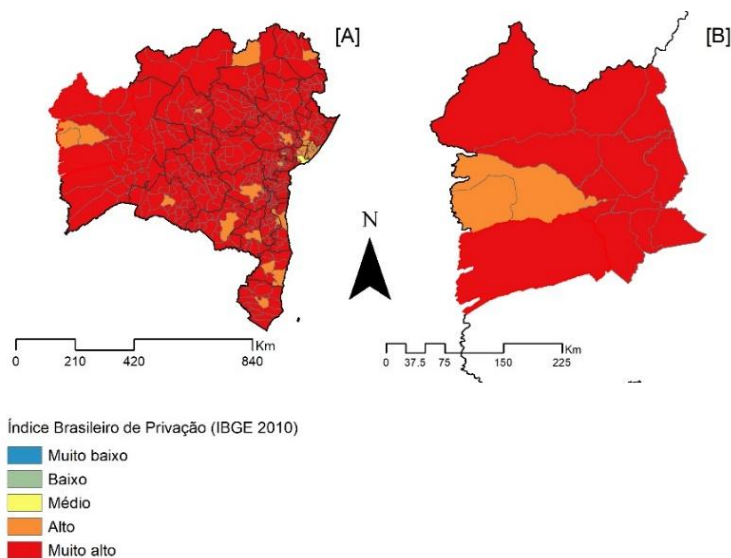
Fonte: IBGE, 2025

O Índice Brasileiro de Privação (IBP) busca dimensionar as privações em diferentes territórios, informa os níveis de posição socioeconômica ou de privação material em relação a diferentes recortes territoriais (setores censitários, municípios, estados, macrorregiões, estados, macrorregiões e nacional). Foi desenvolvido/elaborado por pesquisadores(as) do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia) e da Universidade de Glasgow-Escócia, dentro do projeto SPHI (*Social Policy & Health Inequalities*).

Este índice considera em seu cálculo dados sobre renda, escolaridade e condições do domicílio. Nos dados de renda, considera-se o percentual de domicílios com renda per capita inferior a $\frac{1}{2}$ salário-mínimo, enquanto nos dados de escolaridade, insere-se o percentual de pessoas analfabetas com idade igual ou superior a 7 anos. Já nos dados de condições dos domicílios, considera-se o percentual de domicílios com acesso inadequado a saneamento básico e sem água encanada, coleta de lixo, vaso sanitário e banheiros (<https://cidacs.bahia.fiocruz.br/ibp/>).

A maioria dos municípios baianos está classificada como de muito alta privação, cenário que se mantém na Região de Saúde de Barreiras. Nessa região, verifica-se a classificação de apenas dois com alta privação, enquanto os demais apresentam muito alta privação (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição espacial do índice brasileiro de privação, A (Estado); B (Região de Saúde), segundo municípios, Bahia, Brasil, 2010 (destaque para região de saúde e município de São Desidério-BA)



Fonte: IBGE, 2025

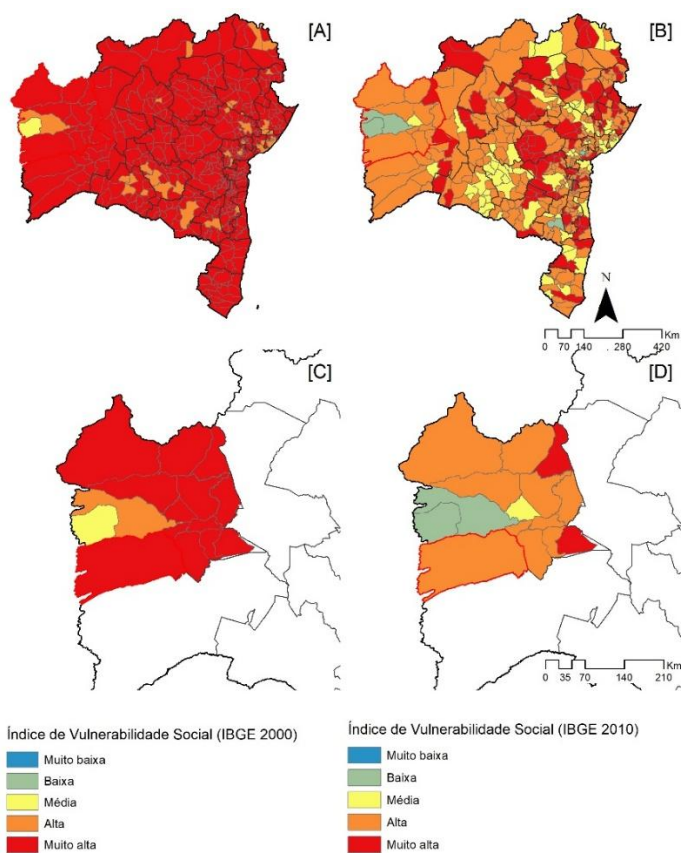
Representando as condições sociais nos territórios, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) está baseado em dados censitários (disponíveis nos anos de 2000 e 2010). São considerados

16 indicadores, organizados em 3 dimensões: a) infraestrutura urbana (acesso a serviços básicos para a população), b) capital humano, e c) condições de trabalho e renda.

Na infraestrutura urbana, o indicador aborda a inadequação de coleta de lixo, água e esgoto, e tempo de deslocamento de casa para o trabalho; no capital humano inserem-se mortalidade infantil, crianças de 0 a 5 anos e 6 a 14 anos fora da escola, crianças que não estudam, não trabalham e baixa renda, mães jovens de 10 a 17 anos, mães que não possuem ensino fundamental e com filhos até os 15 anos, pessoas analfabetas, e crianças residentes em domicílios com ninguém sem ensino fundamental completo; enquanto na dimensão de renda e trabalho, são analisados os dados de renda menor ou igual a R\$ 255,00 (padrão utilizado nos anos do censo), pessoas de baixa renda e dependência de pessoas idosas, proporção de desocupação, trabalho infantil e ocupação informal em pessoas sem ensino fundamental. Estas dimensões foram combinadas gerando um índice que varia de 0 a 1, onde 0 indica menor vulnerabilidade, enquanto 1 indica alta vulnerabilidade (<https://ivs.ipea.gov.br/>).

Com melhoria significativa no período de 10 anos, o IVS no ano de 2000 tem a maioria dos municípios na classificação de muito alta vulnerabilidade, passando para alta vulnerabilidade no ano de 2010 (ainda indicando grande vulnerabilidade apesar da melhora no indicador). A Região de Saúde de Barreiras varia de maioria de municípios com índices de muito alta vulnerabilidade social, para maioria com alta vulnerabilidade social em 2010 (ressalta-se que este cenário pode ser melhor, quando forem avaliados os dados do censo de 2022) (Figura 6).

Figura 6 - Distribuição espacial do índice de vulnerabilidade social, A e B (Estado); C e D (Região de Saúde), segundo municípios, Bahia, Brasil, 2000 (A e C) e 2010 (B e D) (destaque para região de saúde e município de São Desidério-BA)



Fonte: IBGE, 2025

4. Epidemiologia da Doença de Chagas no Brasil

Estima-se a existência de cerca de 8 milhões de pessoas em todo o mundo com infecção por *Trypanosoma cruzi*, especialmente na América Latina. A doença de Chagas persiste como a principal causa de doença cardíaca em adultos jovens e economicamente produtivos em países endêmicos, em termos de anos de vida ajustados perdidos por morte ou incapacidade (DALY).

Apesar dos avanços no controle vetorial e na garantia de qualidade e segurança das transfusões de sangue em vários desses países, especialmente a partir de iniciativas intergovernamentais implementadas na década de 1990, é ainda evidente a sua relevância como problema de saúde pública, pela persistência de milhões de pessoas cronicamente infectadas globalmente, muitas com complicações cardíacas ou digestivas, tendo como consequência cerca de 10 mil mortes anuais relacionadas à doença.

Os desafios tornam-se ainda maiores diante de estimativas que indicam que mais de 90% das pessoas acometidas pela doença de Chagas no mundo não possuem acesso a diagnóstico e tratamento, o que sustenta o elevado impacto de morbimortalidade e o custo social associado à doença.

O complexo desafio de se pensar em acesso à saúde para as pessoas com doença de Chagas (e outras DTN), reforça globalmente a luta pela ampliação da garantia de acesso a direitos conquistados às pessoas acometidas, convergindo em esforços colaborativos em redes. Ressalta-se o alcance daqueles direitos previstos na seguridade social, saúde e educação, que devem permanecer de modo transversal na agenda das lutas sociais como forma de enfrentamento das iniquidades e fortalecimento da democracia.

Nesse contexto, a situação de pobreza vem sendo identificada como um problema central que causa e agrava a expressão das DTN, inclusive seus efeitos a longo prazo, como a incapacidade física. A pobreza limita o acesso a serviços básicos de saúde e àqueles de maior complexidade tecnológica, incluindo o acesso a diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidado integral dentre outros.

A doença de Chagas encontra-se entre as quatro principais causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias no Brasil. Entre as DTN é aquela que possui a maior carga de morbimortalidade. Estimativas mais recentes indicam entre 1,9 milhão a 4,6 milhões de pessoas infectadas por *T. cruzi* no País, correspondendo à variação de 1,0 a 2,4% da população.

Este cenário epidemiológico traz consigo o desafio de ações de controle sustentáveis e a importância de estratégias efetivas no SUS para diagnóstico, tratamento e atenção integral a milhões de cidadãos e cidadãs, aliado a ações de vigilância ajustadas a cada realidade. Amplia-se, portanto, a necessidade de estruturação de uma rede de atenção à saúde oportuna, resolutiva e integral à doença de Chagas no país, uma condição crônica desafiadora. A atuação da APS é central neste processo, por se constituir como espaço estratégico e porta de entrada de pessoas acometidas para acesso a diagnóstico e tratamento, atuando como elo de integração entre ações de vigilância e o cuidado integral.

A Bahia é um estado de reconhecida vulnerabilidade para doença de Chagas, e possui uma ampla distribuição de espécies de triatomíneos (dentre as 26 espécies de triatomíneos, pelo menos quatro são encontradas com frequência no município de São Desidério), sendo elas: *Triatoma sordida*, *Triatoma costalimai*, *Rhodnius neglectus* e *Panstrongylus lutzi*. A presença de espécies prioritárias para a transmissão da doença aumenta o alerta para o risco de transmissão da doença de Chagas no estado da Bahia.

De acordo com a Nota Informativa nº 07/2023 - CGZV/DEDT/SVSA/MS, publicada em 7 de março de 2023, o formulário para notificação de casos de doença de Chagas crônica foi disponibilizado no e-SUS Notifica em 6 de janeiro de 2023. Com base nestes dados, a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, por meio da Coordenação de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmitidas por Vetores e outras Antropozoonoses (CODTV), vem construindo nos Boletins Epidemiológicos, em um esforço de disseminar informações referentes a este importante problema de saúde pública no estado da Bahia.

Nos últimos anos, o estado da Bahia notificou dois surtos de Doença de Chagas por provável transmissão oral: o primeiro em 2023, com quatro casos

confirmados e um óbito, e o segundo em 2024, com cinco casos confirmados. Antes desse período, o último registro de caso agudo no estado ocorreu em 2018. Ressalta-se que, durante esse intervalo, não houve registro de casos agudos no município de São Desidério.

Em relação aos casos confirmados de doença de Chagas crônica, segundo o Boletim de doença de Chagas Nº 1 de 2024, com o início da notificação em 06 de janeiro de 2023, foram notificados 1.687 casos. Após a qualificação do banco de dados e a exclusão de registros duplicados, verificou-se registro de 1.613 casos, dos quais 349 foram diagnosticados no ano de 2023.

Neste mesmo boletim, para as macrorregiões de saúde de residência, em 2023, foram registrados os seguintes números de casos: Centro Leste (90; 5,6%), Centro Norte (91; 5,6%), Extremo Sul (3; 0,2%), Leste (360; 22,3%), Nordeste (10; 0,6%), Norte (10; 0,6%), Oeste (317; 19,7%), Sudoeste (722; 44,8%) e Sul (10; 0,6%).

Estes resultados revelam a importância da notificação do caso de doença de Chagas crônica, processo que deve ser incentivado para que seja inserido na rotina da APS de todos os municípios do país, em especial, daqueles com maior endemicidade e vulnerabilidade, a exemplo de São Desidério.

Em informe publicado com dados de São Desidério em 2024, foram registrados 49 casos de doença de Chagas crônica no período de 2021-2023, maioria em mulheres (32, 65,3%), e de raça cor parda (37, 75,5%).

5. Procedimentos Metodológicos

5.1. Registro nos Sistemas de Informação em Saúde

Para a estruturação do presente boletim epidemiológico, os dados da doença de Chagas crônica são oriundos do e-SUS Notifica e do SINAN, referente aos casos notificados em cada município. Foram exportados os dados existentes de casos notificados nos sistemas, de pessoas residentes no município.

Foram considerados todos os registros lançados até o mês de março de 2025. As análises descritivas foram conformadas por meio da construção de tabelas e gráficos de série temporal, avaliando o número de casos e as taxas de detecção por ano (segundo o ano do diagnóstico). Mesmo casos com diagnóstico em anos anteriores a 2020, quando foi lançada a portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020 para notificação dos casos crônicos, serão reportados neste boletim.

Com base nos casos apresentados ao longo do tempo, será possível avaliar também o impacto das intervenções desenvolvidas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, em termos da detecção e da notificação de casos de doença de Chagas crônica nos anos de 2024 e 2025, período correspondente à implementação do teste rápido de triagem e da confirmação sorológica de resultados preliminarmente positivos ou inconclusivos.

5.2. Testes Rápidos de Triagem, Confirmatórios e Classificação Clínica

A meta para testagem no município de São Desidério é de pelo menos 13,5 mil pessoas em todo o município, correspondendo a mais de 40% da população local. O quantitativo de testes destinados a cada unidade de saúde foi estabelecido com base na população de referência por ela atendida, conforme registros no Prontuário Eletrônico do/a Cidadão/ã (PEC), e de estimativas prévias de prevalência da infecção por *T. cruzi*

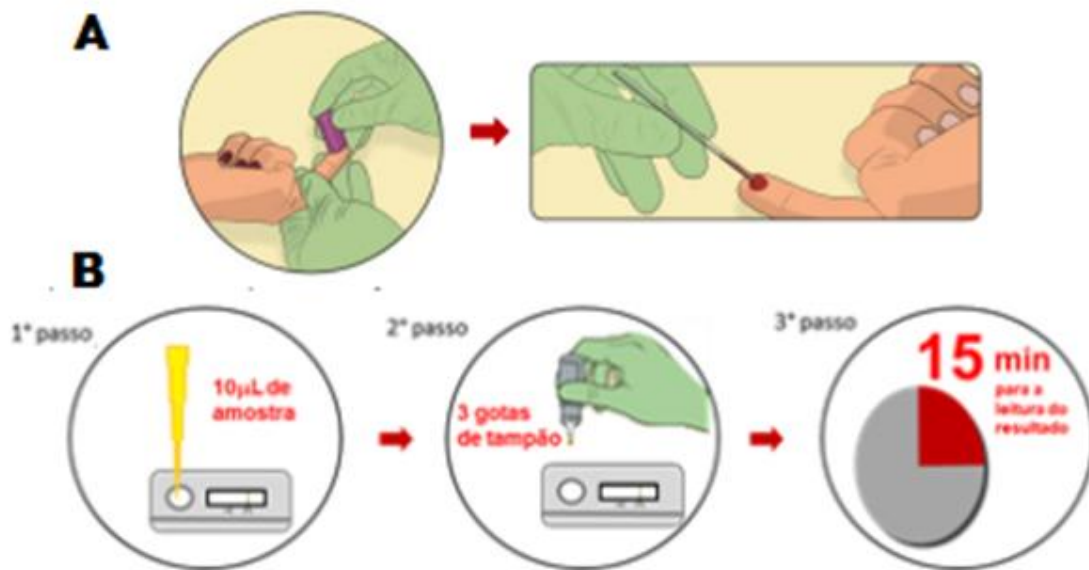
O projeto estima testar quase 14 mil pessoas em todo o município de São Desidério, representando mais de 40% da população. O quantitativo de testagem de cada unidade de saúde está baseado na população de referência atendida por cada unidade da APS, com registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Os testes rápidos de triagem representam ferramentas de importância estratégica para a saúde pública por meio de programas governamentais de atenção, uma vez que oferecem vantagens como: rapidez de resultado (máximo de 20 minutos); treinamento simples para as pessoas usuárias; facilidade de transporte, atingindo locais de difícil acesso com o objetivo de viabilizar o diagnóstico rápido. Considerando a facilidade de armazenamento e de

transporte, o kit utilizado, formado por dispositivos leves e resistentes, possui uma grande amplitude térmica em sua utilização, o que facilita a sua manutenção, em geral, entre 2° e 30°C na estocagem. Portanto, os testes rápidos podem ser utilizados tanto na rotina dos serviços de saúde da APS, quanto em campanhas por todo o país, garantindo à população maior acesso a diagnóstico.

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

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



A: Higienização e coleta de punção digital; B: procedimento do teste em 3 etapas (1 – aplicação da amostra no orifício S do suporte do teste; 2 – aplicação do tampão de corrida; 3 – Interpretação dos resultados após 15 minutos de aplicação do tampão de corrida [não ultrapassando os 20 minutos]).

Fonte: Adaptado de Bio-Manguinhos

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

Os testes rápidos de triagem (TR Chagas Bio-Manguinhos®) conduzidos nas UBS do município, têm como referência o seguinte público-alvo (Figura 8):

Figura 8 - Público-alvo do projeto IntegraChagas Brasil, 2025

	Pessoa que já tem diagnóstico de doença de Chagas anterior ao projeto
	Pessoa residente em unidade domiciliar (UD) com presença de triatomíneos (no passado ou atual)
	Pessoa que vive em comunidades com cães sentinela diagnosticados pelo projeto como positivos para infecção por <i>T. cruzi</i>
	Pessoa com vínculo epidemiológico de doença de Chagas (exemplo: familiares em geral que residem com pessoas com diagnóstico ou especificamente filhos(as) de mães positivas)
	Pessoa com suspeita clínica de doença de Chagas
	Pessoa com condição(ões) de imunodepressão (exemplo, infecção por HIV/aids, uso de corticoterapia)
	Mulher em idade fértil (10 a 49 anos)
	Pessoa que busca unidade por demanda espontânea (iniciativa própria)

Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Antes de realizar o teste rápido de triagem, todas as pessoas participantes da pesquisa são aconselhadas, e assinam o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE, além do termo de consentimento livre e esclarecido - TALE (com versões para pessoas com 6 a 18 anos, e gestantes).

As informações referentes às pessoas participantes da pesquisa são, em um primeiro momento, inseridas no software *Research Electronic Data Capture* (REdoença de Chagasap) por meio da Ficha Única de Triagem (FUT), que engloba um conjunto abrangente de dados, incluindo características sociodemográficas, informações sobre residência e nível de conhecimento acerca dos aspectos clínicos e epidemiológicos da doença de Chagas.

Após o preenchimento da FUT, as pessoas são encaminhadas para realização do teste rápido triagem. Em seguida a realização do teste rápido triagem, a pessoa participante é redirecionada para um local do aconselhamento pós-teste e recebimento do resultado do teste rápido triagem. Resultado do teste rápido

negativo e sem histórico de doença de Chagas encerra a participação após receber o laudo do resultado do teste.

Após o resultado do teste rápido triagem reagente ou inconclusivo cada participante é encaminhada para a confirmação sorológica, e pessoas com diagnóstico anterior de doença de Chagas com resultado do teste rápido triagem negativo ou inconclusivo também são encaminhadas para confirmação sorológica.

Após o retorno do resultado da sorologia, o resultado é informado à pessoa participante, com realização do aconselhamento (em casos de sorologia negativa ou positiva). Para participantes com sorologia negativa, encerra-se a participação na pesquisa, fechando o protocolo no sistema. As pessoas participantes com resultado da sorologia positiva, serão acolhidas e aconselhadas para seguimento na Linha de Cuidado, com posterior notificação no e-SUS Notifica.

Após o resultado da sorologia positiva será agendada a primeira consulta de seguimento na Linha de Cuidado para avaliação clínica e conduta médica, baseada no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Doença de Chagas (PCDT), estabelecido pelo Ministério da Saúde do Brasil lançado em 2018. Esse acompanhamento será realizado na APS, pela equipe multidisciplinar com o cuidado singularizado, de forma longitudinal.

Para avaliação de risco e vulnerabilidade dentro do projeto IntegraChagas Brasil, foi elaborado um escore, composto por 7 categorias: sexo ao nascer (feminino), faixa etária (50 anos ou mais), zona de residência (rural), raça/cor (parda ou preta), escolaridade (analfabeta ou ensino fundamental incompleto), risco epidemiológico (ter familiares com histórico de doença de Chagas) e residente em unidade domiciliar (UD) com presença de triatomíneos (no passado ou atual). Cada uma das categorias possui peso igual a 1, e são somadas para compor um escore que varia de 0 a 7. As variáveis que compõem este escore são coletadas na primeira abordagem da equipe de saúde com cada participante, por meio da ficha única de triagem (FUT).

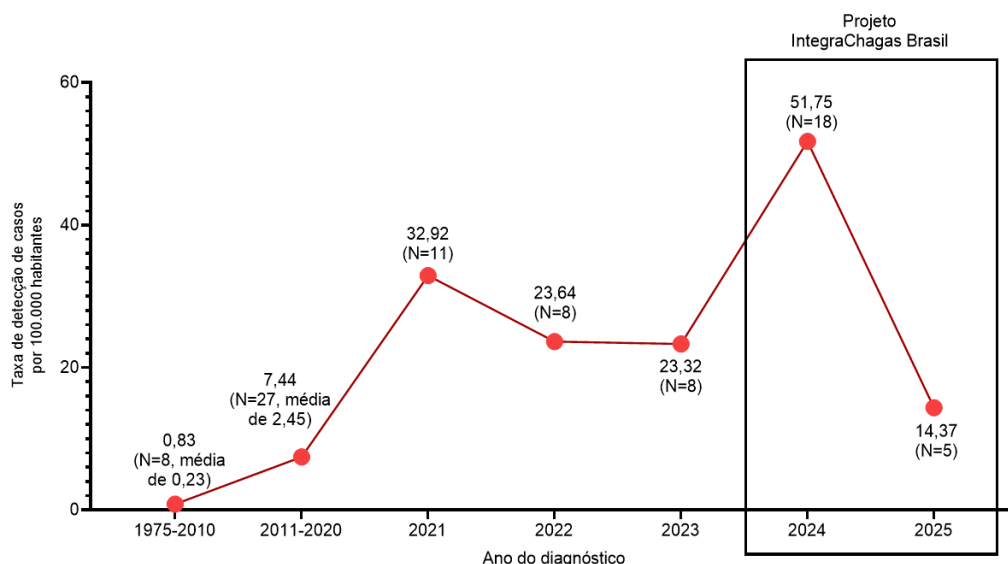
Os dados dos testes rápido triagem, sorologias e seguimentos foram apresentados em tabelas e gráficos, visando a utilização destas informações pela população em geral do município. A análise apresentada neste boletim corresponde aos dados obtidos no período de 07 de junho de 2024 até 28 de março de 2025.

6. Resultados

6.1. Registros no Sistema de Informação e-SUS Notifica

São Desidério iniciou a notificação de casos de doença de Chagas crônica a partir de 2023 até o tempo presente (Os dados do ano de 2025 são parciais, até o mês de março). Considerando o ano de diagnóstico, o ano 2024 possui o maior número de casos (N=18), com taxa de detecção de 51,75 casos/100.000 habitantes (Figura 9).

Figura 9 - Taxa de detecção e número de casos de doença de Chagas crônica, São Desidério-BA, 2023-2025*



Fonte: e-SUS Notifica 2023-2025* (dados parciais)

Observação: Para a série histórica, foi utilizado o ano de diagnóstico – 54 casos possuem ano do diagnóstico anteriores a 2023

Do total de 85 casos notificados, a maioria era do sexo feminino (N=47, 55,3%), raça/cor parda (N=47, 55,3%), residente na zona rural (N=56, 65,9%), e com idade 40 a 49 anos (N=45, 52,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e percentual de casos de doença de Chagas crônica, São Desidério, e-SUS Notifica 2023-2025* (dados parciais)

Variáveis	Total	
	N	%
Total	85	100,0
Sexo		
Feminino	47	55,3
Masculino	38	44,7
Raça/Cor		
Branca	7	8,2
Preta	4	4,7
Amarela	26	30,6
Parda	47	55,3
Indígena	0	0,0
Sem registro	1	1,2
Faixa Etária (em anos)		
<15	1	1,2
15-29	2	2,4
30-39	9	10,6
40-49	45	52,9
50-59	21	24,7
60-69	5	5,9
≥70	2	2,4
Zona de Residência		
Urbana	25	29,4
Rural	56	65,9

Periurbana	2	2,4
Ignorado	2	2,4

Fonte: e-SUS Notifica 2023-2025* (dados parciais)

6.2. Resultados de Testes Rápidos Triagem e Testes Confirmatórios

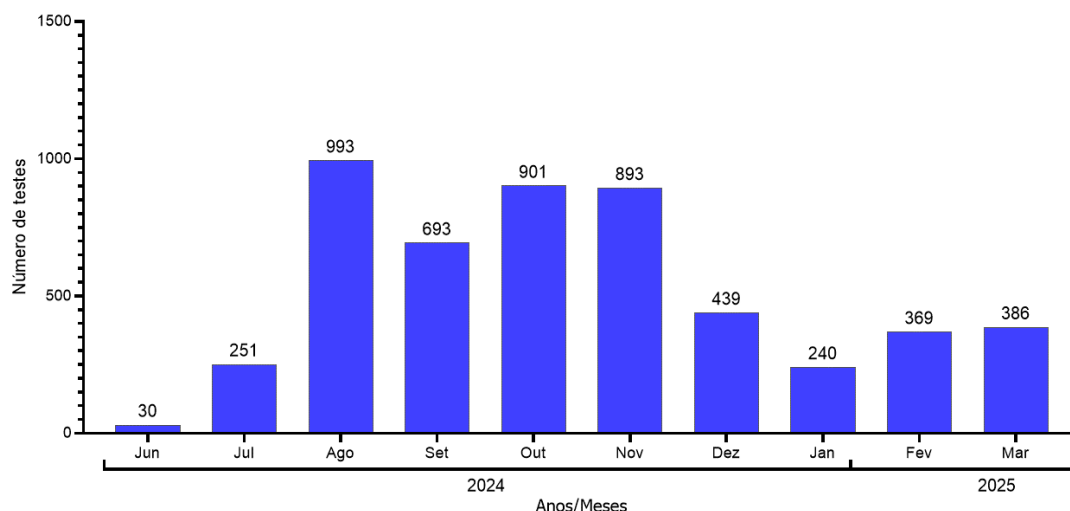
6.2.1. Perfil das pessoas com testes rápido realizados e encaminhados para confirmatórios.

No período de março de 2024 a março de 2025 foram realizados 5.195, sendo 564 (10,9%) com resultado positivo e 869 (16,7%) inconclusivo (Tabela 2) (Figura 10, Figura 11).

Considerando-se o número de testes realizados, o município alcançou 38,3% da meta total prevista de testagem.

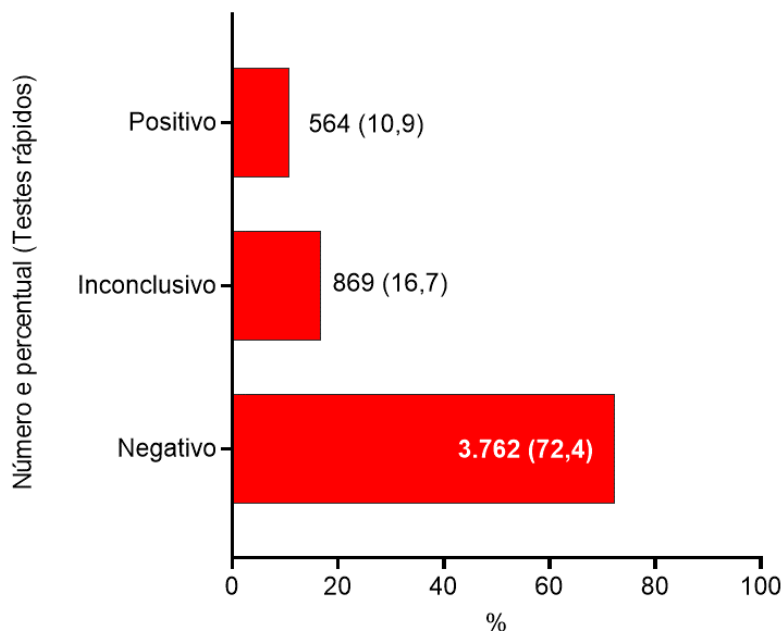
A maioria dos testes rápidos triagem foi realizada nos meses de agosto a novembro de 2024, principalmente durante atividades de campanhas realizadas pelas equipes de saúde do município (Figura 10, Figura 11).

Figura 10 - Número de testes rápidos triagem realizados segundo mês e ano de testagem, de 07 de junho de 2024 a 28 de março de 2025, São Desidério-Bahia



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Figura 11 - Número de testes rápidos de triagem realizados segundo resultado, de 07 de junho de 2024 a 28 de março de 2025, São Desidério-Bahia



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A maioria dos testados foi realizada em pessoas do sexo feminino (3.191, 61,4%), com idade entre 15 e 29 anos (1.123, 21,6%), residentes em áreas rurais (4.474, 86,1%), de raça/cor parda (3.908, 75,2%), e com ensino fundamental incompleto (2.404, 46,3%) (Tabela 2).

Um total de 233 (4,5%) gestantes foi testado, 22 (3,9%) apresentando teste rápido de triagem positivo e 37 (4,3%) apresentando teste rápido inconclusivo – sendo encaminhadas para sorologia, seguindo o protocolo (Tabela 2).

No contexto de risco/vulnerabilidade, segundo o escore do projeto, pessoas com escores com valores acima de 4 foram predominantes, em 2.838 testadas (54,6%), com proporção ainda maior entre as que tiveram teste rápido triagem positivo (402, 71,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e percentual dos testes rápidos triagem, segundo variáveis sociodemográficas, de conhecimento clínico, São Desidério-BA, 2024–2025

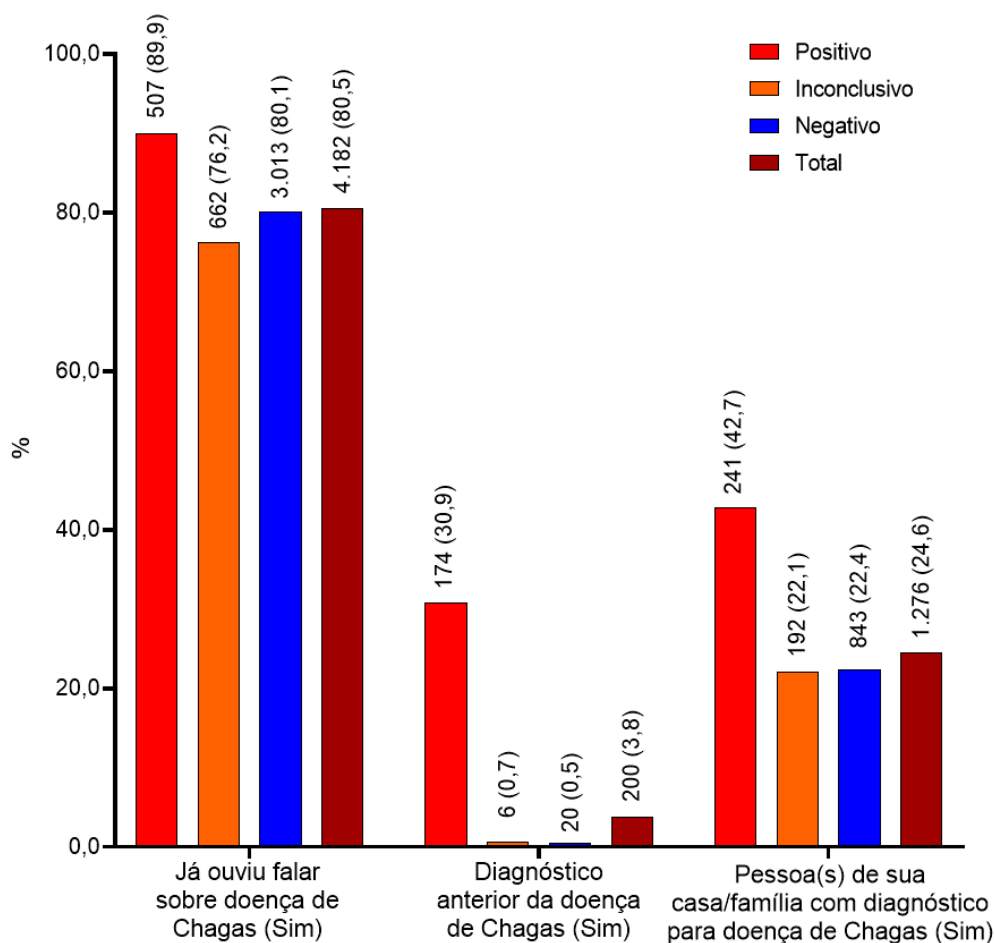
Variáveis	Positivo N (%)	Inconclusivo N (%)	Negativo N (%)	Total N (%)
Total	564 (10,9)	869 (16,7)	3.762 (72,4)	5.195 (100,0)
Sexo				
Masculino	213 (37,8)	310 (35,7)	1.480 (39,3)	2.003 (38,6)
Feminino	351 (62,2)	559 (64,3)	2.281 (60,6)	3.191 (61,4)
Ignorado, não quer responder	-	-	1 (0,0)	1 (0,0)
Faixa Etária				
<15	23 (4,1)	119 (13,7)	444 (11,8)	586 (11,3)
15 a 29	62 (11)	201 (23,1)	860 (22,9)	1.123 (21,6)
30 a 39	73 (12,9)	160 (18,4)	708 (18,8)	941 (18,1)
40 a 49	139 (24,6)	150 (17,3)	642 (17,1)	931 (17,9)
50 a 59	143 (25,4)	98 (11,3)	448 (11,9)	689 (13,3)
60 a 69	78 (13,8)	93 (10,7)	424 (11,3)	595 (11,5)
≥70	46 (8,2)	48 (5,5)	236 (6,3)	330 (6,4)
Zona de Residência				
Urbana	60 (10,6)	116 (13,3)	544 (14,5)	720 (13,9)
Rural	504 (89,4)	753 (86,7)	3.217 (85,5)	4.474 (86,1)
Periurbana	-	-	1 (0,0)	1 (0,0)
Não lembra ou não quer responder	-	-	-	-
Raça/Cor				
Branca	63 (11,2)	114 (13,1)	483 (12,8)	660 (12,7)
Parda	428 (75,9)	642 (73,9)	2.838 (75,4)	3.908 (75,2)
Preta	60 (10,6)	101 (11,6)	381 (10,1)	542 (10,4)
Amarela	8 (1,4)	11 (1,3)	38 (1)	57 (1,1)
Indígena	1 (0,2)	-	9 (0,2)	10 (0,2)
Outras	2 (0,4)	-	1 (0,0)	3 (0,1)
Não lembra ou não quer responder	2 (0,4)	1 (0,1)	12 (0,3)	15 (0,3)
Escolaridade				

Nenhuma	112 (19,9)	99 (11,4)	398 (10,6)	609 (11,7)
Ensino fundamental incompleto	276 (48,9)	395 (45,5)	1.733 (46,1)	2.404 (46,3)
Ensino fundamental completo (até o 9º ano)	31 (5,5)	53 (6,1)	200 (5,3)	284 (5,5)
Ensino médio incompleto	32 (5,7)	102 (11,7)	406 (10,8)	540 (10,4)
Ensino médio completo	91 (16,1)	178 (20,5)	766 (20,4)	1.035 (19,9)
Superior incompleto	4 (0,7)	11 (1,3)	64 (1,7)	79 (1,5)
Superior completo	17 (3)	29 (3,3)	185 (4,9)	231 (4,4)
Não sabe, não lembra ou não quer responder	1 (0,2)	2 (0,2)	10 (0,3)	13 (0,3)
Contexto de Risco/Vulnerabilidade (escore)				
0	-	1 (0,1)	12 (0,3)	13 (0,3)
1	6 (1,1)	23 (2,6)	112 (3)	141 (2,7)
2	29 (5,1)	120 (13,8)	503 (13,4)	652 (12,6)
3	127 (22,5)	264 (30,4)	1.160 (30,8)	1.551 (29,9)
4	188 (33,3)	273 (31,4)	1.159 (30,8)	1.620 (31,2)
5	129 (22,9)	137 (15,8)	603 (16,0)	869 (16,7)
6	69 (12,2)	44 (5,1)	173 (4,6)	286 (5,5)
7	16 (2,8)	7 (0,8)	40 (1,1)	63 (1,2)

Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A maioria das pessoas testadas já havia ouvido falar em doença de Chagas (4.182, 80,5%), enquanto 3,8% relataram ter diagnóstico anterior (N=200) e 24,6% relataram ter alguma pessoa da família com a doença (N= 1.276) (Figura 12).

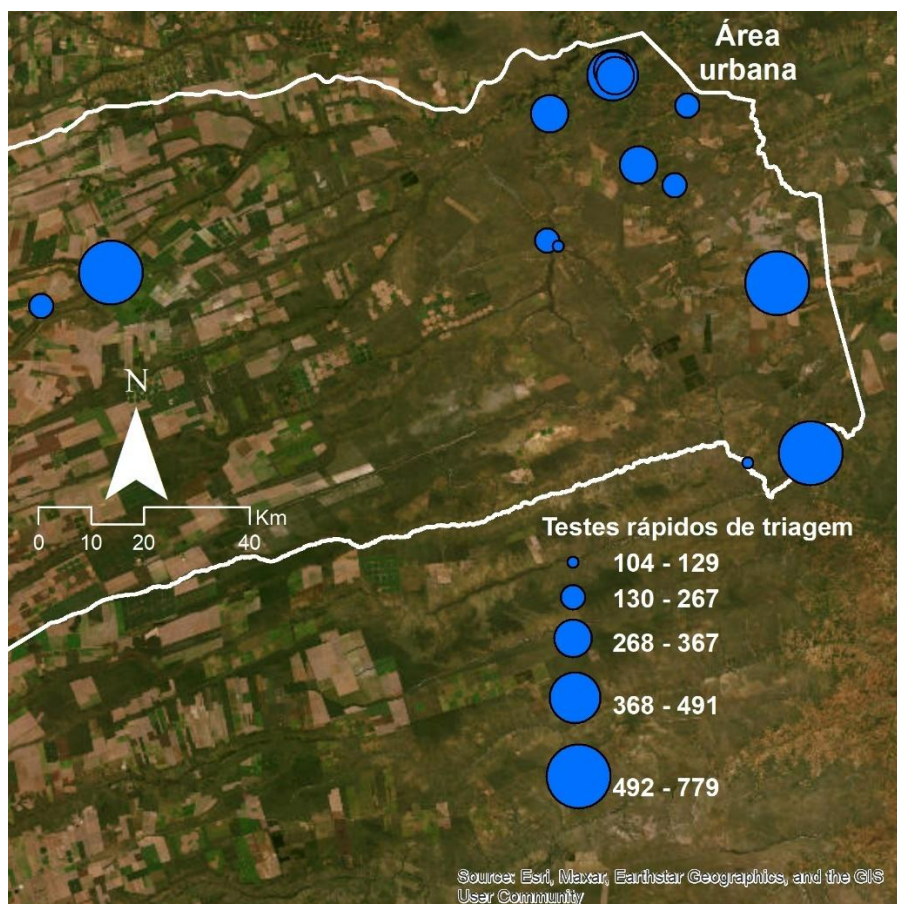
Figura 12 – Número de testes rápido triagem realizados no município de São Desidério-BA, de 07 de junho de 2024 a 28 de março de 2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Dentre as 14 unidades de saúde de São Desidério, a ESF Campo Grande e a ESF Paulino Antônio do Carmo, realizaram a maioria dos testes rápidos triagem (779 e 715, respectivamente), ambas localizadas em área rural do município (Figura 13).

Figura 13 - Distribuição espacial do número de testes rápido triagem (positivos, inconclusivos e negativos), segundo unidades de saúde, São Desidério-BA, 2024–2025



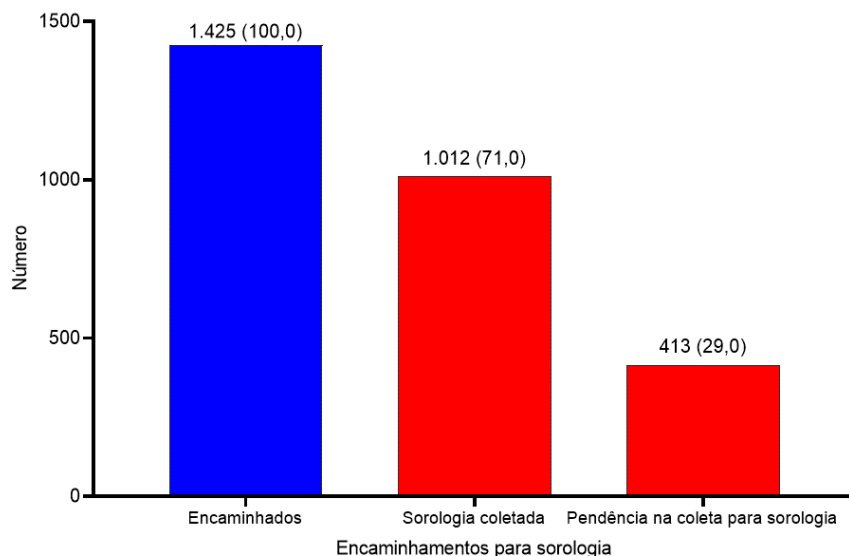
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Pessoas com Testes Rápido Triagem Realizados e Encaminhadas para Sorologia Confirmatória

Foram encaminhadas 1.425 pessoas para a realização dos testes confirmatórios para diagnóstico da doença de Chagas. Até o dia 28 de março de 2025, 71,0% (1.012) já haviam recebido o resultado dos testes confirmatórios para doença de Chagas (Figura 14).

Figura 14 - Número e percentual de pessoas com testes rápido triagem realizados e encaminhadas para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos

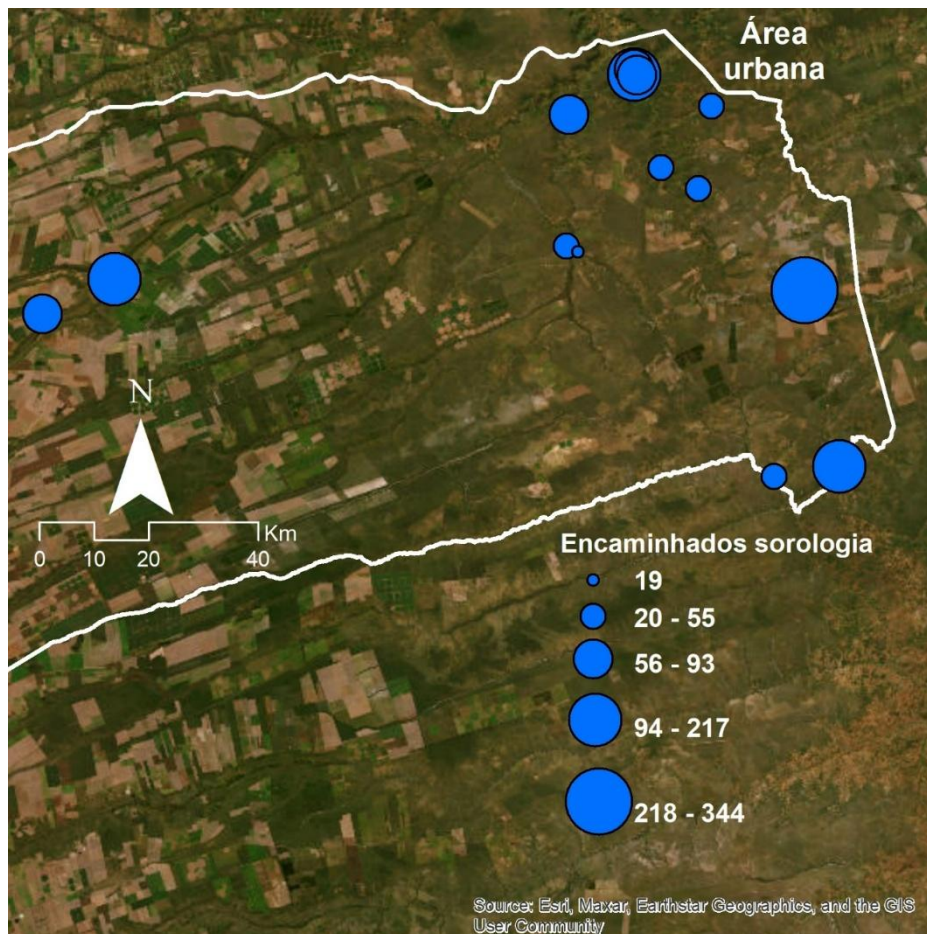
e negativos (com histórico de doença de Chagas), segundo as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS), São Desidério-BA, 2024–2025.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Localizada a leste da área rural de São Desidério, a ESF Campo Grande realizou a maioria dos encaminhamentos para confirmação sorológica para doença de Chagas (344/1.425), seguida pela ESF Paulino Antônio do Carmo (217/1.425) (Figura 15). A unidade com maior número de encaminhamentos de testes rápidos de triagem para confirmação de casos de doença de Chagas situa-se na área historicamente mais endêmica do município para a doença, com persistência de altos índices de captura triatomínica e infecção por *T. cruzi*.

Figura 15 - Distribuição espacial das pessoas com testes rápido triagem realizados e encaminhadas para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos (com histórico de doença e Chagas), segundo as unidades de saúde, São Desidério-BA, 2024–2025

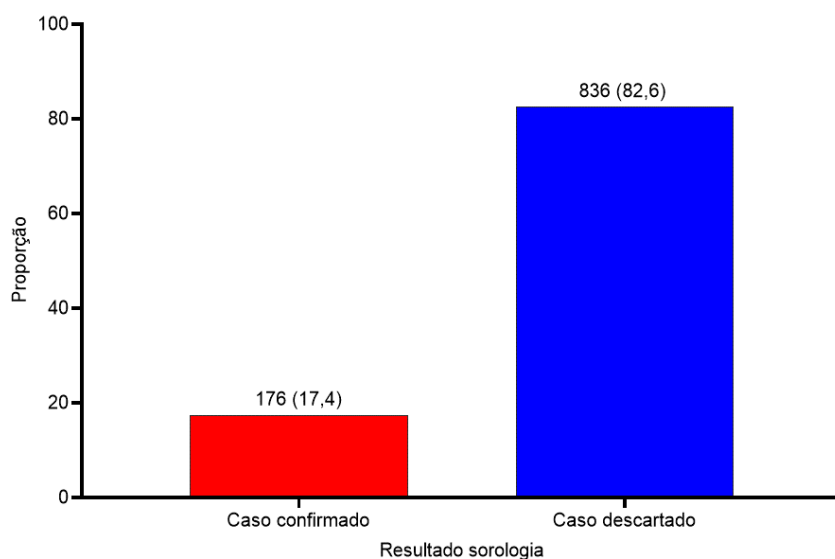


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Testes Rápido Triagem com Sorologia Confirmatória

Das 1.012 pessoas participantes que receberam o resultado do teste confirmatório para doença de Chagas, 176 (17,4%) foram confirmadas. Destes 176 casos confirmados por sorologia, 1 caso teve resultado negativo no teste rápido, mas foi encaminhado devido ao relato de doença de Chagas anterior, enquanto 12 (6,8%) haviam apresentado testes rápidos inconclusivos (Figura 16).

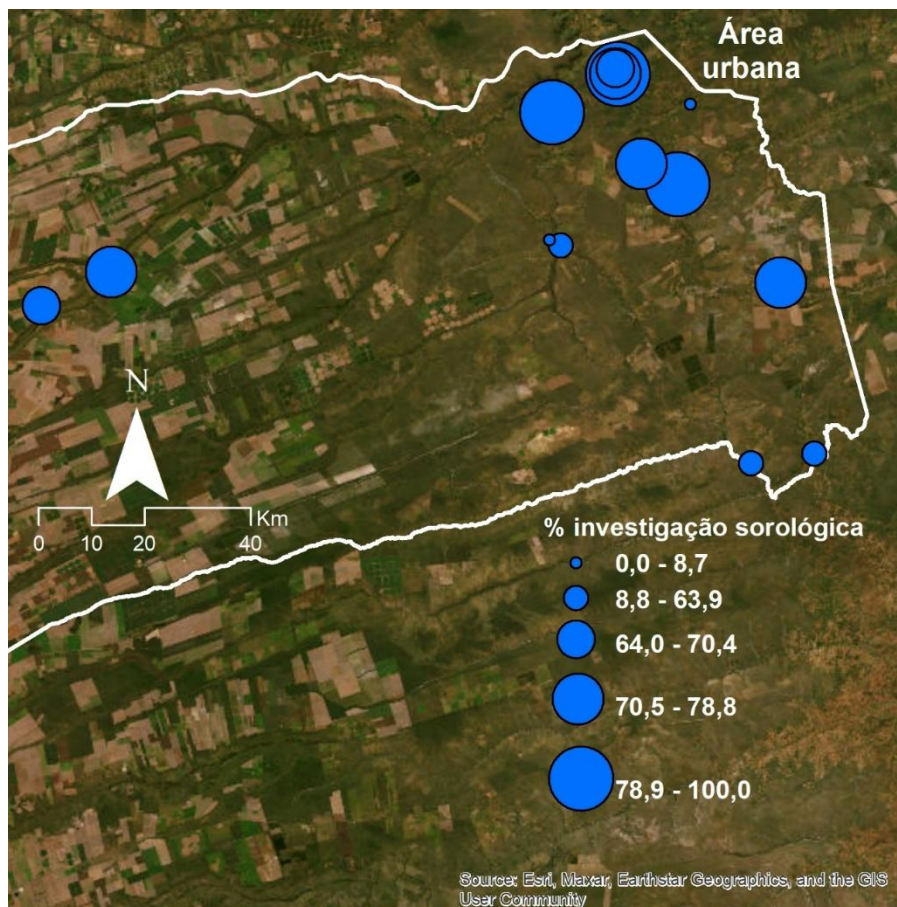
Figura 16 - Número e percentual de casos com realização de teste rápido triagem e / ou confirmatório, segundo resultado (positivo, negativo), São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Para a investigação sorológica, a ESF Joana Francisca da Silva teve a maior proporção de investigações concluídas (90,0%, 45/50), seguida pela ESF Sítio Grande (87,5%, 56/64) e pela ESF Otacílio Jesuíno de Oliveira (86,8%, 59/68). Assim como nos encaminhamentos, as unidades com maior número de casos confirmados de doença de Chagas estão localizadas em áreas historicamente endêmicas, com altos índices de presença e infecção triatomínica (Figura 17).

Figura 17 - Distribuição espacial da proporção de casos com investigação sorológica para doença de Chagas concluída, segundo as unidades de saúde, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

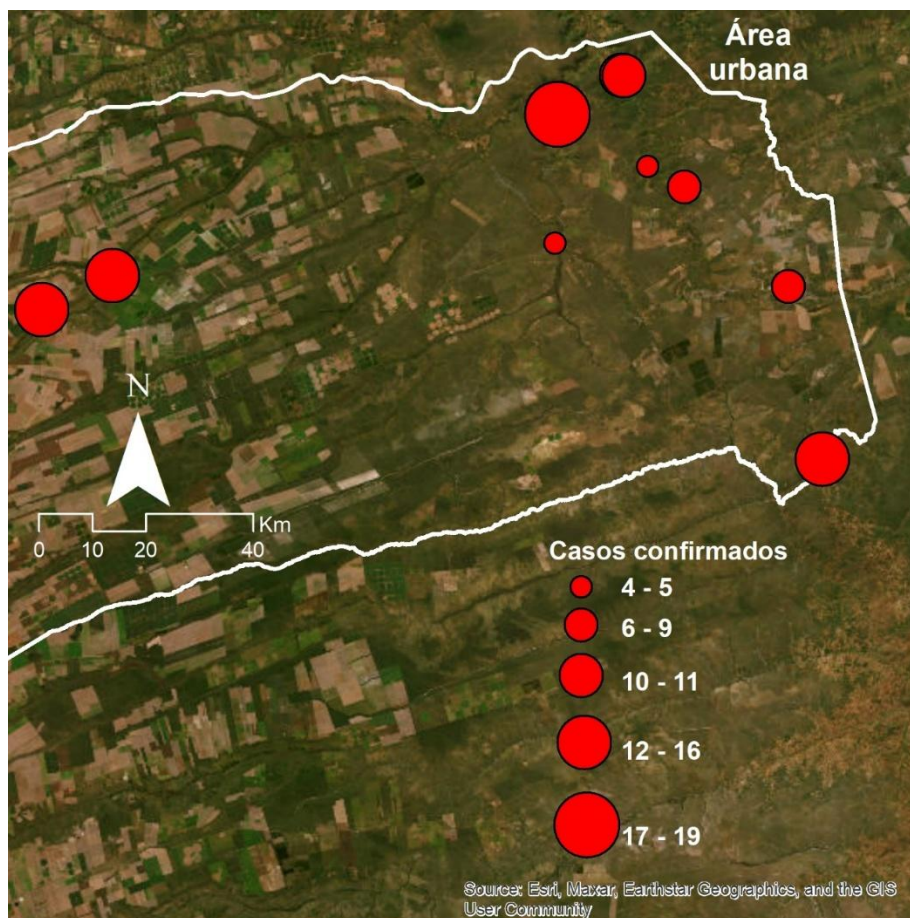
6.2.2. Perfil dos Casos com Confirmação Sorológica

A seguir são apresentadas as características sociodemográficas e clínicas dos 110 casos com confirmação sorológica de doença de Chagas, segundo as variáveis: sexo, faixa etária, zona de residência, raça/cor, escolaridade, ocorrência de gestação, conhecimentos sobre a doença de Chagas, escore do contexto de risco/vulnerabilidade, modo de entrada, pessoas acometidas em tratamento, forma clínica no início e ao final do seguimento.

Características dos Casos com Confirmação Sorológica

A maioria das pessoas com teste confirmatório foi atendida na ESF Florentino Augusto de Souza (49/176), seguida pela ESF Sítio Grande (27/176). Ambas as unidades se situam na zona rural de São Desidério, em comunidades de ampla extensão territorial (Figura 18).

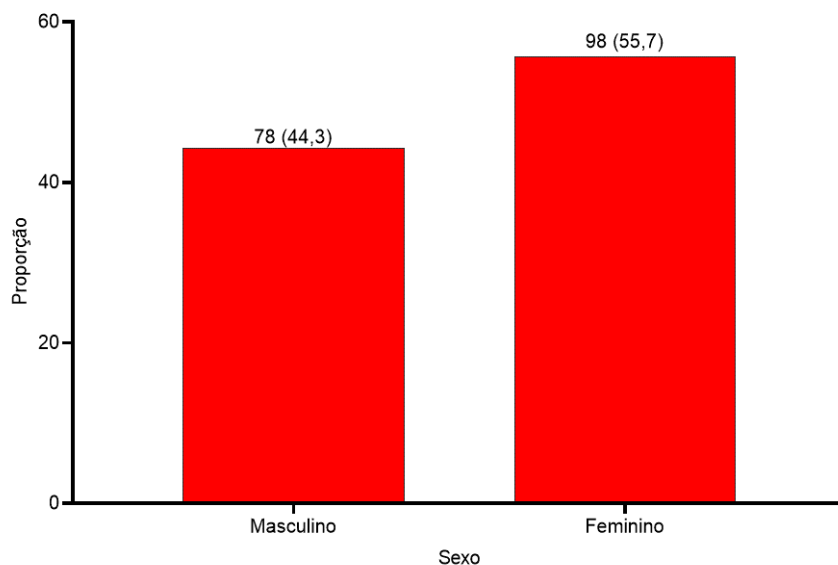
Figura 18 - Distribuição espacial do número de casos com confirmação sorológica, segundo as unidades básicas de saúde da família, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

A maioria das sorologias confirmadas foi verificada em mulheres (98, 55,7%). Essa maior proporção de mulheres reflete um dos públicos-alvo do projeto: mulheres em idade fértil e, de forma geral, mulheres (Figura 19). Dentre as mulheres em idade fértil, identificou-se 1 (0,6%) que estava grávida no momento da testagem rápida de triagem, com encaminhamento para teste confirmatório.

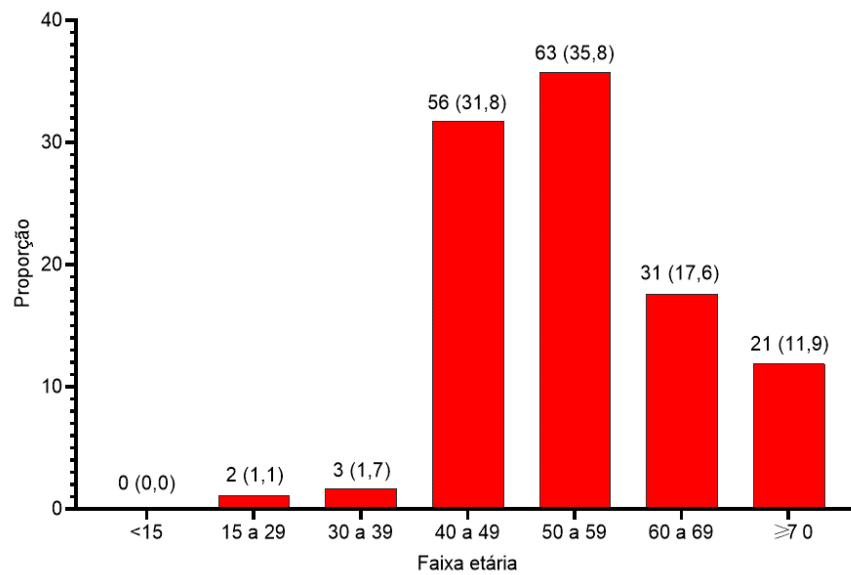
Figura 19 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo sexo, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Nas investigações para confirmação diagnóstica por faixas etárias, destacam-se 2 casos em pessoas de 15 a 29 anos. A maioria dos casos ocorreu em pessoas de 50 a 59 anos (63 casos, 35,8%), seguido pelo grupo de 40 a 49 anos (56 casos, 31,8%) (Figura 20).

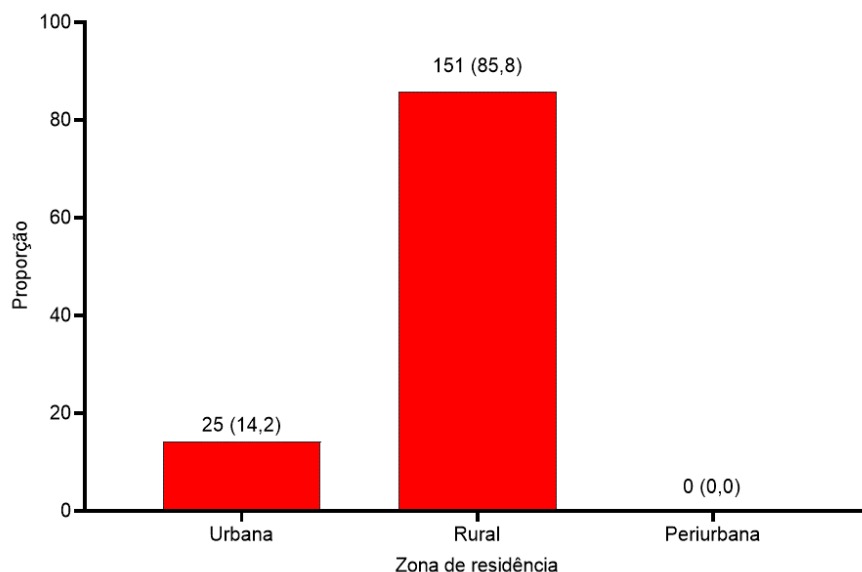
Figura 20 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo faixa etária, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Com uma alta proporção da população em área rural, a maioria dos testes confirmatórios também foi verificada na população de áreas rurais (151, 85,8%). Apesar da dispersão de casos no território do município, não foram identificados casos entre pessoas que relataram viver em área periurbanas (Figura 21).

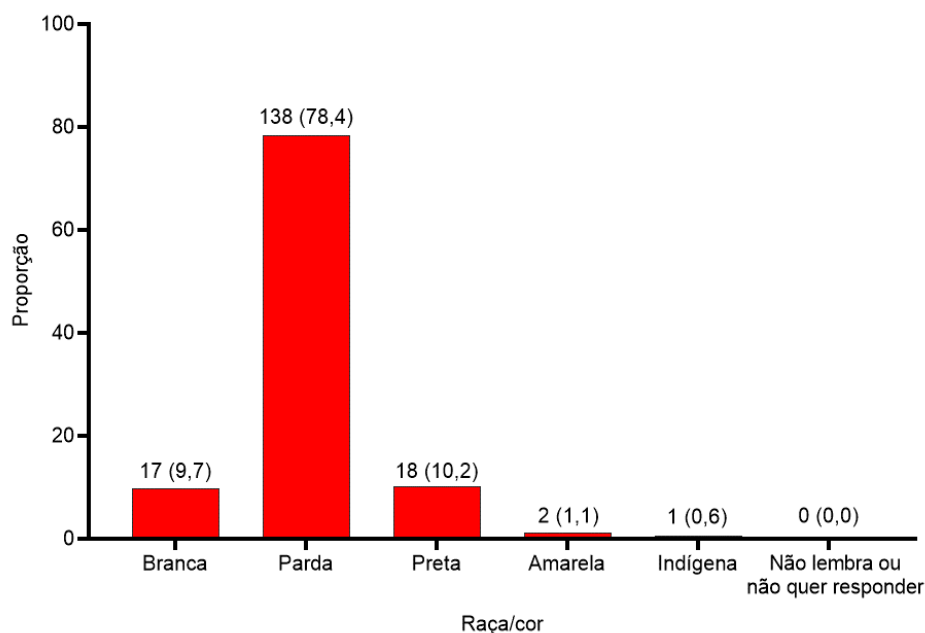
Figura 21 - Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo zona de residência, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Por ser um município com população de maioria autodeclarada raça/cor parda, os testes confirmatórios refletem os dados censitários, com 78,4% (138) dos testes confirmatórios nesta população, seguida pela raça/cor autodeclarada preta (18, 10,2%) e branca (17, 9,7%) (Figura 22).

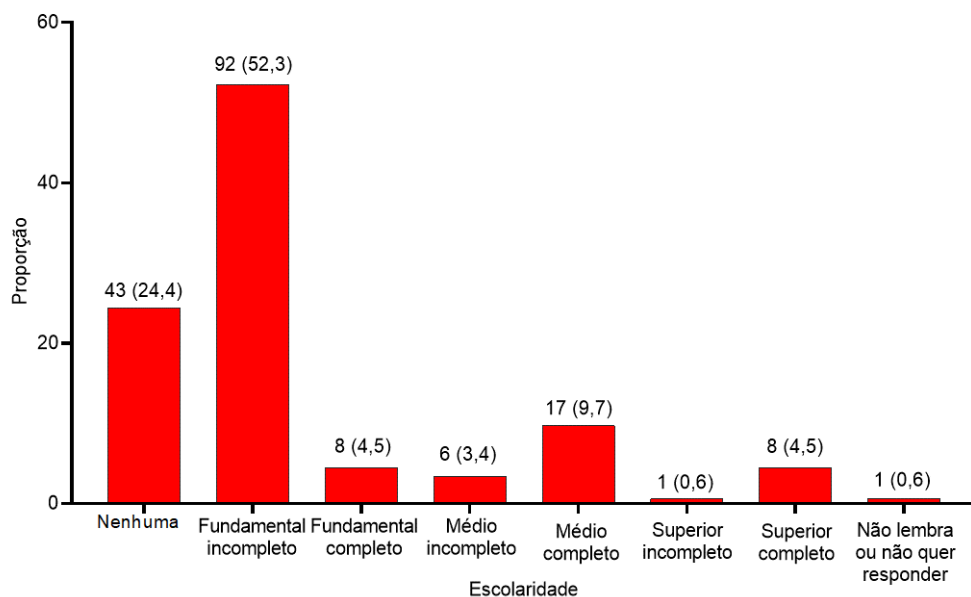
Figura 22 - Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo raça/cor, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Para a escolaridade, a maioria dos testes confirmatórios foi realizada em pessoas com ensino fundamental incompleto (92, 52,3%), seguidas por nenhuma instrução (analfabetos) (43, 24,4%) (Figura 23). Os dados apresentados são reflexo dos dados revelados pelo censo de 2022, onde a maioria da população de 18 anos ou mais não possuía nenhum grau de instrução ou tinha ensino fundamental incompleto.

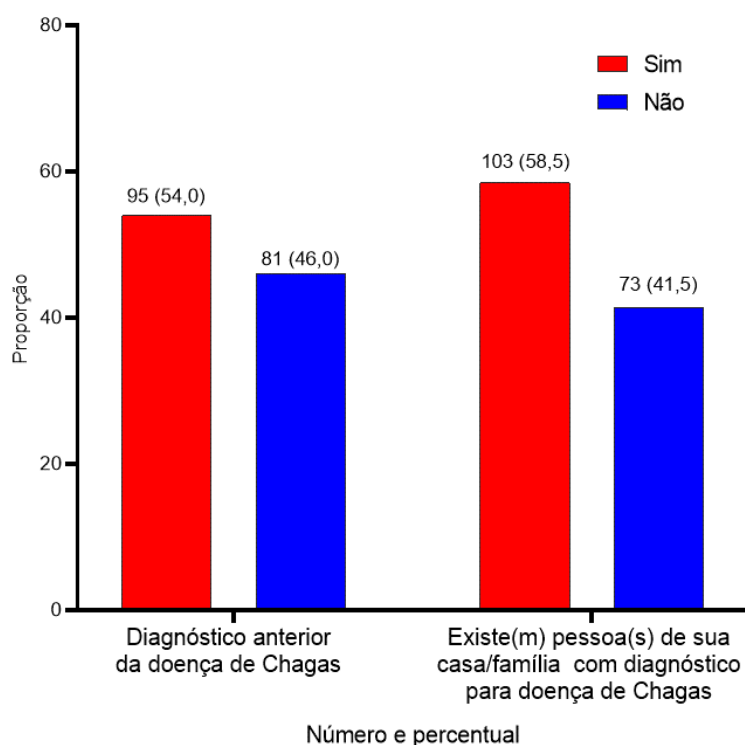
Figura 23 - Número e percentual de casos de doença de Chagas, segundo escolaridade, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Quanto ao conhecimento das pessoas com sorologia confirmada em termos de se elas tinham conhecimento de alguém com doença de Chagas na família, 58,5% (103) dos casos confirmados relataram ter, e 54,0% (95) relataram ter elas próprias diagnóstico anteriormente (Figura 24).

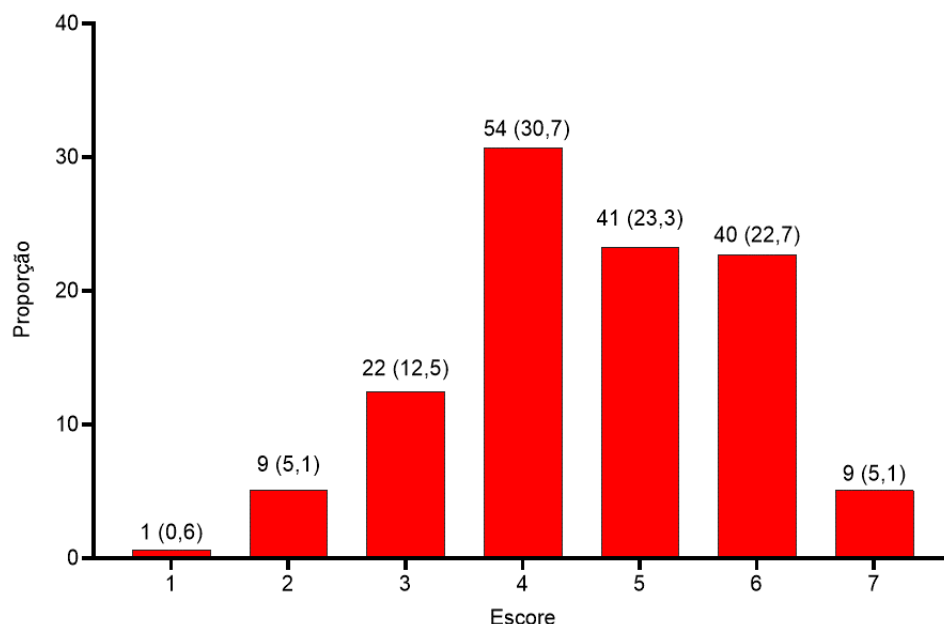
Figura 24 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, relatam existência de casos na família, diagnóstico anterior, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Dentre as condições de risco/vulnerabilidade elencadas para a composição do escore do projeto, a maioria das pessoas com teste confirmatório positivo atingiu 4 categorias (54, 30,7 %), seguido por 5 categorias (41, 23,3%) e 6 categorias (40, 22,7%). Há de se destacar as 9 pessoas (5,1%) com teste confirmatório positivo que apresentaram todas as categorias de risco/vulnerabilidade (Figura 25).

Figura 25 - Número e percentual de casos confirmados para doença de Chagas, segundo contexto de risco/vulnerabilidade, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

O modo de entrada é uma variável que considera múltiplas formas, sendo uma variável direcionada a cada profissional que está aplicando o formulário à pessoa participante. A maioria dos testes confirmatórios foi verificada em pessoas que relataram ter diagnóstico anterior de doença de Chagas (70, 39,8%), seguida por residentes em unidades domiciliares com presença de triatomíneos (51, 29,0%). Merecem destaque as pessoas que entraram por demanda espontânea (48, 27,3%) e por meio de campanhas (29, 16,5%) (Figura 24).

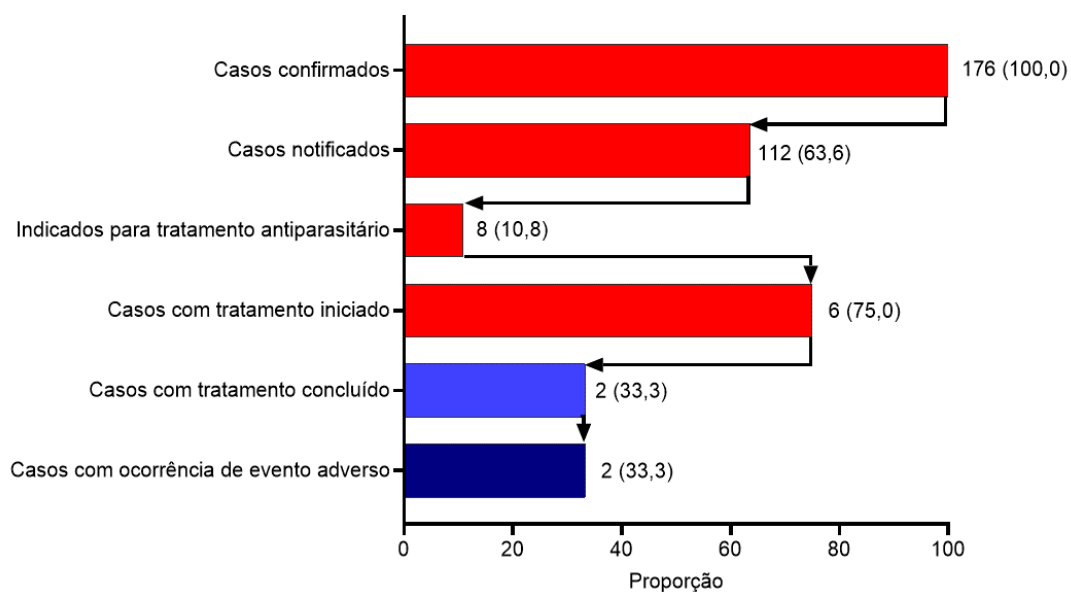
Figura 26 - Número e percentual de casos confirmados de doença de Chagas, segundo modo de entrada no Projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

Dentre os casos confirmados, 112 (63,6) foram notificados no e-SUS Notifica, 8/112 (10,8%) foram indicados para tratamento, sendo que desses 6/8 (75,0%) iniciaram o tratamento, e 2/6 (33,3%) concluíram o tratamento. Além disso, 2/6 (33,3%) pessoas apresentaram evento adverso ao uso de benznidazol (Figura 27).

Figura 27 - Número e percentual de casos confirmados, notificados, com indicação de tratamento, com tratamento iniciado e tratamento concluído, e com ocorrência de evento adverso, São Desidério-BA, 2024–2025



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2025

7. Considerações Finais e Recomendações

Este Boletim Epidemiológico sobre doença de Chagas do município de São Desidério, Bahia, tem uma grande importância em termos estratégicos, considerando não apenas o momento de intensificação das ações de vigilância e atenção para a doença no Brasil (inclusive por conta da transmissão vertical da doença), como também a validação de nova ferramenta a ser implementada no SUS, o teste rápido de triagem. Portanto, o documento deve ser objeto de leitura atenta e análise por todas as pessoas interessadas com intuito de propor novas estratégias e ações para controle e cuidado no SUS de uma doença como desafio e problema de saúde pública, com elevada carga de morbimortalidade, visando a garantia sempre de princípios da universalidade, integralidade e equidade a todas as pessoas.

Traz evidências para subsidiar o reconhecimento de avanços ao longo dos anos, assim como nos anos de 2024 e 2025, que trouxe em perspectiva o potencial da ferramenta do SUS, o Teste Rápido Triagem ampliando o acesso ao diagnóstico, para além do processo de mobilização e de formação das equipes de saúde atuantes no projeto dentro dos territórios do município. Possibilita também a identificação de possíveis falhas operacionais com vistas ao alcance de estratégias inovadoras e participativas para o aprimoramento das ações, em especial focadas nos retornos dos resultados das sorologias e acompanhamento dos pacientes diagnosticados.

Investigações complementares são necessárias para melhor compreensão da dinâmica e tendências acerca de aspectos clínicos, epidemiológicos, operacionais de controle, culturais, psicossociais, em especial para o aconselhamento das pessoas participantes da pesquisa, como também para os casos confirmados que serão acompanhados na linha de cuidado ao longo da vida no serviço de saúde.

Recomenda-se ainda a sustentabilidade de processos sistemáticos de monitoramento e avaliação, visando qualificação da atenção de modo integrado à vigilância com base na melhoria de indicadores, o que demanda, por exemplo, estimular cada vez mais a adesão ao processo de notificação por intermédio do

e-SUS Notifica, como também das ações específicas do programa de controle, em particular aquelas desenvolvidas pela APS.

Com esse objetivo, a construção ou o aperfeiçoamento de indicadores de base territorial poderá facilitar a vigilância ativa dos casos, a exemplo de casos com causas clínicas digestórias e/ou cardíacas, não apenas para a notificação, mas para a longitudinalidade do cuidado.

Importante destacar que o município, vem conduzindo de forma articulada e efetiva a busca ativa de casos de doença de Chagas crônica, particularmente após o início do projeto IntegraChagas Brasil, com a testagem em escala da população, que vem aprimorando o diagnóstico oportuno de casos que estavam sem diagnóstico, em especial aqueles na forma crônica indeterminada da doença.

Referências Bibliográficas

1. Agência Brasil. IBGE: São Desidério (BA) é o maior município agrícola do país em 2018 - A cidade nordestina teve R\$ 3,6 bilhões em valor de produção. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2019-09/ibge-sao-desiderio-ba-e-o-maior-municipio-agricola-do-pais-em-2018>
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Dicionário de dados – Ficha de Notificação/Investigação – Doença de Chagas crônica, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-Chagas/arquivos/2023/dicionario-de-dados-doenca-de-Chagas-cronica>
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Ficha de Notificação E-SUS Notifica (10/2023): Doença de Chagas crônica. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-Chagas/arquivos/2023/ficha-de-notificacao-doenca-de-Chagas>
4. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de caso confirmado de doença de Chagas crônica, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-Chagas/arquivos/2023/instrutivo-de-preenchimento-da-ficha-de-doenca-de-Chagas-cronica>
5. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia para notificação de doença de Chagas crônica (doença de ChagasC) - E-SUS Notifica Versão 3.3.0, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-Chagas/arquivos/2023/guia-para-notificacao-de-doenca-de-Chagas-cronicas-dcc>
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas: 14 de abril - Dia Mundial. Boletim Epidemiológico. 2021 Apr.

- Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/abril/14/boletim_especial_Chagas_14abr21_b.pdf
7. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Territorialização e vulnerabilidade para doença de Chagas crônica. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2022. p. 29. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-especial-de-doenca-de-Chagas-numero-especial-abril-de-2022>
 8. Brasil, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas. Portaria No 57 Brasil; 2018 p. 1-135. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_doenca_de_Chagas.pdf
 9. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 – 6ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/@@download/file>
 10. Brasil, Produção Agrícola Municipal - Sorriso, Campo Novo do Parecis e São Desidério lideram ranking da produção agrícola nacional: os municípios fazem parte da relação divulgada pelo IBGE das 100 cidades mais ricas na produção agrícola brasileira, Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/noticias/sorriso-campo-novo-do-parecis-e-sao-desiderio-lideram-ranking-da-producao-agricola-nacional>
 11. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde. Doenças Tropicais Negligenciadas: Impacto na Morbimortalidade das Crianças no Brasil, 2010 a 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-de-doencas-tropicais-negligenciadas-numero-especial-jan-2025.pdf/view>

12. Dias JCP, Ramos Jr. AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Rodrigues Coura J, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiol e Serviços Saúde. 2016 Jun;25(21):1–10. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000500002>
13. García GSM, Souza EA, Araújo VM, Macedo MSS, Andrade RMA, Ferreira PRDS, Guimarães MCS, Silva JAMD, Ramos Júnior AN. Territory, neglected diseases and the action of community and endemic combat agents. Rev Saude Publica. 2022 Apr 22;56:27. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003730>
14. García GSM, da Cunha Leite AHM, de Souza EA, Ferreira AF, de Sousa AS, Luiz RR, Luquetti Ostermayer A, Heukelbach J, Palmeira SL, de Castro CN, de Carvalho CMM, Ribeiro SCS, Oliveira CCL, Ramos AN Jr. High burden of hospital morbidity and mortality due to Chagas disease in Bahia state, Northeast Brazil, 2000-2022. Trop Med Int Health. 2025;30(5):368-381. <https://doi.org/10.1111/tmi.14085>
15. Governo do Estado da Bahia. Boletim Epidemiológico: Doença de Chagas –Nº 1. Salvador: Secretaria de Saúde; 2024. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/BoletimEpidemiologicoDpencaChagas_No01_m aio2024-2.pdf
16. Governo do Estado da Bahia. Boletim Epidemiológico: Doença de Chagas –Nº 1. Salvador: Secretaria de Saúde; 2023. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletimEpidemiologicoDoencasChagas_agosto2023.pdf
17. Governo do Estado da Bahia. Doença de Chagas. Salvador: Secretaria de Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/doencas-de-transmissao-vetorial/doenca-de-Chagas/>
18. Governo do Estado da Bahia. Doença e Agravo / Doença de Chagas. Salvador: Secretaria de Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/agravo/doenca-de-Chagas/>

19. Governo do Estado da Bahia. Patologias / Doença de Chagas. Salvador: Secretaria de Saúde; 2024. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/patologias_med_estra/doenca-de-Chagas/
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades e Estados. IBGE. 2025. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/sao_desiderio/panorama
21. Bahia. Observatório Baiano de Regionalização. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/nrs>
22. Bahia. Governo do Estado do Bahia. Secretaria da Saúde. Grupo de Trabalho de Chagas - Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Alerta Epidemiológico nº10/2024 - SESAB/SUVISA/DIVEP/CODTV/CH. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2025/02/Alerta-Epidemiologico-n-10-2024.pdf>
23. Lanza FC, Ribeiro-Jr G, Miranda DLP, Santos FLN, Carvalho CMM, Cunha GM, Carneiro IO, Reis RB, Cunha JMA, Cardoso CW, Soares JFS, Araújo FLV, Reis MG. Epidemiological indicators of Chagas disease in the metropolitan region of Salvador, Bahia, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2023;56:e0185.
24. Marin-Neto JA, Rassi A, Oliveira GMM, Correia LCL, Ramos AN, Luquetti AO, et al. Diretriz da SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas – 2023. Arq Bras Cardiol. 2023 Jun16;120(6). Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretriz-da-sbc-sobre-diagnostico-e-tratamento-de-pacientes-com-cardiomiopatia-da-doenca-de-Chagas-2023/>
25. OPAS. A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde;2011. 113 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf
26. Ramos AN Jr, Souza EA, Guimarães MCS, Vermeij D, Cruz MM, Luquetti AO, Diotaiuti L, Palmeira SL, Lima MM, Costa VMD, Andrade LAB, Correia D, Sousa AS. Response to Chagas disease in Brazil: strategic milestones

- for achieving comprehensive health care. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2022 Apr;55:e01932022. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0193-2022>
27. Ribeiro-Jr G, Abad-Franch F, de Sousa OMF, Dos Santos CGS, Fonseca EOL, Dos Santos RF, Cunha GM, de Carvalho CMM, Reis RB, Gurgel-Gonçalves R, Reis MG. TriatoScore: an entomological-risk score for Chagas disease vector control-surveillance. *Parasit Vectors.* 2021;14(1):492. <https://doi.org/10.1186/s13071-021-04954-5>
28. São Desidério. Prefeitura Municipal de São Desidério e Secretaria Municipal de Saúde. Informe Epidemiológico - 2024 - IntegraChagas Brasil. 2024. Disponível em: https://saodesiderio.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/06/infome_epidemiologico_sao_desiderio_versao_final-2024.pdf
29. Sousa AS, Vermeij D, Ramos AN Jr, Luquetti AO. Chagas disease. *Lancet.* 2024;403(10422): 203-218. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01787-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01787-7)
30. Souza EA, Cruz MM, Ferreira AF, Sousa AS, Luiz RR, Palmeira SL, Luquetti AO, Heukelbach J, Ramos Jr. AN. Hospital case fatality and mortality related to Chagas disease in Brazil over two decades. *BMC Public Health* 24, 2282. 2024. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19618-z>
31. Sucupira, MVF. Desenvolvimento de teste rápido baseado em imunocromatografia de fluxo lateral para detecção de anticorpos contra Hepatite A em amostras de soro e sangue. Tese (doutorado) – Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Medicina Tropical, 139 p, 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/67272>
32. Warsinke, A. (2009) Point-of-care testing of proteins. *Analytical and Bioanalytical Chemistry.* 393, 1393-1405. <https://doi.org/10.1007/s00216-008-2572-0>