



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO 2026 - DOENÇA DE CHAGAS

SÃO DESIDÉRIO

BAHIA





Prefeitura Municipal de São Desidério

João Antônio Rodrigues Linhares

Câmara de Vereadores de São Desidério

Joacy Ferreira de Carvalho

Secretaria Municipal de Saúde de São Desidério

Adriano José Oliveira de Almeida do Nascimento

Vigilância em Saúde Municipal de São Desidério

Luzeni Alves dos Santos

Atenção Primária à Saúde de São Desidério

Ana Carla Moreno Pereira

Coordenação da Saúde Bucal Municipal de São Desidério

Thiago da Silva Vieira

Conselho Municipal de Saúde de São Desidério

Presidência: Adriano José de Oliveira Almeida do Nascimento

Vice-presidência: José da Rocha Menezes



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

Adriano José 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 à Saúde
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
Suzete Cristine Dias e Silva	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

Andréa Silvestre de Sousa

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

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

Ana Carla Moreno Pereira

Coordenação da Atenção Primária à Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, 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

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, Bahia
Andréa Silvestre de Sousa	Projeto IntegraChagas Brasil & Projeto CUIDAChagas; Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro & Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro
Franciane Moura Teixeira Crisóstomo Borges	Universidade Federal do Oeste da Bahia, Campus Reitor Edgard Santos, Programa de Pós-graduação em Patologia Investigativa
Anderson Fuentes Ferreira	Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Ceará
Mirele Coelho Araújo	Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Ceará
Diogo Henrique Saliba de Souza	Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Goiás & Projeto IntegraChagas Brasil
Fernanda de Souza Nogueira Sardinha Mendes	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz/ RJ (INI / Fiocruz) & Projeto IntegraChagas Brasil
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



Equipe técnica de colaboração

Paulo Jefferson Pereira Barreto	Projeto IntegraChagas Brasil, Fortaleza, Ceará
Falkner Moreira Silva	Projeto IntegraChagas Brasil, Fortaleza, Ceará
Alejandro Luquetti Ostermayer	Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Goiás
Maria Cristina Soares Guimarães	Projeto IntegraChagas Brasil; Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
Suzete Cristine Dias e Silva	Regional de Saúde de Barreiras, Barreiras, Bahia
Ianna Amorim Cardoso	Projeto IntegraChagas Brasil; Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Campus de Jequié
Cristiane Medeiros Moraes de Carvalho	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Salvador, Bahia
Marcos Vinícius B. Prates	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Salvador, Bahia
Alejandro Marcel Hasslocher Moreno	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
Edmilson 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
José Carlos da Silva	Universidade Federal da Paraíba; Projeto IntegraChagas Brasil
Daiane Mendes Bernardes	Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia
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
Íris Lamis Oliveira Almeida	Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia
Henrique Alkmim Brito	Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia
Pedro Alysson Mota da Silva	Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia
Guilherme de Araújo Meira	Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, Bahia
Samanta Vilarinho	UNINASSAU (Centro Universitário Maurício de Nassau), Barreiras, Bahia
Maria Julia Miclos Mutti	UNINASSAU (Centro Universitário Maurício de Nassau), Barreiras, Bahia
Jamille de Paula Santos de Oliveira	UNINASSAU (Centro Universitário Maurício de Nassau), Barreiras, Bahia
Rafaela Lopes Feitosa	UNINASSAU (Centro Universitário Maurício de Nassau), Barreiras, Bahia
Geovanna Gabrielly de Souza Pereira	UNINASSAU (Centro Universitário Maurício de Nassau), Barreiras, Bahia
Rodrigo dos Santos Guimarães	UNINASSAU (Centro Universitário Maurício de Nassau), Barreiras, 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



Lista de Figuras

Figura 1 - Localização do estado de Bahia (A); Região de saúde de Barreiras(B); Município de São Desidério-BA (C)	18
Figura 2 - Taxa de mortalidade por doença de Chagas crônica, São Desidério, Bahia, 2000-2024.....	28
Figura 3 - Distribuição espacial da taxa de mortalidade por doença de Chagas, ajustada por idade e sexo, por 100.000 habitantes, no estado da Bahia, Brasil, 2000–2024.	29
Figura 4 - Taxa de internação hospitalar por doença de Chagas crônica, São Desidério, Bahia, 2000-2024.....	31
Figura 5 - Distribuição espacial da taxa de internação relacionada à doença de Chagas, ajustada por idade e sexo, por 100.000 habitantes, no estado da Bahia, Brasil, 2000–2024.....	32
Figura 6 - Taxa de detecção e número de casos (entre parênteses) de doença de Chagas crônica, em São Desidério, 2023-2025.....	33
Figura 7 - Participação do município de São Desidério nas notificações (número e percentual) da Região de Saúde de Barreiras, 2023-2025.	36
Figura 8 - Número de testes rápidos de triagem realizados por mês e por ano. Testes realizados de 07 de junho de 2024 a 28 de março de 2026, em São Desidério, Bahia.....	39
Figura 9 - Número e percentual de pessoas que realizaram o Teste Rápido de Triagem segundo diagnóstico anterior e presença de familiares com doença de Chagas, São Desidério, Bahia, 2024–2026.....	40
Figura 10 - Distribuição espacial do número total de testes rápidos de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, por unidade de atenção primária à saúde, em São Desidério, Bahia, 2024–2026.....	41
Figura 11 - Número e percentual de pessoas com Teste Rápido de Triagem realizado no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o encaminhamento para sorologia confirmatória (por teste rápido positivo, inconclusivo ou negativo [com histórico de doença de Chagas]) [A] e o motivo da sorologia não realizada [B], São Desidério, Bahia, 2024–2026.	42
Figura 12 - Distribuição espacial do número total de testes rápidos de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil e encaminhados para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos [com histórico de DC]), segundo a localização das unidades de atenção primária à saúde. São Desidério, Bahia, 2024–2026.	43
Figura 13 - Número e percentual de pessoas com investigação sorológica de doença de Chagas concluída, segundo o resultado, São Desidério, 2024–2026.	44
Figura 14 - Distribuição espacial da proporção de casos com investigação sorológica da doença de Chagas concluída, por unidade básica de saúde. São Desidério, Bahia, 2024–2026.	45
Figura 15 - Distribuição espacial do número de casos de doença de Chagas confirmados por sorologia no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a localização das unidades de atenção primária à saúde. São Desidério, Bahia, 2024–2026.	46
Figura 16 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o sexo, em São Desidério, Bahia, 2024–2026.....	47
Figura 17 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, por faixa etária (em anos), em São Desidério, Bahia, 2024–2026.....	48



Figura 18 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a zona de residência, em São Desidério, 2024–2026.	49
Figura 19 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a raça/cor autodeclarada, em São Desidério, 2024–2026.	50
Figura 20 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a escolaridade, em São Desidério, 2024–2026.	51
Figura 21 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o histórico de diagnóstico anterior de doença e a presença de familiares com diagnóstico, São Desidério, 2024–2026.	52
Figura 22 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil segundo o escore de risco/vulnerabilidade para formas crônicas da doença, São Desidério, 2024–2026.	53
Figura 23 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o modo de entrada no projeto, em São Desidério, 2024–2026.	54
Figura 24 - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas: confirmados, notificados, com indicação de tratamento, com tratamento iniciado, com tratamento concluído e com ocorrência de evento adverso, no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, em São Desidério, 2024–2026.	55
Figura 25 - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo a realização de eletrocardiograma (ECG), a ocorrência de sinais e/ou sintomas cardíacos e a realização de ecocardiograma (ECO) no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério, Bahia, 2024–2026.	56
Figura 26 - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo a presença de sinais e/ou sintomas digestivos no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério, Bahia, 2024–2026.	57
Figura 27 - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas com ocorrência de evento adverso, segundo a interrupção do tratamento antiparasitário no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério, Bahia, 2024–2026.	58
Figura 28 - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo o motivo da não prescrição de tratamento antiparasitário no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério, Bahia, 2024–2026.	58



Lista de tabelas

Tabela 1 - Óbitos por doença de Chagas (número e percentual), segundo variáveis clínicas, sociodemográficas e de atenção à saúde, em São Desidério, de 2000 a 2024.	27
Tabela 2 - Internações por doença de Chagas (número e percentual), segundo variáveis clínicas, sociodemográficas e de atenção à saúde, em São Desidério, Bahia, de 2000 a 2024.	30
Tabela 3 - Número e percentual de casos de doença de Chagas crônica notificados no SINAN (2014-2023) e no e-SUS Notifica (2024-2025), em São Desidério, Bahia.	34
Tabela 4 - Comparação do número de notificações e das taxas de detecção de doença de Chagas crônica em São Desidério, na Região de Saúde de Barreiras e na Bahia, 2023-2025.	35
Tabela 5 - Número de unidades domiciliares trabalhadas, unidades domiciliares com presença de triatomíneos e triatomíneos positivos, São Desidério, 2024 a 2026*	37



Sumário

Apresentação do Boletim.....	14
1. Contextos Gerais do Município de São Desidério, Bahia.....	17
2. Atenção Primária à Saúde de São Desidério	20
3. Determinação Social da Doença de Chagas	22
4. Epidemiologia da Doença de Chagas.....	23
5. Procedimentos Metodológicos.....	25
5.1. Registro nos sistemas de informação em saúde.....	25
5.2. Testes rápidos de triagem, confirmatórios e classificação clínica	25
5.3. Uso do SisVetor na vigilância entomológica	26
6. Resultados.....	27
6.1. Registros nos sistemas de informações SIM e SIH-SUS	27
6.2. Registros nos sistemas de informações SINAN e e-SUS Notifica	33
6.3. Resultados das pesquisas de triatomíneos.....	36
6.4. Resultados de testes rápidos de triagem e sorologia para doença de Chagas crônica.....	38
6.4.1. Perfil das pessoas com teste rápido realizado e encaminhadas para confirmação sorológica.....	38
6.4.2. Perfil dos casos de doença de Chagas com confirmação sorológica.....	46
7. Considerações Finais e Recomendações.....	59
Referências	61



Apresentação do Boletim

Há quase 120 anos, pesquisadores(as) e profissionais de saúde no Brasil e no mundo têm se empenhado em compreender e enfrentar a doença de Chagas. Apesar dos avanços científicos e institucionais alcançados ao longo desse período, a ampla distribuição do vetor nos diferentes biomas brasileiros, associada à complexa interação entre fatores socioeconômicos, ambientais, biológicos, epidemiológicos e políticos, tem contribuído para a manutenção dessa enfermidade como um relevante problema de saúde pública, especialmente nos territórios tropicais historicamente marcados por desigualdades.

No Brasil, a doença de Chagas apresenta elevada relevância epidemiológica e social, com expressiva carga de adoecimento, morbimortalidade e impacto social, integrando o grupo das principais Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse contexto, a persistência da invisibilidade e do silenciamento da doença em diferentes dimensões — clínica, social, institucional e política — segue desafiando o Sistema Único de Saúde (SUS) no cumprimento de seus princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade do cuidado às pessoas acometidas.

No estado da Bahia, a Macrorregião de Saúde Oeste é reconhecida como prioritária para o Programa de Controle da Doença de Chagas, em razão das elevadas taxas de mortalidade observadas ao longo dos anos e da presença significativa de triatomíneos em territórios endêmicos. Inserida nesse cenário, destaca-se a Região de Saúde de Barreiras, onde se localiza o município de São Desidério, território estratégico para o enfrentamento da doença no estado. Ressalta-se que essa região é responsável por quase metade dos tratamentos específicos oferecidos no estado da Bahia, o que evidencia sua centralidade no cuidado especializado e no suporte às ações de controle da doença em nível estadual.

O município de São Desidério, por sua vez, vem passando por intensas transformações sociais e econômicas nas últimas décadas, com destaque para o fortalecimento da agropecuária, especialmente na produção de algodão. Tais mudanças, entretanto, não eliminaram desigualdades sociais historicamente persistentes, com repercussões na situação epidemiológica local. Nesse contexto, o município, endêmico para a doença de Chagas e integrante do grupo de municípios prioritários segundo o Índice de Vulnerabilidade da Doença de Chagas, tem se destacado pela organização e qualificação das ações do programa de controle dessa tripanossomíase, desenvolvidas com empenho e comprometimento pela gestão e pelas equipes locais de saúde, condição determinante para sua seleção como a única cidade da Bahia a compor o **Projeto IntegraChagas Brasil — “Acesso à detecção e ao tratamento da Doença de Chagas no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil”**. Essas experiências



têm sido reconhecidas pela gestão estadual, com frequentes convites para sua apresentação como prática bem-sucedida em eventos técnicos da área.

No período de 2021 a 2023, São Desidério apresentou taxas de mortalidade por doença de Chagas variando entre 3,0 e 11,7 óbitos por 100.000 habitantes, enquanto a taxa estadual oscilou entre 3,8 e 4,3 óbitos por 100.000 habitantes. Embora esses valores indiquem uma taxa de mortalidade expressivamente superior à média estadual, até 2023 — período anterior à implantação do Projeto IntegraChagas Brasil — apenas 10 casos de Doença de Chagas Crônica (DCC) haviam sido oficialmente notificados no município. Esse contraste evidencia um cenário importante de subnotificação e invisibilidade das pessoas acometidas, reforçando a Doença de Chagas como uma enfermidade historicamente negligenciada e silenciada nos territórios.

Trata-se de uma iniciativa estratégica do Ministério da Saúde, coordenada pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (INI/Fiocruz), em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), desenvolvida em estreita cooperação com o Estado da Bahia, a Regional de Saúde de Barreiras e a Secretaria Municipal de Saúde de São Desidério. Financiada e apoiado tecnicamente pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, o Projeto IntegraChagas Brasil articula vigilância, atenção e cuidado integral, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades territoriais.

A edição de 2026 corresponde ao terceiro documento municipal dedicado ao tema. O informe de 2024 concentrou-se sobretudo na análise de dados secundários relativos à morbimortalidade e ao contexto inicial da doença no município; o boletim de 2025 incorporou os resultados preliminares da estratégia de testagem; e a presente versão amplia a análise ao integrar notificações, testagem, confirmação sorológica, seguimento clínico, tratamento e vigilância entomológica, permitindo uma leitura mais abrangente da carga da doença e da resposta do sistema local de saúde.

Os boletins anteriores de São Desidério constituem parte importante da construção local de evidências e devem ser lidos em conjunto com esta edição final, que consolida o percurso analítico do município e amplia a capacidade de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de vigilância e cuidado.

Os dados aqui apresentados não obedecem a um único ponto de corte temporal. Para mortalidade e internações hospitalares, utilizaram-se registros até 2024; para notificações de doença de Chagas crônica, foram considerados bancos históricos do SINAN e os registros mais recentes do e-SUS Notifica; para testagem, confirmação sorológica, classificação clínica e tratamento, incorporaram-se dados atualizados até 28 de março de 2026; e, para vigilância entomológica, os dados do SisVetor foram atualizados até 06 de abril de 2026. É essencial tornar explícitos esses



diferentes recortes temporais para evitar comparações inadequadas entre fontes distintas.

O boletim resulta da cooperação entre a gestão municipal, as equipes da Atenção Primária à Saúde, a vigilância em saúde, a gestão estadual, as instituições de ensino e de pesquisa e o Projeto IntegraChagas Brasil. Mais do que divulgar números, o documento busca qualificar o planejamento, explicitar os avanços e os limites da linha de cuidado e apoiar decisões mais consistentes no enfrentamento da doença no território. Embora a notificação sistemática da doença de Chagas crônica ainda seja recente, os dados aqui reunidos oferecem indicadores essenciais para a compreensão do problema e para a organização das ações de vigilância, atenção e cuidado integral às pessoas acometidas, seus familiares e suas comunidades.

Como parte das ações do Projeto IntegraChagas Brasil, o município instituiu, por meio de portaria específica, o Grupo Gestor da Linha de Cuidado (GGLC), com o objetivo de organizar os fluxos assistenciais para pessoas acometidas pela Doença de Chagas, incluindo gestantes e recém-nascidos expostos. Soma-se a isso a instituição, por Lei Municipal, do Dia Municipal de Enfrentamento da Doença de Chagas, fortalecendo ações de conscientização, mobilização social e visibilidade do tema no território.

Por fim, espera-se que este Boletim Epidemiológico seja amplamente divulgado no município, na região de saúde e em outros espaços estratégicos, alcançando gestores, profissionais de saúde, estudantes, pesquisadores, docentes, lideranças comunitárias e a comunidade em geral. As informações aqui apresentadas têm como propósito subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações no âmbito do SUS, reforçando o compromisso com a prevenção, o controle e o cuidado integral da doença de Chagas. Agradecemos a todos os colaboradores que tornaram possível a realização deste trabalho coletivo.



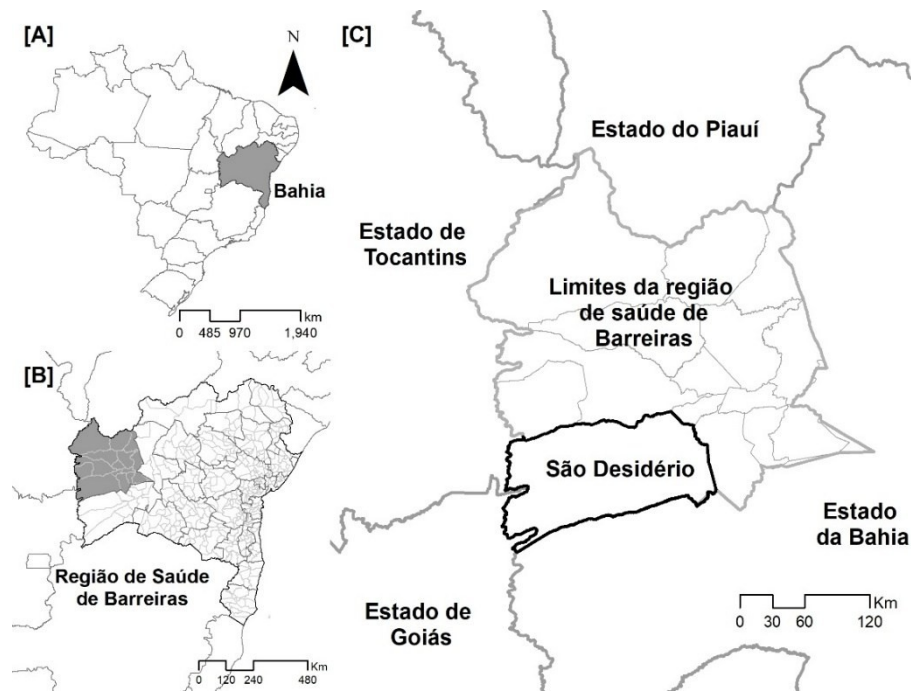
1. Contextos Gerais do Município de São Desidério, Bahia

O município de São Desidério integra a região do extremo oeste do estado da Bahia. Situa-se no bioma Cerrado, a 870 km da capital do Estado, Salvador, e a 580 km de Brasília, capital federal. Estabelece fronteiras com municípios vizinhos em três estados: Bahia (Luís Eduardo Magalhães, Barreiras, Catolândia, Baianópolis, Santa Maria da Vitória e Correntina); Goiás (São Domingos e Campo Belo); e Tocantins (Aurora do Tocantins e Lavandeira). Com uma extensa área territorial (15.158,733 km²), classifica-se como o segundo maior município do estado e figura entre os 100 maiores municípios brasileiros (posição 77 de 5.570).

De acordo com o último censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2022, a população do município é de 32.828 habitantes. Embora este número seja superior à média estadual, sua extensão resulta em uma população geograficamente dispersa, com densidade demográfica média de 2,17 habitantes por quilômetro quadrado (km²) (Figura 1). Estima-se que 70% da população resida na zona rural, distribuída em pequenos povoados que apresentam uma estrutura mínima de urbanização, com pequenas praças, escolas, ruas geralmente pavimentadas ou asfaltadas, ginásio de esportes, unidade básica de saúde e igrejas e, ainda, dois distritos maiores: Sítio Grande e Roda Velha, com melhor estrutura urbana e comercial. Este último abriga grandes fazendas e agroindústrias da região. Essa dispersão populacional impõe um grande desafio ao poder público, com dificuldades logísticas de acesso, principalmente no que tange a serviços especializados de saúde e a mobilidade das pessoas, em busca de cuidado e atenção.



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



Fonte: IBGE, 2026

Quanto aos aspectos urbanísticos e sanitários, segundo dados do IBGE, o município apresenta 1,07% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 62,37% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 3,8% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Sua composição etária apresenta idade mediana de 29 anos, o que corresponde a uma população predominantemente jovem, em idade economicamente ativa, com base ampla, evidenciando uma alta proporção de crianças e adolescentes. Esse perfil demográfico impõe desafios relacionados à oferta de educação, emprego e serviços de saúde, especialmente à atenção básica.

A análise da composição étnico-racial indica predominância da população parda, seguida pelas populações branca e preta, o que reflete o padrão demográfico observado em grande parte do estado da Bahia.

Localizado na região do MATOPIBA, importante fronteira agrícola do país, o município tem como principal atividade econômica o agronegócio, especialmente nas amplas culturas de soja, algodão e milho. O Produto Interno Bruto per capita de São Desidério atingiu R\$ 259.713,10 em 2023, posicionando o município entre os maiores PIB per capita do estado e do país. Esse resultado está diretamente associado à expressiva participação do agronegócio na economia local. O potencial turístico do município e o comércio local também despontam como atividades



econômicas de menor impacto, mas importantes para o sustento da maior parte da população.

Os principais índices de desenvolvimento social apontam para uma alta concentração de renda (Índice de Gini: 0,57), com impacto negativo nas condições de saúde. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município de São Desidério era de 0,398 em 2000 e passou para 0,579 em 2010. Em termos relativos, a evolução do índice foi de 45,48% no município, o que ainda é considerado baixo.

Estima-se que metade da população sobreviva com um rendimento nominal mensal *per capita* de até meio salário mínimo. Até novembro de 2025, foram contabilizados 5.239 beneficiários únicos ativos do Programa Bolsa Família em São Desidério, segundo a base de dados do Cadastro Único (CadÚnico).

Em 2023, o município de São Desidério registrou uma taxa de mortalidade infantil de 9,17 óbitos por mil nascidos vivos. Esse resultado, embora inferior à média estadual de 14,5 óbitos por mil nascidos vivos e à média nacional de 12,5, ainda evidencia desafios importantes para a saúde pública local, envolvendo o fortalecimento da atenção primária, especialmente nas etapas de pré-natal, puerpério e acompanhamento do desenvolvimento infantil.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) dos anos finais do ensino fundamental da rede pública foi de 4,3 em 2023, o que indica a necessidade de ações estruturantes para a melhoria da qualidade do ensino e a redução das desigualdades educacionais.



2. Atenção Primária à Saúde de São Desidério

O município conta com 14 equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), o que corresponde a cobertura estimada de 82,1% da população. Com 48 Agentes Comunitários(as) de Saúde, a cobertura domiciliar alcança 81,8%. Em território de grande extensão, com dispersão populacional e forte ruralidade, a ampliação da cobertura e a qualificação das ações desenvolvidas pelas equipes da APS permanecem desafios centrais para a garantia do cuidado oportuno.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS se estruturam a partir da APS, que atua como porta de entrada preferencial e ordenadora do cuidado. Em São Desidério, essa função torna-se particularmente relevante diante das grandes distâncias entre povoados, distritos e sede municipal, o que exige arranjos assistenciais capazes de combinar capilaridade territorial, coordenação do cuidado e articulação com serviços de maior complexidade.

A organização da resposta local à doença de Chagas depende do reconhecimento das necessidades de saúde da população e da articulação entre profissionais, gestores, usuários(as) e diferentes setores do poder público. Nesse sentido, o diagnóstico situacional do território e a participação intersetorial são fundamentais para a formulação de objetivos, metas e fluxos assistenciais coerentes com a realidade municipal.

A integração entre APS, vigilância epidemiológica e vigilância entomológica constitui um eixo estratégico para o enfrentamento da doença de Chagas, especialmente em município marcado pela coexistência de extensas áreas rurais, forte presença do agronegócio e populações expostas a diferentes vulnerabilidades socioambientais. Essa articulação aproxima-se de uma perspectiva ampliada de Uma Só Saúde, sem perder de vista a determinação social do processo saúde-doença.

Na doença de Chagas, a APS desempenha papel central na identificação de pessoas em situação de risco, no diagnóstico oportuno, no seguimento longitudinal, na avaliação clínica inicial, no monitoramento de comorbidades e na articulação com os demais níveis de atenção, sobretudo nos casos com suspeita de formas cardíacas ou digestivas, ou em situações relacionadas à transmissão vertical.

Entre os principais desafios enfrentados pelas equipes locais, destacam-se as barreiras geográficas nas áreas rurais extensas, a rotatividade de profissionais, a necessidade de fortalecer a notificação de casos e as limitações no acesso a exames diagnósticos e de monitoramento clínico, como ecocardiogramas, exames digestivos e consultas especializadas. Esses fatores podem comprometer a continuidade do cuidado e a integralidade da linha assistencial.

A participação comunitária e a educação em saúde compõem estratégias fundamentais para o fortalecimento das ações da APS, especialmente em territórios com histórico de transmissão vetorial. Elas contribuem para a identificação precoce de casos, a redução do estigma, a ampliação da adesão ao cuidado e a sustentabilidade das ações após a implantação do projeto.



A integração intersetorial, o fortalecimento da APS e o uso qualificado das informações epidemiológicas locais constituem elementos essenciais para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde, subsidiando a formulação de políticas públicas mais efetivas e alinhadas às necessidades do território.



3. Determinação Social da Doença de Chagas

A doença de Chagas é uma condição infecciosa crônica fortemente determinada socialmente, cuja ocorrência, transmissão e impacto dependem de fatores socioeconômicos, ambientais e culturais, bem como do acesso oportuno aos serviços de saúde. A persistência da doença em territórios historicamente vulnerabilizados evidencia que seu enfrentamento não pode ser dissociado das desigualdades sociais e das formas de ocupação do território.

Embora o Brasil tenha acumulado avanços importantes no controle da transmissão vetorial domiciliar por espécies introduzidas, persistem vulnerabilidades estruturais relacionadas às condições de habitação, saneamento, renda, escolaridade, mobilidade territorial e ao acesso à informação e aos serviços de saúde. Esses fatores mantêm populações expostas ao diagnóstico tardio, ao seguimento insuficiente e às barreiras ao tratamento.

A negligência associada à doença de Chagas não decorre apenas de sua dimensão biomédica, mas também do lugar social historicamente ocupado pelas populações mais afetadas, frequentemente residentes em áreas rurais, periferias ou territórios de menor visibilidade política e programática. A persistência do estigma, do subdiagnóstico e das dificuldades de acesso ao cuidado reforça a invisibilidade da doença em diferentes escalas.

Em São Desidério, essas condições assumem uma expressão particular. A extensa área territorial, a forte concentração populacional em áreas rurais, a elevada desigualdade social e a coexistência entre dinamismo econômico e fragilidades estruturais configuram um cenário no qual a doença de Chagas se relaciona à organização do trabalho, da moradia, do acesso à saúde e da circulação territorial. Assim, a carga da doença não deve ser lida apenas como herança do passado, mas como expressão contemporânea de iniquidades persistentes.

Nesse contexto, o enfrentamento da doença exige respostas intersetoriais e sustentadas, com integração entre vigilância em saúde, APS, assistência social, educação, comunicação pública, melhoria das condições de vida e fortalecimento da participação social. A experiência de São Desidério demonstra que ampliar o acesso ao diagnóstico e ao cuidado também significa disputar a visibilidade política e programática de uma condição historicamente negligenciada.

A atuação responsável e articulada das instituições governamentais permanece decisiva para proteger populações socialmente vulneráveis e transformar evidências epidemiológicas em respostas efetivas de cuidado, prevenção e vigilância.



4. Epidemiologia da Doença de Chagas

A doença de Chagas, também denominada tripanossomíase americana, é uma condição infecciosa crônica causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) e é classificada pela Organização Mundial da Saúde como uma das principais doenças tropicais negligenciadas. A transmissão ocorre predominantemente por vetores hematófagos da subfamília *Triatominae*, conhecidos como insetos barbeiros, podendo também ocorrer por via oral, vertical, transfusional e por meio de transplantes de órgãos. Apesar dos avanços obtidos nas últimas décadas no controle da transmissão vetorial e transfusional, a doença permanece um importante problema de saúde pública, sobretudo em função da elevada carga de morbimortalidade associada às formas crônicas.

No cenário mundial, a doença de Chagas mantém relevância epidemiológica significativa. Estimativas recentes da Organização Mundial da Saúde indicam que entre seis e sete milhões de pessoas vivem atualmente infectadas por *T. cruzi* em todo o mundo, com mais de setenta milhões de pessoas sob risco de infecção. Anualmente, cerca de dez mil óbitos são atribuídos à doença, principalmente em decorrência de complicações cardíacas crônicas, como arritmias, insuficiência cardíaca e morte súbita. Embora historicamente restrita a países endêmicos da América Latina, observa-se a progressiva expansão da doença para regiões não endêmicas, como a América do Norte e a Europa, fenômeno associado aos fluxos migratórios internacionais, o que impõe novos desafios aos sistemas de saúde globais.

No Brasil, a doença de Chagas continua sendo uma condição de elevada relevância sanitária. O país obteve, em 2006, a certificação internacional da interrupção da transmissão domiciliar por *Triatoma infestans*, principal vetor histórico da doença; entretanto, a persistência de outras espécies vetoras, a ocorrência de surtos por transmissão oral e o grande contingente de indivíduos infectados no passado mantêm a doença como um problema crônico e silencioso. Estimativas do Ministério da Saúde indicam que aproximadamente um milhão de brasileiros convivem com a infecção e que uma parcela significativa desconhece o diagnóstico, em razão do caráter assintomático ou inespecífico da fase inicial da doença.

A mortalidade por doença de Chagas no Brasil vem apresentando tendência de redução ao longo das últimas décadas; contudo, permanece relevante, especialmente entre indivíduos com idade superior a 50 anos, o que reflete infecções adquiridas em períodos anteriores à intensificação das ações de controle. A maioria dos óbitos está relacionada à cardiopatia chagásica crônica, condição que gera elevada demanda por acompanhamento especializado e por terapias de alta complexidade, com impacto significativo no Sistema Único de Saúde (SUS).



No contexto estadual, a Bahia apresenta um dos cenários mais preocupantes do país em relação à doença de Chagas. Informações oficiais da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia indicam que o estado figura historicamente entre os que apresentam as maiores taxas de mortalidade proporcional por Chagas no Brasil. Esse perfil epidemiológico está associado à ampla presença histórica da transmissão vetorial em áreas rurais, às desigualdades socioeconômicas e às dificuldades de acesso ao diagnóstico precoce, o que resulta em elevada proporção de casos identificados já na fase crônica da doença.

Boletins epidemiológicos recentes da SESAB evidenciam que a doença de Chagas na Bahia se caracteriza por elevada carga de morbimortalidade, sobretudo relacionada às formas cardíacas crônicas, com concentração de óbitos em municípios do interior do estado. Esse cenário reforça a necessidade de fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica, bem como da integração entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços especializados, especialmente na área de cardiologia, visando à redução da morbimortalidade associada à doença.

Embora a doença de Chagas, há décadas considerada uma doença tropical negligenciada, tenha adquirido caráter global, com casos notificados em todo o continente americano, na Ásia e na Europa, seu impacto permanece desproporcionalmente elevado no Brasil e, de forma ainda mais expressiva, no estado da Bahia. Tal realidade evidencia a necessidade de estratégias integradas de saúde pública que contemplem o diagnóstico oportuno, o tratamento etiológico, o acompanhamento longitudinal dos casos crônicos e a qualificação permanente das equipes de saúde, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde, pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

A análise comparativa entre São Desidério e o conjunto da Bahia reforça a relevância epidemiológica do município no contexto estadual, especialmente na Macrorregião Oeste. Mais do que a contagem absoluta de casos, interessa destacar que a intensificação da vigilância, da testagem e da notificação ampliou a capacidade local de tornar visível uma carga da doença historicamente subdiagnosticada, com implicações diretas para a organização do cuidado e para a priorização regional das ações.

Nesse contexto, São Desidério se consolida como território estratégico para a resposta baiana à doença de Chagas, seja pela carga identificada, seja pela possibilidade de demonstrar caminhos de reorganização da linha de cuidado a partir da APS, da vigilância entomológica e da articulação com a rede estadual.



5. Procedimentos Metodológicos

5.1. Registro nos sistemas de informação em saúde

As informações referentes à doença de Chagas foram obtidas a partir de diferentes sistemas e bases, respeitando-se seus recortes temporais: SIM e SIH-SUS (2000–2024); SINAN para os registros históricos disponíveis; e-SUS Notifica para os casos crônicos notificados mais recentemente; base operacional do Projeto IntegraChagas Brasil/REDCap para testagem rápida, confirmação sorológica, classificação clínica e tratamento, com atualização até 28 de março de 2026; e SisVetor-módulo doença de Chagas para vigilância entomológica, com atualização até 06 de abril de 2026. A caracterização dos dados foi realizada por meio de tabelas, gráficos e mapas, tornando explícitas essas diferenças de atualização para evitar comparações inadequadas entre fontes distintas.

Essas análises compuseram os estudos de base do Projeto IntegraChagas Brasil e permitiram reconhecer São Desidério como território municipal de alta relevância técnico-programática para a doença de Chagas na Bahia, bem como identificar áreas e comunidades prioritárias para a busca ativa, a vigilância e a expansão da linha de cuidado.

5.2. Testes rápidos de triagem, confirmatórios e classificação clínica

Em articulação com o Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), desenvolveu um teste rápido para detecção de anticorpos indicativos de infecção por *T. cruzi* no sangue humano. Essa tecnologia vem sendo implementada em cinco municípios brasileiros, entre eles São Desidério, selecionados pelo Ministério da Saúde com base em critérios como o risco de doença de Chagas crônica. A participação do município nessa iniciativa inédita ocorre no âmbito do Projeto IntegraChagas Brasil. No contexto do projeto, está prevista a testagem de aproximadamente 14 mil residentes de São Desidério, com a distribuição do quantitativo de testes rápidos por unidade de saúde definida com base na população adscrita, conforme os registros do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Previamente à realização do teste rápido, as pessoas participantes passam por um processo de aconselhamento e, posteriormente, registram seu consentimento e/ou assentimento em termo devidamente assinado. Na etapa seguinte, procede-se à coleta de informações, incluindo dados de endereço, conhecimento prévio sobre a doença de Chagas e histórico de diagnósticos da doença, que são inseridos na plataforma REDCap. Após a aplicação do teste, são encaminhadas para confirmação sorológica as pessoas com resultado reagente, inconclusivo ou não reagente quando houver relato de diagnóstico prévio. A devolutiva do resultado



ocorre durante o aconselhamento pós-teste. Pessoas com sorologia negativa encerram sua participação, enquanto os casos confirmados permanecem sob acompanhamento no REDCap. No caso de diagnóstico prévio informado, a inclusão na linha de cuidado não implica necessariamente nova confirmação sorológica no âmbito do projeto, dependendo da situação documental e assistencial.

As ações em São Desidério combinaram: 1) organização da linha municipal de cuidado; 2) aconselhamento, triagem e confirmação sorológica; 3) classificação clínica, tratamento e seguimento; 4) vigilância entomológica e leitura territorial ampliada, incluindo o uso do SisVetor; 5) educação permanente, comunicação em saúde, mobilização social e participação social; e 6) monitoramento e avaliação com uso de sistemas de informação e indicadores territoriais.

No âmbito do Projeto IntegraChagas Brasil, foi elaborado um escore específico, de aplicação simplificada, para a avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada participante, organizado em sete categorias:

- Sexo ao nascer: feminino
- Faixa etária: 50 anos de idade ou mais
- Zona de residência: rural
- Raça/cor: parda ou preta
- Escolaridade: sem escolaridade ou fundamental incompleto
- Risco epidemiológico: ter familiares com diagnóstico de DC
- Residente em unidade domiciliar (UD) com presença de triatomíneos (no passado ou atual)

As categorias recebem peso 1 e compõem um escore de 0 a 7, em que valores mais elevados indicam maior vulnerabilidade. As variáveis foram coletadas na triagem inicial, e os dados de testagem, sorologia e seguimento foram apresentados em tabelas e gráficos, podendo apresentar limitações devido à incompletude do REDCap no monitoramento contínuo.

5.3. Uso do SisVetor na vigilância entomológica

O *SisVetor* é um software desenvolvido para fortalecer as atividades de vigilância entomológica e de controle vetorial. Por meio de um ambiente de gestão e de um aplicativo para uso em campo, o sistema centraliza o registro e a organização das informações produzidas pelas equipes. Com base em dados cadastrais integrados à geolocalização, a ferramenta auxilia na identificação de áreas e imóveis prioritários para inspeção, contribuindo para o direcionamento das ações. Além de apoiar o acompanhamento do trabalho realizado, o *SisVetor*, em seu módulo para a doença de Chagas, permite a consolidação e a análise dos dados coletados. Com a formação dos profissionais para o uso da plataforma, esta passou a subsidiar o monitoramento da presença de triatomíneos e a definição de territórios prioritários, qualificando o planejamento e a execução das ações de vigilância.



6. Resultados

A experiência de São Desidério também se destacou pela organização da linha de cuidado da doença de Chagas em território de forte dispersão populacional, pela articulação entre a APS, a vigilância e a rede regional de saúde, e pela incorporação do projeto às rotinas locais de gestão. A instituição do Grupo Gestor da Linha de Cuidado e do Dia Municipal de Enfrentamento da Doença de Chagas reforça a dimensão político-institucional e a sustentabilidade da agenda no município.

No âmbito do Projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério consolidou-se como território estratégico para a Bahia, combinando elevada carga da doença, forte ruralidade, persistência de risco entomológico e capacidade local de reorganizar a resposta do SUS à doença de Chagas. Os resultados a seguir articulam evidências epidemiológicas, operacionais e assistenciais produzidas ao longo da implementação do projeto.

6.1. Registros nos sistemas de informações SIM e SIH-SUS

Entre 2000 e 2024, foram notificados 45 óbitos por doença de Chagas, com predominância de indivíduos do sexo masculino (n = 31; 68,9%), de raça/cor parda (n = 26; 57,8%), com idade igual ou superior a 70 anos (n = 14; 31,1%) e com óbito em ambiente hospitalar (n = 31; 68,9%) (Tabela 1). Observou-se, ainda, o registro de 5 óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) e de 11 óbitos (24,4%) em pessoas de raça/cor preta.

Tabela 1 - Óbitos por doença de Chagas (número e percentual), segundo variáveis clínicas, sociodemográficas e de atenção à saúde, em São Desidério, de 2000 a 2024.

Variáveis	N	%
Total	45	100
Sexo		
Feminino	14	31,1
Masculino	31	68,9
Raça/cor		
Branca	5	11,1
Preta	11	24,4
Amarela	0	0
Parda	26	57,8
Sem registro	3	6,7
Faixa etária		
15-29	2	4,4
30-39	12	26,7

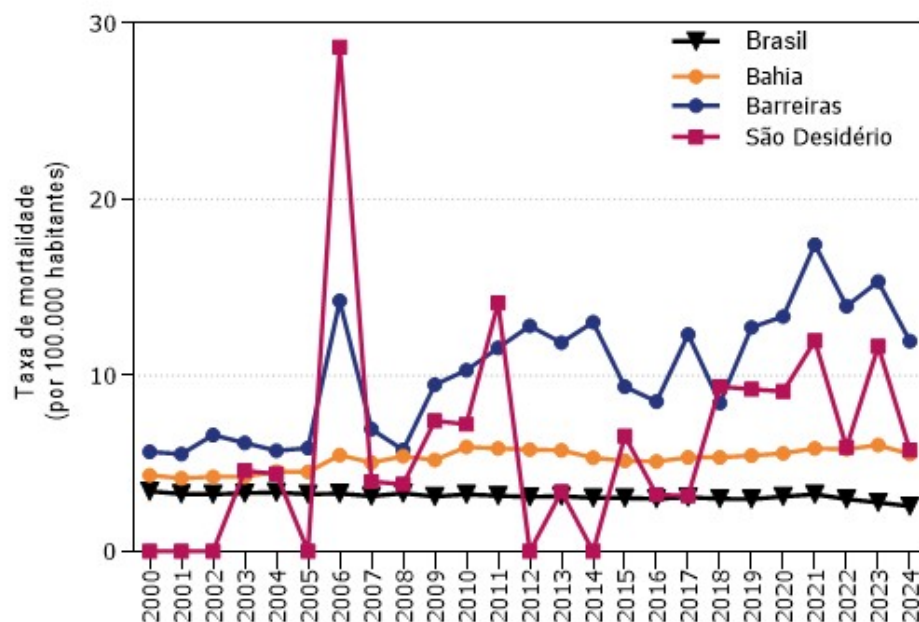


Variáveis	N	%
40-49	5	11,1
50-59	9	20
60-69	3	6,7
>=70	14	31,1
MIF	5	11,1
Local de ocorrência		
Hospital	31	68,9
Domicílio	10	22,2
Via pública	2	4,4
Outros	2	4,4
Sem registro	0	0

Fonte: SIM, 2026

Entre 2000 e 2024, a taxa de mortalidade por doença de Chagas em São Desidério apresentou oscilações, com o maior valor registrado em 2006 (28,65 por 100.000 habitantes). Apesar da variabilidade anual esperada em município de pequeno porte, as taxas locais mantiveram-se, em diversos momentos, acima das observadas na região de saúde, na Bahia e no Brasil, o que sugere carga histórica relevante da doença e demanda atenção continuada à linha de cuidado (Figura 2).

Figura 2 - Taxa de mortalidade por doença de Chagas crônica, São Desidério, Bahia, 2000-2024.

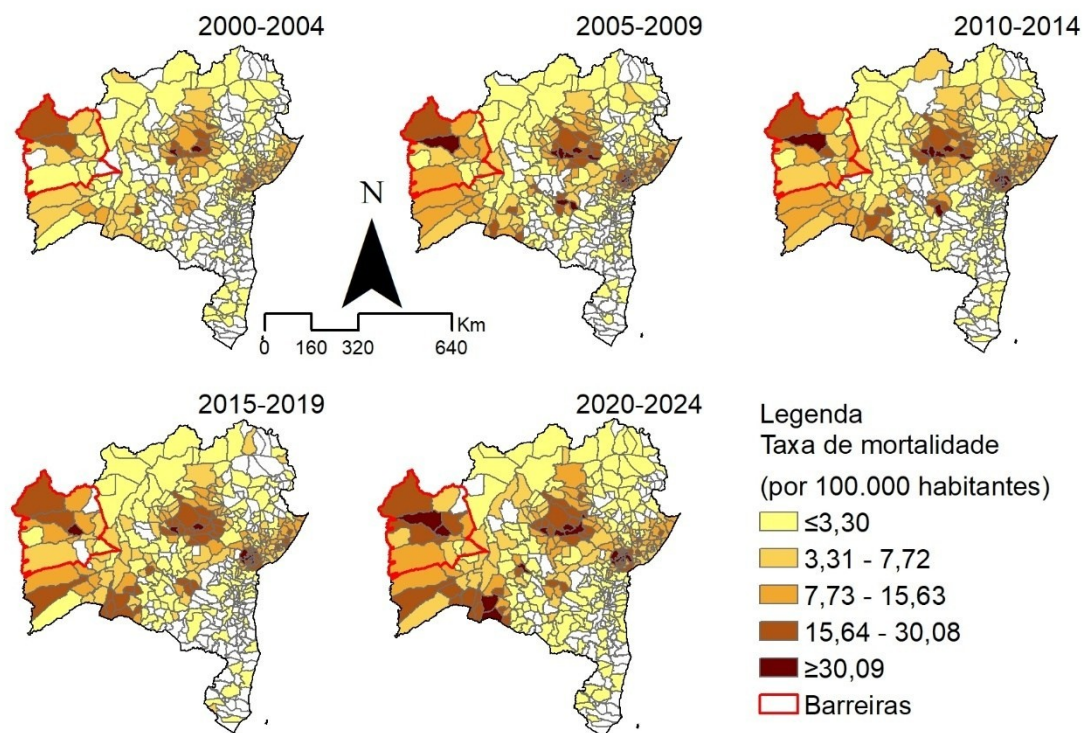


Fonte: SIM, 2026



A distribuição espacial da taxa de mortalidade por doença de Chagas evidencia concentração de valores mais elevados na Região de Saúde de Barreiras e em outras áreas do oeste e do centro do estado. O mapa deve ser interpretado como uma síntese regional da mortalidade ajustada por idade e sexo, e não como uma medida direta de risco individual ou de local provável de infecção (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição espacial da taxa de mortalidade por doença de Chagas, ajustada por idade e sexo, por 100.000 habitantes, no estado da Bahia, Brasil, 2000–2024.



Fonte: SIM, 2026



No período de 2000 a 2024, foram registradas duas internações hospitalares por doença de Chagas no município, ambas em pessoas do sexo feminino, uma na faixa etária de 50 a 59 anos e outra com idade igual ou superior a 70 anos, sem registro de óbito hospitalar. Considerando o número extremamente reduzido de eventos, esses achados devem ser interpretados com cautela, mas são compatíveis com a baixa sensibilidade do SIH-SUS para captar toda a carga assistencial da doença de Chagas crônica.

Tabela 2 - Internações por doença de Chagas (número e percentual), segundo variáveis clínicas, sociodemográficas e de atenção à saúde, em São Desidério, Bahia, de 2000 a 2024.

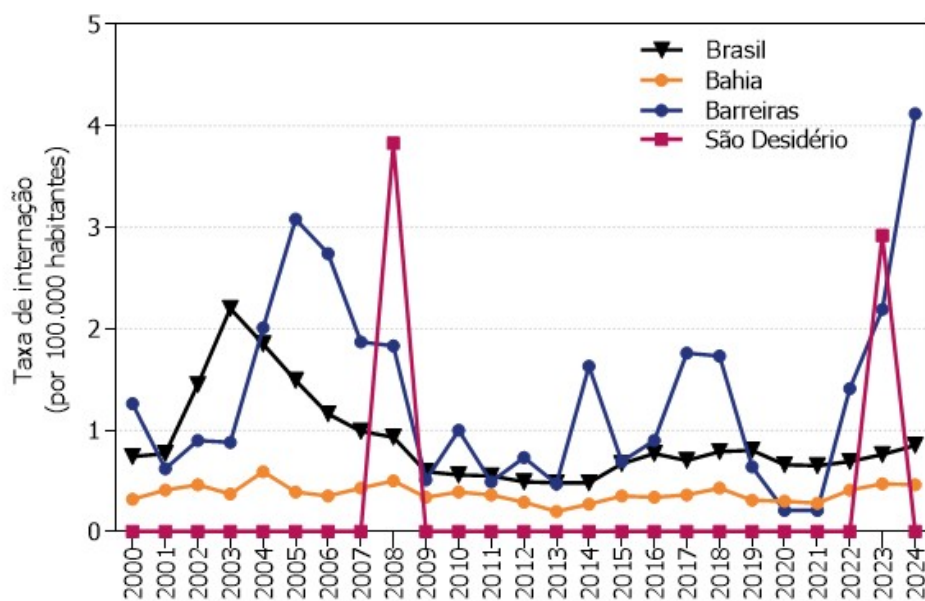
Variáveis	N	%
Total	2	100
Sexo		
Feminino	2	100
Masculino	0	0
Raça/cor		
Branca	0	0
Preta	0	0
Amarela	0	0
Parda	1	50
Sem registro	1	50
Faixa etária		
0-14	0	0
15-29	0	0
30-39	0	0
40-49	0	0
50-59	1	50
60-69	0	0
>=70	1	50
MIF	0	0
Morte	0	0

Fonte: SIH, 2026



Ao longo do período analisado, houve registro de taxas de internação hospitalar apenas em anos específicos, com destaque para 2008 e 2024. Em municípios de pequeno porte, a ocorrência de poucos eventos pode produzir oscilações importantes nas taxas anuais; por isso, a interpretação deve privilegiar a leitura de tendência e de contexto, e não de flutuações isoladas (Figura 4).

Figura 4 - Taxa de internação hospitalar por doença de Chagas crônica, São Desidério, Bahia, 2000-2024.

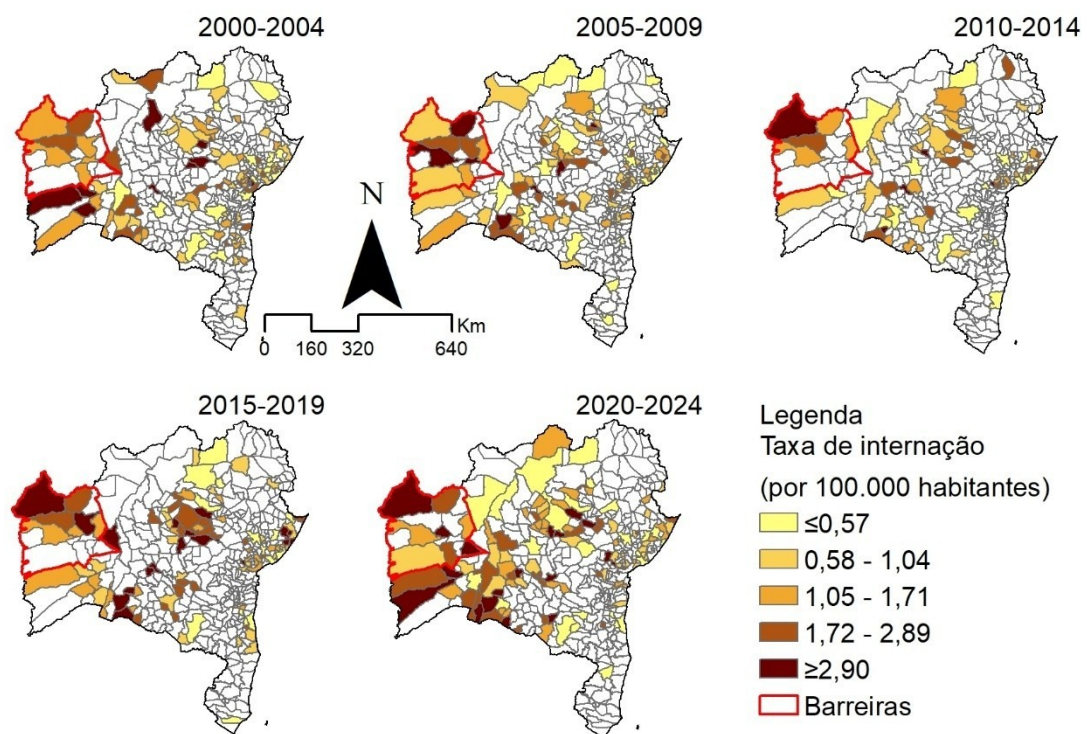


Fonte: SIH, 2026



A distribuição espacial da taxa de internação por doença de Chagas mostrou concentração de valores mais elevados na Região de Saúde de Barreiras e em outras áreas do oeste e do centro da Bahia. Esse padrão reforça a heterogeneidade territorial da carga assistencial da doença no estado e deve ser interpretado em conjunto com a disponibilidade regional de serviços de saúde e com a dinâmica de referência hospitalar (Figura 5).

Figura 5 - Distribuição espacial da taxa de internação relacionada à doença de Chagas, ajustada por idade e sexo, por 100.000 habitantes, no estado da Bahia, Brasil, 2000-2024.



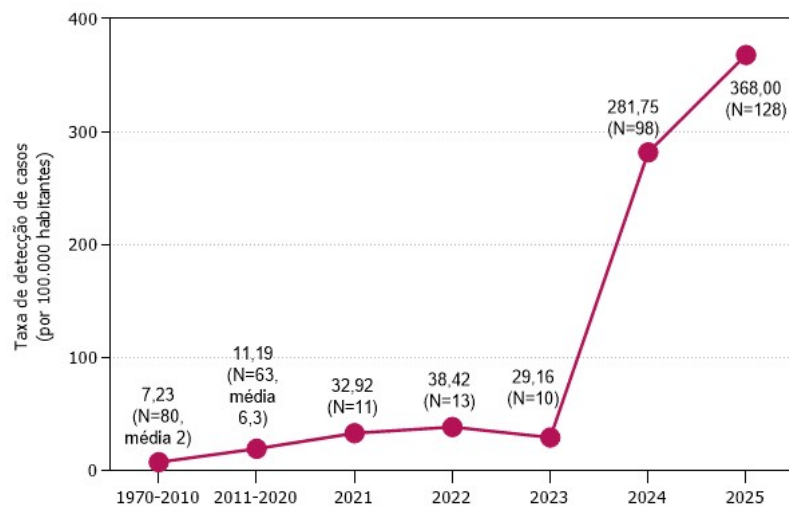
Fonte: SIH, 2026



6.2. Registros nos sistemas de informações SINAN e e-SUS Notifica

Os anos de 2024 e 2025 apresentaram as maiores taxas de detecção de casos, com 281,75 (n = 98) e 368,00 (n = 128) por 100.000 habitantes, respectivamente. Esse crescimento coincide com a execução do Projeto IntegraChagas Brasil e deve ser interpretado principalmente como efeito da ampliação da capacidade de busca, testagem, diagnóstico e notificação no município, e não como simples expressão de um aumento biológico recente da ocorrência da doença (Figura 6).

Figura 6 - Taxa de detecção e número de casos (entre parênteses) de doença de Chagas crônica, em São Desidério, 2023-2025.



Fonte: e-SUS Notifica, 2023-2025

Observação: Para a série histórica, foi utilizado o ano de diagnóstico – 167 casos possuem ano do diagnóstico anterior a 2023.



Entre os 403 casos notificados, predominaram o sexo feminino (n = 210; 52,1%), a raça/cor parda (n = 224; 55,6%), a faixa etária de 40 a 49 anos (n = 135; 33,5%), a residência na zona rural (n = 332; 82,4%), a escolaridade até o ensino fundamental (n = 188; 46,7%) e a forma clínica indeterminada (n = 258; 64%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Número e percentual de casos de doença de Chagas crônica notificados no SINAN (2014-2023) e no e-SUS Notifica (2024-2025), em São Desidério, Bahia.

Variáveis	N	%
Total	403	100
Sexo		
Feminino	210	52,1
Masculino	193	47,9
Raça/Cor		
Branca	40	9,9
Preta	26	6,5
Amarela*	106	26,3
Parda	224	55,6
Indígena	0	0
Sem registro	7	1,7
Faixa Etária		
<15	1	0,2
15-29	2	0,5
30-39	19	4,7
40-49	135	33,5
50-59	134	33,3
60-69	73	18,1
70 ou mais	39	9,7
Zona de Residência		
Urbana	65	16,1
Rural	332	82,4
Periurbana	2	0,5
Sem registro	4	1,0
Escolaridade		
Nenhuma	94	23,3
Ensino fundamental	188	46,7
Ensino médio	47	11,7
Superior	12	3,0
Sem registro	62	15,4
Forma clínica - crônica		
Indeterminada	258	64,0



Variáveis	N	%
Cardíaca leve/moderada	43	10,7
Digestiva	35	8,7
Cardíaca avançada	9	2,2
Cárdio digestiva	4	1,0
Em investigação	38	9,4
Sem registro	16	4,0

Fonte: e-SUS Notifica, 2023-2025; * o algo percentual de amarelos pode indicar dificuldade da população na auto declaração de raça/cor

No campo da notificação, a experiência local alterou a escala do problema na regional de saúde. São Desidério passou de 10 notificações em 2023 para 98 em 2024 e 128 em 2025. A leitura comparada reforça a centralidade de São Desidério na visibilização da doença de Chagas na Região de Saúde de Barreiras.

Em 2024, o município concentrou 32,2% das notificações da regional e 15,8% das notificações da Bahia; em 2025, esses percentuais foram de 43,2% e 22,0%, respectivamente. O salto observado deve ser interpretado, sobretudo, como efeito da reorganização da vigilância, da ampliação da testagem e da incorporação ativa da APS ao diagnóstico e à notificação (Tabela 4, Figura 7). Portanto, a leitura mais robusta desses dados é a de intensa visibilização programática local da doença de Chagas crônica, e não a de um simples aumento espontâneo da ocorrência.

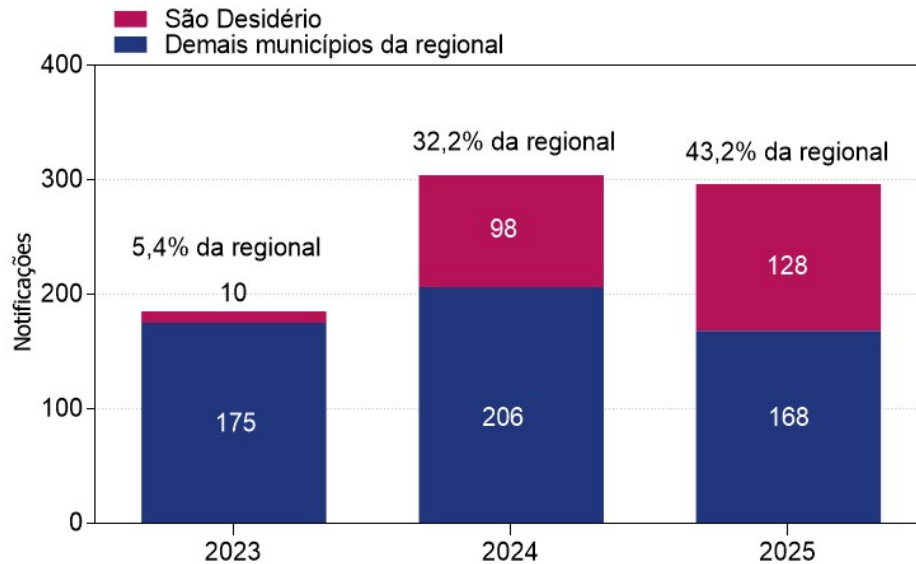
Tabela 4 - Comparação do número de notificações e das taxas de detecção de doença de Chagas crônica em São Desidério, na Região de Saúde de Barreiras e na Bahia, 2023-2025.

Estado/ Região de saúde	2023		2024		2025	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
Bahia	640	4,32	621	4,18	583	3,92
Barreiras	185	36,83	304	59,59	296	57,65
São Desidério	10	29,16	98	281,75	128	368,00

Fonte: e-SUS Notifica, 2026; IntegraChagas Brasil, 2026



Figura 7 - Participação do município de São Desidério nas notificações (número e percentual) da Região de Saúde de Barreiras, 2023-2025.



Fonte: e-SUS Notifica, 2026; IntegraChagas Brasil, 2026

6.3. Resultados das pesquisas de triatomíneos

Das 344 unidades domiciliares (UDs) trabalhadas em 2024, cinco (1,5%) apresentaram triatomíneos, totalizando 17 espécimes positivos para *T. cruzi* (Tabela 5). Nesse mesmo ano, foram realizadas seis borrifações de inseticida em ambientes intra- e peridomiciliares. Em 2025, das 2.065 UDs trabalhadas, 55 (2,7%) apresentaram triatomíneos, com identificação de 115 espécimes positivos para *T. cruzi*, além de 47 borrifações com inseticida.

Até 06 de abril de 2026, das 139 UDs trabalhadas, 14 apresentaram presença de insetos barbeiros, sem positividade para *T. cruzi* até o fechamento desta base. Em relação aos Postos de Informação de Triatomíneos (PIT), em 2024 foi recebido um triatomíneo com resultado negativo; em 2025, 32 triatomíneos foram recebidos, dos quais cinco foram positivos; e, em 2026, foi recebido um barbeiro positivo para *T. cruzi*. Como os dados de 2026 são parciais, não se recomenda comparação direta, em termos absolutos, com anos completos; ainda assim, o conjunto indica persistência do risco entomológico e a necessidade de manutenção da vigilância territorial.



Tabela 5 - Número de unidades domiciliares trabalhadas, unidades domiciliares com presença de triatomíneos e triatomíneos positivos, São Desidério, 2024 a 2026*

Localidade	2024			2025			2026*		
	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos
Água Vermelha	0	0	0	16	0	0	0	0	0
Alto do Cristo	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Angico	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Angico II	0	0	0	63	2	0	0	0	0
Barra	0	0	0	30	0	0	0	0	0
Beleza	0	0	0	2	1	1	0	0	0
Beleza da Serra	0	0	0	33	0	0	0	0	0
Brejo	43	0	0	28	0	0	0	0	0
Buqueirão	0	0	0	30	0	0	0	0	0
Cabeça do Mato	16	0	0	8	0	0	0	0	0
Campo Grande I	0	0	0	0	0	0	5	0	0
Canabravão	75	1	2	1	0	0	0	0	0
Canindé	0	0	0	18	0	0	0	0	0
Capão Verde I	0	0	0	31	0	0	0	0	0
Cidadão	0	0	0	12	2	6	0	0	0
Conceição de Baixo	0	0	0	63	3	54	0	0	0
Conceição de Cima	0	0	0	10	0	0	0	0	0
Coqueirinho	0	0	0	70	0	0	0	0	0
Derrocao	0	0	0	109	0	0	0	0	0
Desterro	0	0	0	0	0	0	29	2	0
Dourados	0	0	0	25	0	0	0	0	0
Golfes	0	0	0	36	0	0	0	0	0
Grota do Boi	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guará	0	0	0	185	12	7	0	0	0
Ilha Grande	0	0	0	57	7	0	0	0	0
Jacaré	0	0	0	51	0	0	0	0	0
Julião	0	0	0	83	0	0	0	0	0
Leão	0	0	0	29	0	0	0	0	0
Manoel Lopes	0	0	0	27	0	0	0	0	0
Morrão de Cima	38	1	5	0	0	0	0	0	0
Mutamba	0	0	0	108	0	0	0	0	0
Nossa Senhora Aparecida	0	0	0	1	1	4	0	0	0
Palmeiral	0	0	0	147	0	0	0	0	0
Penedo	0	0	0	104	0	0	0	0	0
Periperi dos Pires	0	0	0	36	0	0	0	0	0
Pindaíba	0	0	0	27	4	4	0	0	0
Piranhas	0	0	0	17	0	0	0	0	0
Poço Dantas	0	0	0	170	14	3	0	0	0
Porto Alegre	31	0	0	14	0	0	0	0	0



Localidade	2024			2025			2026*		
	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos	UD Trabalhadas	UD Positivas	Triatomíneos Positivos
Ponte de Terra	111	2	2	0	0	0	0	0	0
Pontezinha	0	0	0	0	0	0	69	7	0
Riacho de Pedra	0	0	0	35	2	0	0	0	0
Roçado Velho I	30	1	8	0	0	0	0	0	0
Saloughuinho	0	0	0	33	0	0	0	0	0
Salto	0	0	0	1	0	0	0	0	0
São Desidério	0	0	0	29	0	0	0	0	0
Sítio I	0	0	0	0	0	0	26	3	0
Sítio de Cima	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Sítio Novo	0	0	0	141	6	36	0	0	0
Sossego	0	0	0	0	0	0	10	2	0
Sumidouro	0	0	0	27	0	0	0	0	0
Vila Nova	0	0	0	154	0	0	0	0	0
TOTAL	344	5	17	2.065	55	115	139	14	0

Fonte: SisVetor, 2026; 2026*: dados prévios

Legenda: UD – Unidade Domiciliar

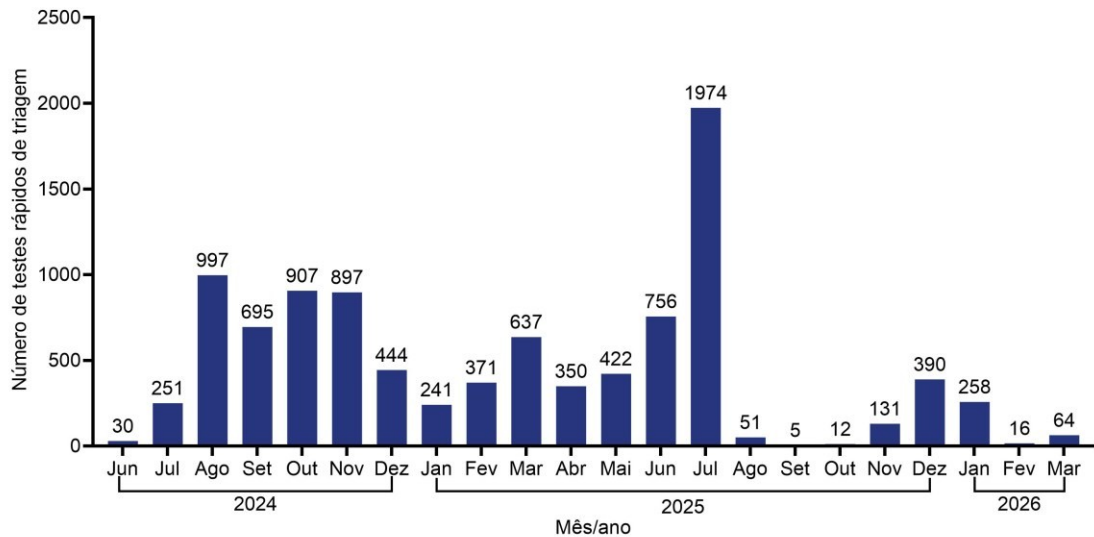
6.4. Resultados de testes rápidos de triagem e sorologia para doença de Chagas crônica

6.4.1. Perfil das pessoas com teste rápido realizado e encaminhadas para confirmação sorológica

Entre 07 de junho de 2024 e 28 de março de 2026, foram realizados 9.899 testes rápidos de triagem no município de São Desidério. Observou-se maior concentração de exames em julho de 2025, período em que foram realizados mutirões em escolas, o que contribuiu para o aumento expressivo do número de testes. Entre agosto e outubro de 2025, houve redução da testagem devido à falta temporária de insumos no município; a partir de novembro, com a chegada de uma nova remessa de testes rápidos, as ações foram retomadas nos meses seguintes (Figura 8).



Figura 8 - Número de testes rápidos de triagem realizados por mês e por ano. Testes realizados de 07 de junho de 2024 a 28 de março de 2026, em São Desidério, Bahia.



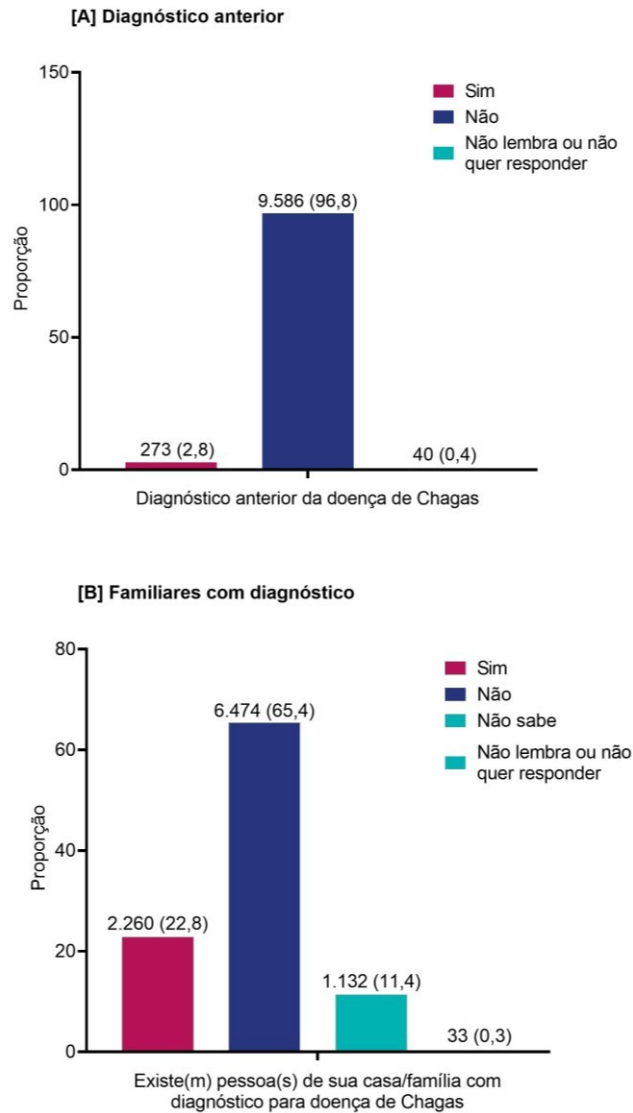
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Do total de 9.899 testes rápidos de triagem realizados em São Desidério, a maioria das pessoas testadas não apresentava diagnóstico prévio de doença de Chagas ($n = 9.586$; 96,8%). Ainda assim, 273 participantes (2,8%) relataram diagnóstico anterior, o que sinaliza a presença de demanda reprimida por seguimento clínico e por reinserção na linha de cuidado.

Em relação ao histórico familiar da doença, a maioria dos participantes negou ter familiares com diagnóstico ($n = 6.474$; 65,4%). Em contrapartida, 2.260 pessoas (22,8%) relataram possuir familiares diagnosticados, o que revela uma importante concentração de risco epidemiológico em redes familiares e reforça a pertinência da testagem territorializada e do rastreamento de contatos no âmbito da APS (Figura 9).



Figura 9 – Número e percentual de pessoas que realizaram o Teste Rápido de Triagem segundo diagnóstico anterior e presença de familiares com doença de Chagas, São Desidério, Bahia, 2024–2026.

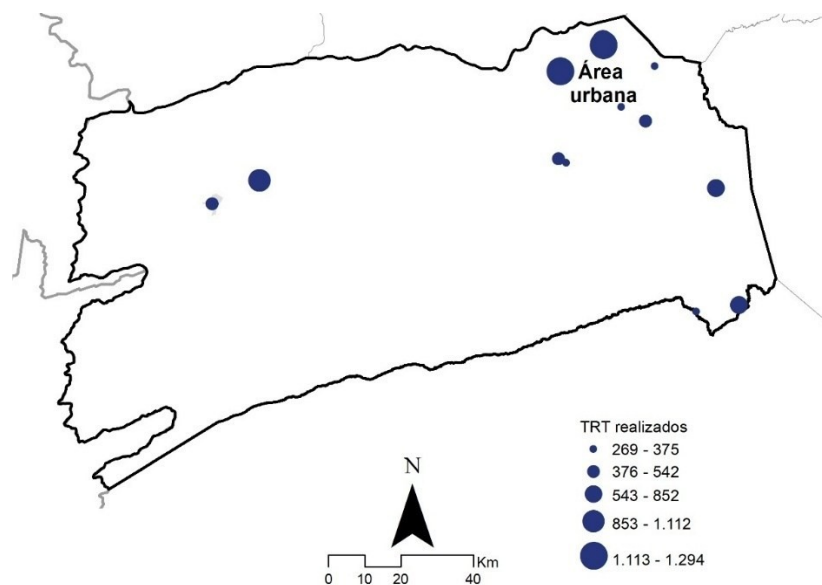


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



A maior quantidade de testes rápidos de triagem foi realizada nas ESF Florentino Augusto de Souza (1.294) e Sítio Grande (1.215), seguida pelas ESF Antônio Pereira da Rocha (1.112) e Paulino Antônio do Carmo (980) (Figura 10). De modo geral, todas as unidades de saúde apresentaram volume expressivo de testagem, abrangendo diferentes áreas do município. No mapa, a distribuição espacial refere-se à unidade de adstrição/lotação da APS e não deve ser interpretada como um local provável de infecção.

Figura 10 - Distribuição espacial do número total de testes rápidos de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, por unidade de atenção primária à saúde, em São Desidério, Bahia, 2024–2026.



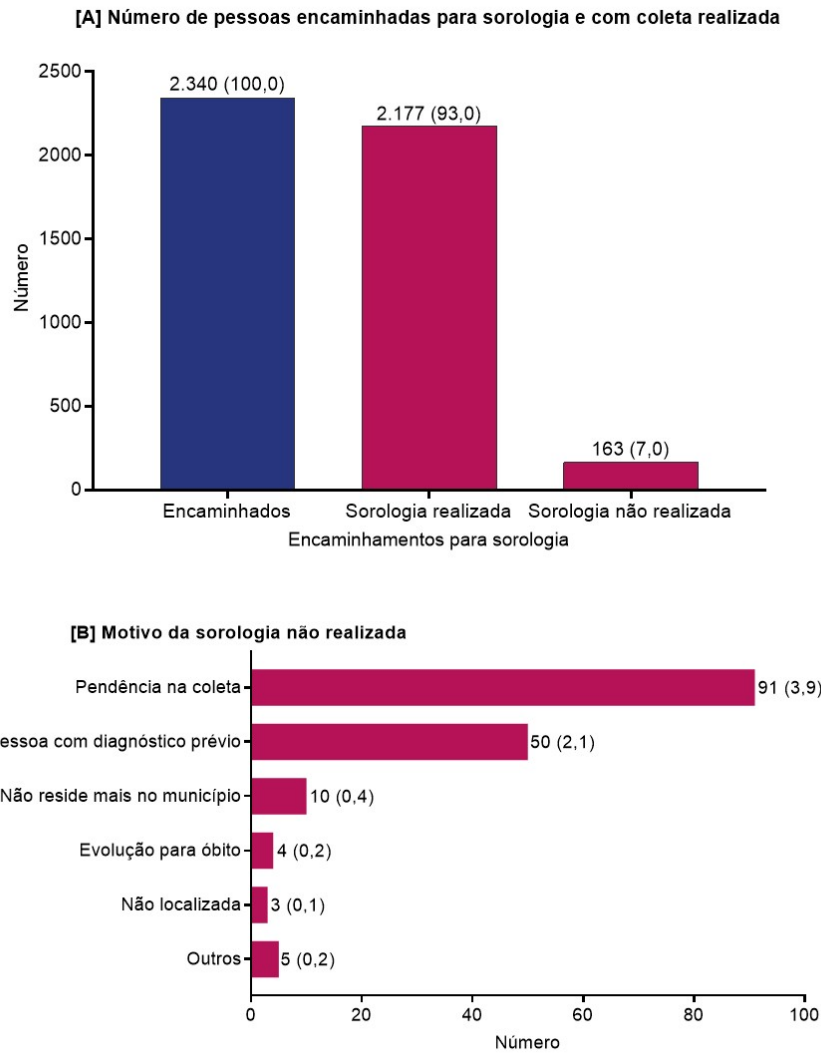
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Pessoas com testes rápidos de triagem realizados e encaminhadas para sorologia confirmatória

Ao todo, 2.340 pessoas foram encaminhadas para realização de sorologia confirmatória para a doença de Chagas. Dentre elas, 2.177 (93,0%) realizaram a coleta e já dispunham de resultado do exame no recorte temporal deste boletim, enquanto 163 (7,0%) não concluíram essa etapa. Entre os motivos da sorologia não realizada, predominou a pendência na coleta ($n = 91$; 3,9%), seguida do registro de diagnóstico prévio de doença de Chagas ($n = 50$; 2,1%), situação em que a pessoa foi incorporada à linha de cuidado sem nova confirmação sorológica no âmbito do projeto (Figura 11).



Figura 11 - Número e percentual de pessoas com Teste Rápido de Triagem realizado no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o encaminhamento para sorologia confirmatória (por teste rápido positivo, inconclusivo ou negativo [com histórico de doença de Chagas]) [A] e o motivo da sorologia não realizada [B], São Desidério, Bahia, 2024–2026.

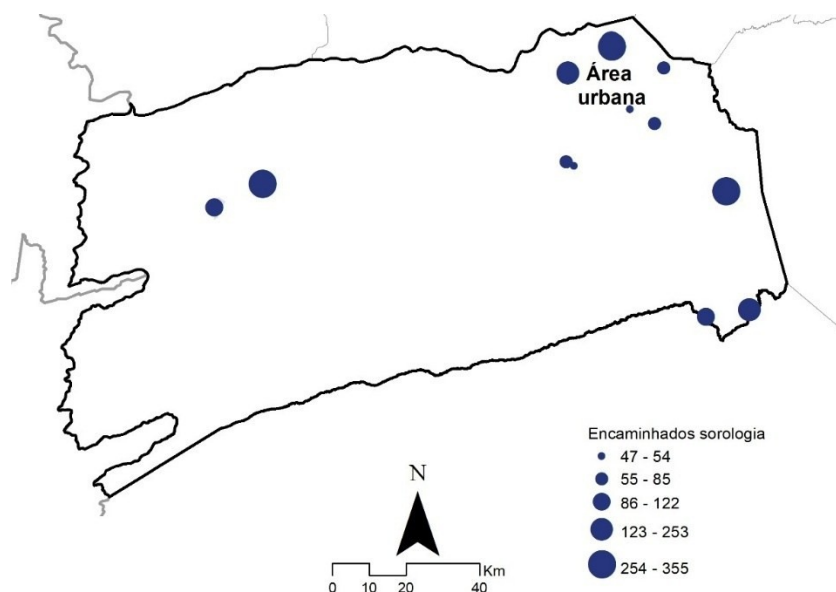


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



A ESF Campo Grande apresentou o maior número de encaminhamentos para sorologia confirmatória (355), seguida pelas ESF Florentino Augusto de Souza (278) e Paulino Antônio do Carmo (254) (Figura 12). Todas as unidades encaminharam pessoas para investigação sorológica, o que reforça a utilidade do teste rápido de triagem como ferramenta de ampliação diagnóstica na APS. Assim como nos demais mapas por equipe, a leitura espacial deve ser compreendida como distribuição por unidade de cuidado.

Figura 12 - Distribuição espacial do número total de testes rápidos de triagem realizados no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil e encaminhados para sorologia confirmatória (positivos, inconclusivos e negativos [com histórico de DC]), segundo a localização das unidades de atenção primária à saúde. São Desidério, Bahia, 2024–2026.



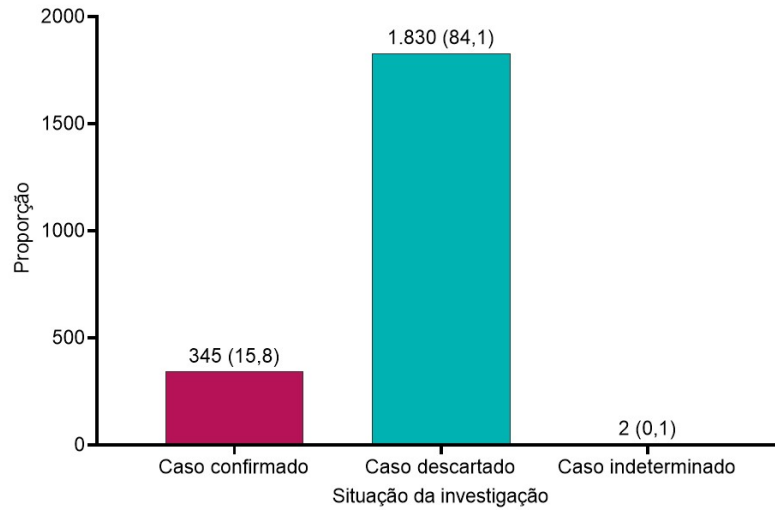
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Testes rápidos de triagem com sorologia confirmatória

No *continuum* entre triagem e confirmação sorológica, 2.340 pessoas foram encaminhadas para sorologia; 2.177 já dispunham de resultado consolidado no encerramento desta base. Considerando apenas esses 2.177 resultados disponíveis, 1.830 (84,1%) tiveram diagnóstico descartado, 345 (15,8%) tiveram confirmação sorológica e 2 pessoas (0,1%) permaneceram com resultado indeterminado, o que exigiu nova coleta de sangue e seguimento. Adicionalmente, 50 pessoas com diagnóstico prévio informado não realizaram nova sorologia confirmatória no âmbito do projeto, mas foram incorporadas à linha de cuidado por já terem diagnóstico prévio da doença. A explicitação desses denominadores é importante para evitar sobreposição interpretativa entre fluxos distintos (Figura 13).



Figura 13 - Número e percentual de pessoas com investigação sorológica de doença de Chagas concluída, segundo o resultado, São Desidério, 2024–2026.



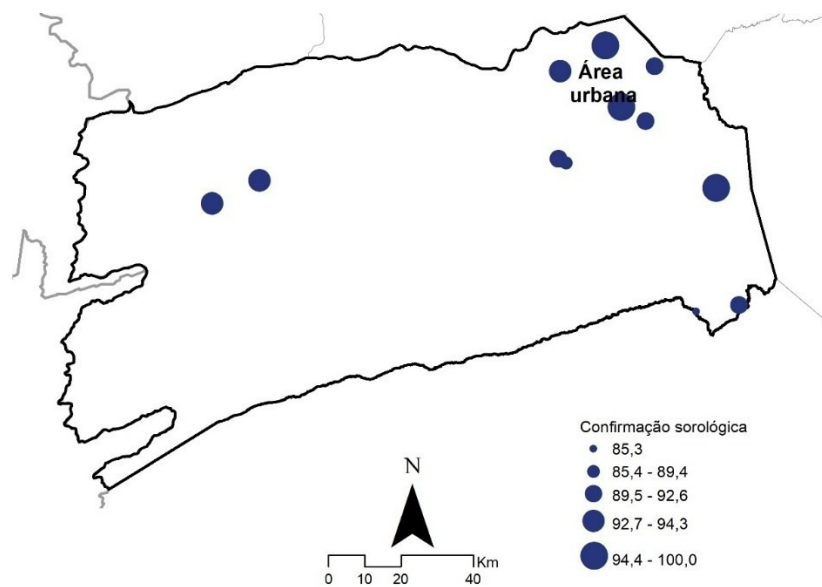
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Legenda: Caso indeterminado – um ou mais testes sorológicos com resultado indeterminado, que requerem nova coleta de sangue.



A ESF Galdino Pereira dos Santos apresentou 100% de investigações sorológicas concluídas em relação aos encaminhamentos (54/54), seguida pelas ESF Otacílio Jesuíno de Oliveira (96,9%; 186/192) e Campo Grande (96,3%; 342/355) (Figura 14). Todas as unidades apresentaram proporções elevadas de conclusão, o que reforça a articulação entre os serviços municipais e estaduais no encerramento das investigações. O mapa, entretanto, deve ser lido como um indicador operacional de desempenho da rede, e não como uma expressão direta da distribuição do risco no território.

Figura 14 - Distribuição espacial da proporção de casos com investigação sorológica da doença de Chagas concluída, por unidade básica de saúde. São Desidério, Bahia, 2024–2026.



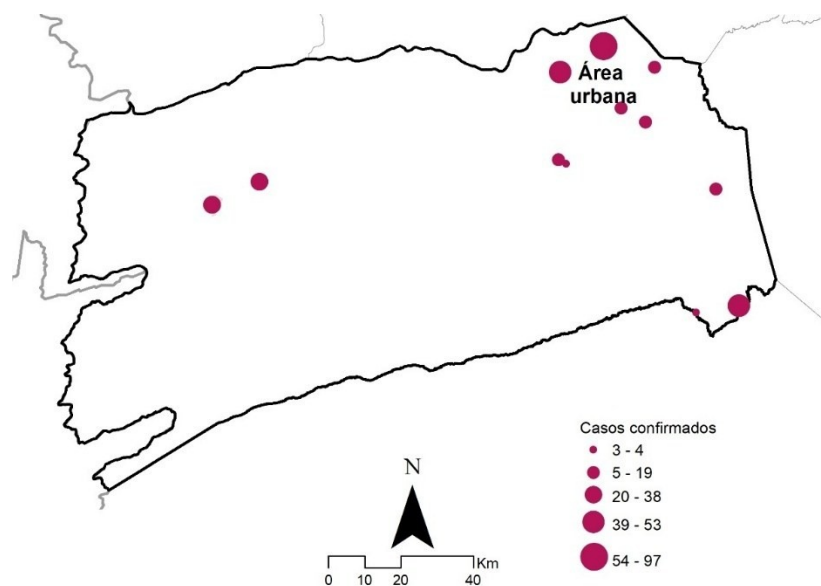
Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



6.4.2. Perfil dos casos de doença de Chagas com confirmação sorológica

Em São Desidério, 395 pessoas foram reconhecidas com doença de Chagas, o que corresponde à prevalência estimada de 3,99% (IC95%: 3,62–4,39), calculada com base no total de pessoas testadas nesta base revisada. Trata-se de uma magnitude relevante, compatível com a persistência da doença como um importante problema de saúde pública no território. As ESF Florentino Augusto de Souza, Sítio Grande e Guará apresentaram os maiores números absolutos de casos (97, 53 e 46, respectivamente), embora todas as unidades tenham registrado pessoas acometidas, o que sugere ampla disseminação territorial da doença e reforça a necessidade de resposta coordenada em toda a rede local. A espacialização apresentada refere-se à vinculação do caso à unidade da APS, e não necessariamente ao local provável de infecção (Figura 15).

Figura 15 - Distribuição espacial do número de casos de doença de Chagas confirmados por sorologia no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a localização das unidades de atenção primária à saúde. São Desidério, Bahia, 2024–2026.

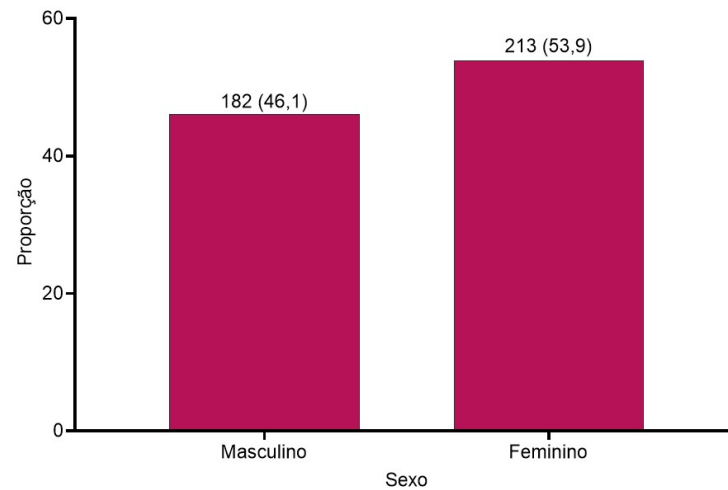


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



Entre os casos identificados em São Desidério, observou-se predomínio do sexo feminino (n = 213; 53,9%), indicando uma distribuição ligeiramente maior de casos entre mulheres no período analisado (Figura 16).

Figura 16 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o sexo, em São Desidério, Bahia, 2024–2026.

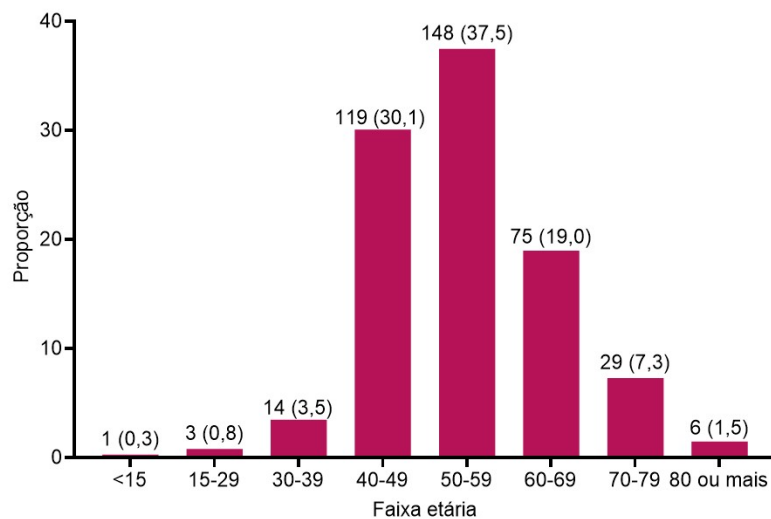


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



Observou-se predominância de casos na faixa etária de 50 a 59 anos ($n = 148$; 37,5%), seguida da faixa etária de 40 a 49 anos ($n = 119$; 30,1%). Em conjunto, essas duas faixas concentram 67,6% dos casos confirmados, indicando o peso expressivo da doença na população adulta de meia-idade, com importantes repercussões sociais, laborais e assistenciais. Ressalta-se, ainda, a ocorrência de um caso em um menino, detectado aos 9 meses de idade, no contexto da investigação de transmissão vertical (ao nascer, reação em cadeia da polimerase e parasitológico direto negativos), o que reforça a necessidade de vigilância da transmissão vertical, sem esquecer também a possibilidade de exposição vetorial recente e de investigação ecoepidemiológica ampliada (Figura 17).

Figura 17 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, por faixa etária (em anos), em São Desidério, Bahia, 2024–2026.

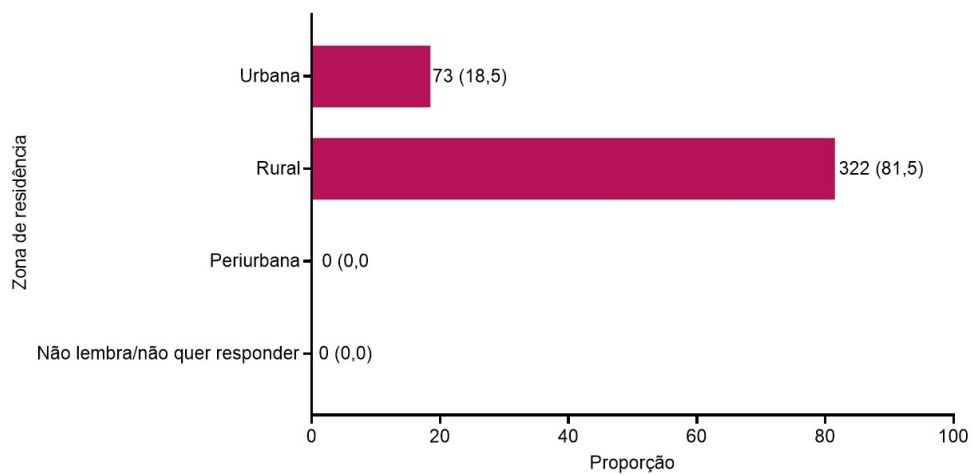


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



Entre os casos confirmados, 322 (81,5%) ocorreram em residentes da zona rural, evidenciando predominância expressiva da doença em contextos rurais e reforçando a necessidade de estratégias territorializadas de vigilância, diagnóstico oportuno, seguimento clínico e acesso a serviços de saúde em áreas dispersas (Figura 18).

Figura 18 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a zona de residência, em São Desidério, 2024–2026.

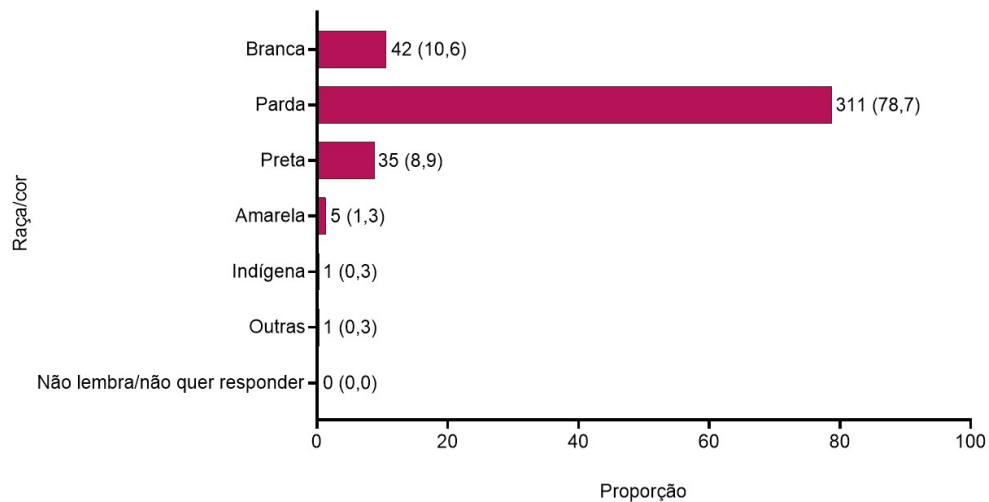


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



No que se refere à raça/cor, predominou a população parda (n = 311; 78,7%), seguida da branca (n = 42; 10,6%) (Figura 19). Esse perfil deve ser interpretado à luz das desigualdades sociais e raciais que atravessam o território e condicionam diferentes padrões de exposição, adoecimento e acesso ao cuidado.

Figura 19 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a raça/cor autodeclarada, em São Desidério, 2024–2026.

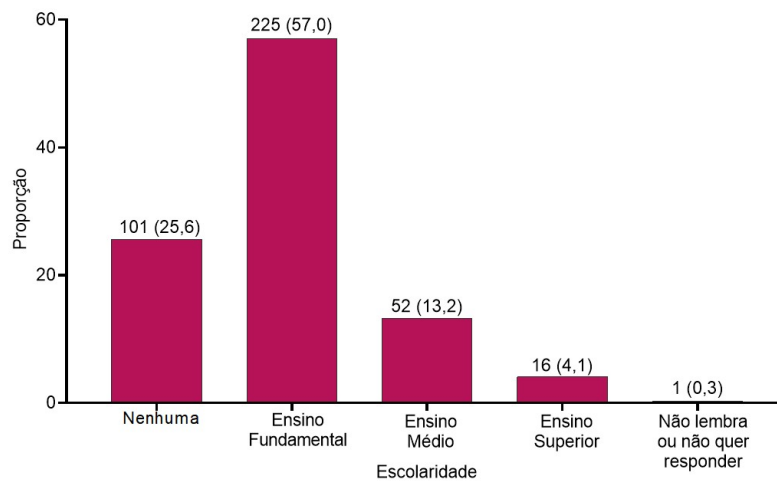


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



Em relação à escolaridade, a maioria dos casos confirmados concentrou-se entre pessoas com ensino fundamental (n = 225; 57,0%) e sem instrução (n = 101; 25,6%) (Figura 20). Esses achados reforçam que a doença se distribui com maior intensidade entre grupos socialmente vulnerabilizados e que o cuidado exige estratégias comunicacionais e assistenciais sensíveis ao letramento em saúde.

Figura 20 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo a escolaridade, em São Desidério, 2024–2026.

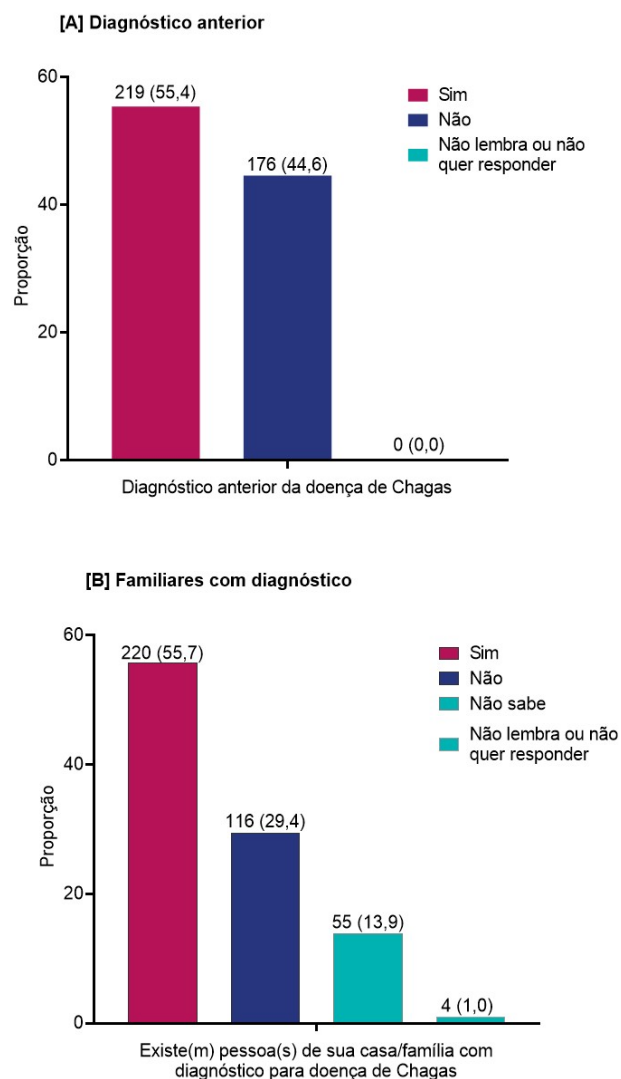


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



Dentre os casos confirmados, 219 (55,4%) relataram diagnóstico prévio da doença. Em paralelo, 220 pessoas (55,7%) relataram a presença de familiares com diagnóstico, indicando uma importante concentração de risco em redes familiares e ressaltando a necessidade de rastreamento de contatos, acolhimento familiar e seguimento longitudinal dos casos já conhecidos (Figura 21).

Figura 21 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o histórico de diagnóstico anterior de doença e a presença de familiares com diagnóstico, São Desidério, 2024–2026.

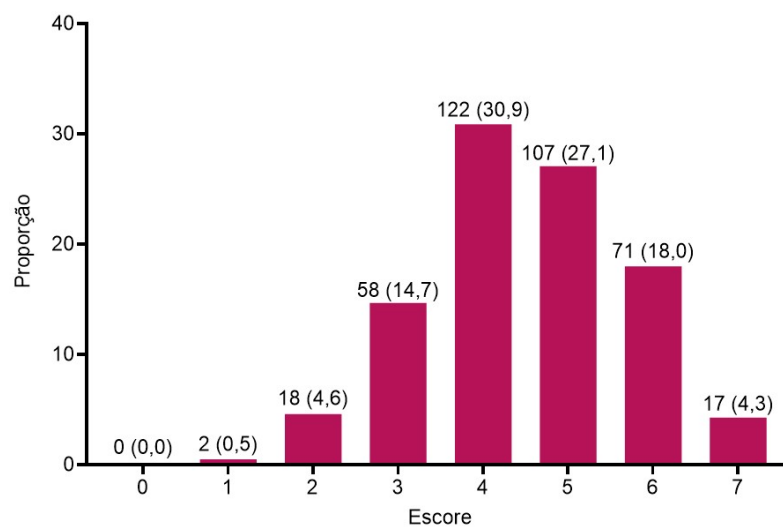


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



Entre os 395 casos confirmados, observou-se predomínio dos escores de risco/vulnerabilidade 4 ($n = 122$; 30,9%) e 5 ($n = 107$; 27,1%), além de 71 pessoas (18,0%) com escore 6 e 17 (4,3%) com escore máximo de 7 (Figura 22). Esse padrão indica acúmulo de vulnerabilidades sociais e epidemiológicas entre as pessoas acometidas e reforça a necessidade de priorização territorial e assistencial.

Figura 22 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil segundo o escore de risco/vulnerabilidade para formas crônicas da doença, São Desidério, 2024–2026.

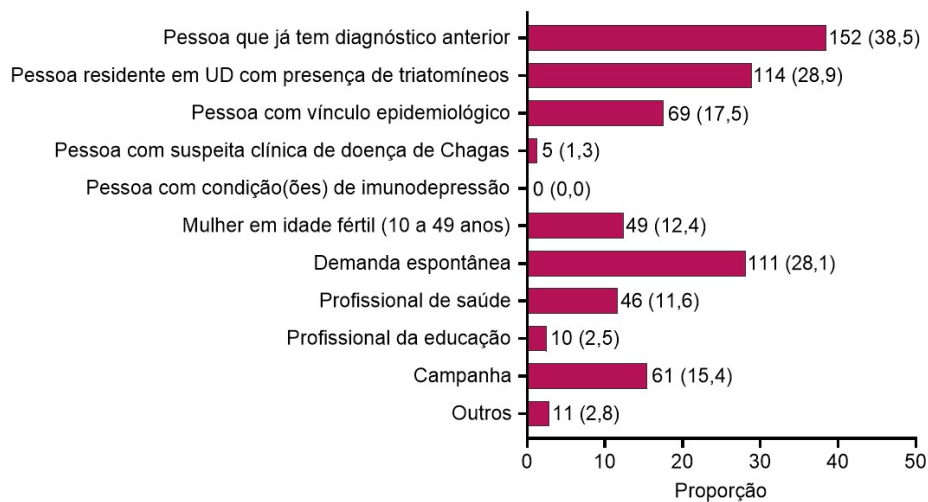


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



Quanto ao modo de entrada dos casos no projeto, predominou o grupo de pessoas com diagnóstico anterior (n = 152; 38,5%), seguido pelas residentes em domicílios com presença atual ou passada de triatomíneos (n = 114; 28,9%) (Figura 23). O padrão sugere que a estratégia municipal combinou a reintegração de pessoas previamente invisibilizadas à linha de cuidado com a ampliação da capacidade de identificar casos em contextos territoriais de maior risco.

Figura 23 - Número e proporção (entre parênteses) de casos confirmados de doença de Chagas no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, segundo o modo de entrada no projeto, em São Desidério, 2024–2026.

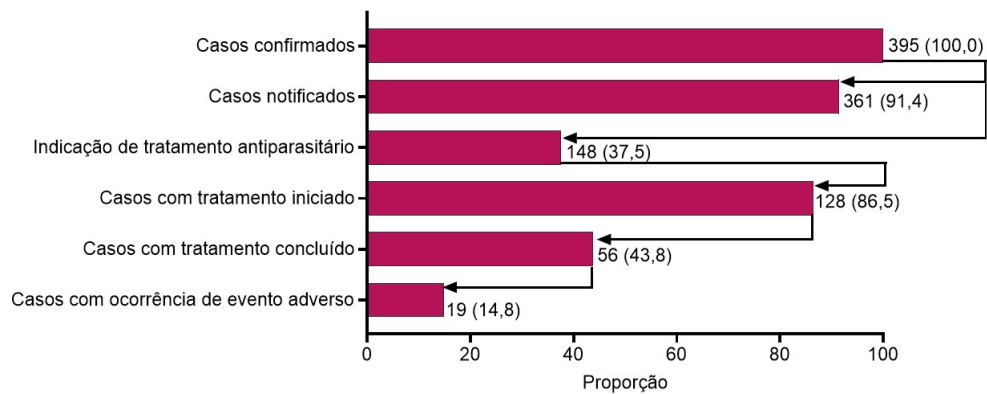


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026; ; variável permite a entrada múltiplas opções.



Do total de 395 casos, 361 (91,4%) foram notificados; 148 (37,5%) receberam indicação para tratamento antiparasitário; 128 (86,5%) iniciaram o tratamento; e 56 (43,8%) o concluíram até o fechamento desta base. Entre as pessoas que iniciaram, 19 (14,8%) apresentaram eventos adversos relacionados à medicação (Figura 24). Os resultados indicam elevada capacidade de notificação e de início terapêutico, mas também evidenciam a importância do seguimento longitudinal para assegurar a conclusão do tratamento no tempo oportuno.

Figura 24 - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas: confirmados, notificados, com indicação de tratamento, com tratamento iniciado, com tratamento concluído e com ocorrência de evento adverso, no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, em São Desidério, 2024–2026.

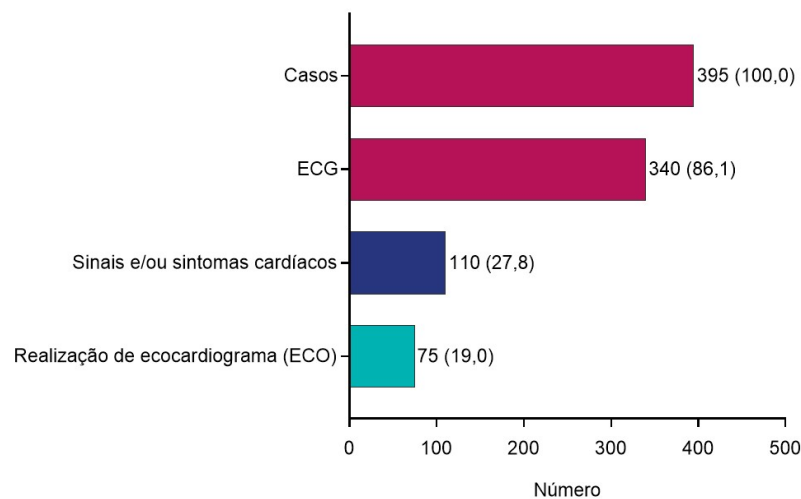


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



Do total de casos, 340 pessoas (86,1%) realizaram eletrocardiograma (ECG); 110 (27,8%) apresentaram sinais e/ou sintomas cardíacos; e 75 (19,0%) realizaram ecocardiograma (ECO) como parte da investigação cardiológica (Figura 25). O acesso ampliado ao ECG constitui um avanço importante na linha de cuidado, mas o quantitativo de ECO ainda aponta para a necessidade de fortalecer a articulação com o cuidado especializado e a oferta oportuna de exames complementares.

Figura 25 - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo a realização de eletrocardiograma (ECG), a ocorrência de sinais e/ou sintomas cardíacos e a realização de ecocardiograma (ECO) no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério, Bahia, 2024–2026.

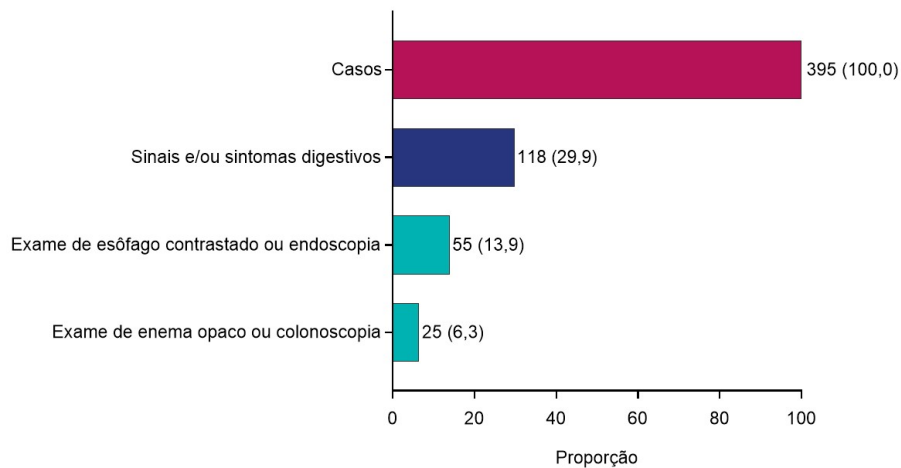


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



Dos 395 casos, 118 (29,9%) apresentaram sinais e/ou sintomas digestivos; 55 (13,9%) realizaram exame de esôfago contrastado ou endoscopia; e 25 (6,3%) realizaram enema opaco ou colonoscopia (Figura 26). A diferença entre o volume de sintomas referidos e a investigação complementar disponível sugere barreiras de acesso aos exames digestivos e aponta para a necessidade de qualificar o percurso assistencial dessas pessoas.

Figura 26 - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo a presença de sinais e/ou sintomas digestivos no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério, Bahia, 2024–2026.

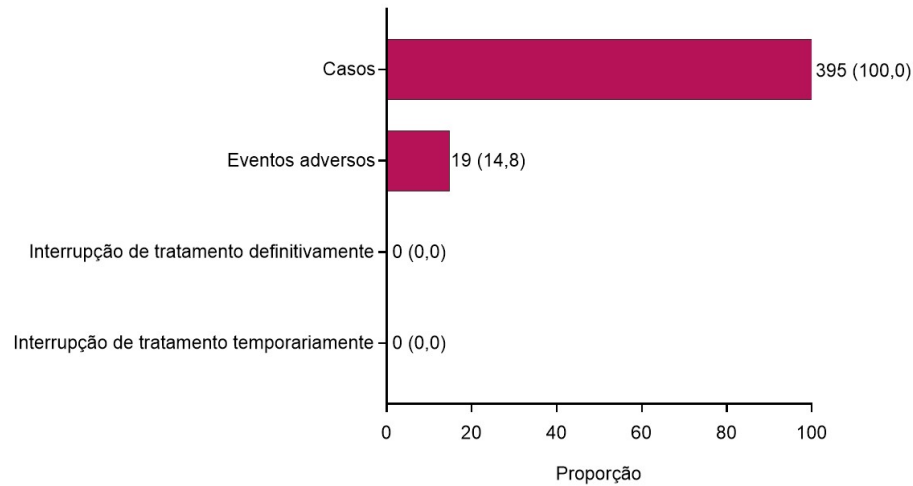


Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Entre as pessoas que iniciaram o tratamento antiparasitário, 19 (14,8%) apresentaram eventos adversos relacionados ao uso da medicação, sem interrupção do tratamento em nenhum dos casos (Figura 27). O achado reforça a importância do seguimento clínico próximo e da farmacovigilância na APS, mesmo quando os eventos não resultam na suspensão terapêutica.



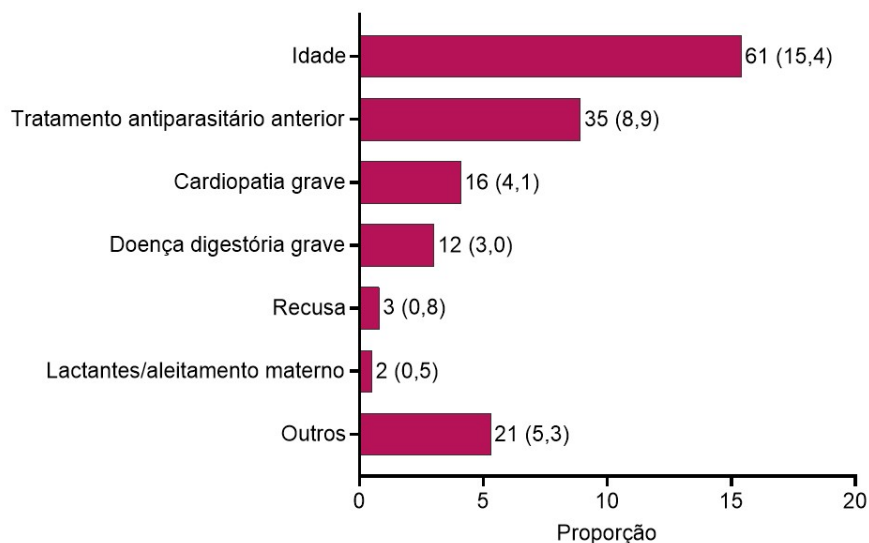
Figura 27 - Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas com ocorrência de evento adverso, segundo a interrupção do tratamento antiparasitário no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério, Bahia, 2024–2026.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026

Entre as pessoas que não tiveram indicação para tratamento antiparasitário, a idade foi o motivo mais frequente ($n = 61$; 15,4%), seguida da realização prévia de tratamento antiparasitário ($n = 35$; 8,9%) (Figura 28). Esses resultados devem ser interpretados à luz da avaliação clínica individual, dos critérios terapêuticos adotados e da adequada documentação das justificativas para não indicação.

Figura 28 – Número e proporção (entre parênteses) de casos de doença de Chagas segundo o motivo da não prescrição de tratamento antiparasitário no âmbito do projeto IntegraChagas Brasil, São Desidério, Bahia, 2024–2026.



Fonte: IntegraChagas Brasil, 2026



7. Considerações Finais e Recomendações

Em uma perspectiva ampliada, a experiência de São Desidério evidencia que a doença de Chagas no município não se resume à carga histórica de morbimortalidade e à identificação de casos crônicos previamente invisibilizados. Os resultados deste boletim mostram a coexistência de forte ruralidade, de vulnerabilidades sociais persistentes, de elevada concentração de casos em populações do campo, de manutenção do risco entomológico e de importantes demandas assistenciais relacionadas ao seguimento clínico, ao tratamento antiparasitário e à investigação de manifestações cardíacas, digestivas e da transmissão vertical. Nesse contexto, a resposta local precisa ser compreendida como parte de uma linha de cuidado territorializada, contínua e integrada, e não apenas como uma ampliação pontual da testagem.

Os achados também demonstram que São Desidério reuniu condições favoráveis para reorganizar a resposta municipal à doença de Chagas a partir da Atenção Primária à Saúde, articulando vigilância, diagnóstico, confirmação sorológica, seguimento dos casos, tratamento, investigação entomológica, uso do SisVetor e governança local. Ao mesmo tempo, tornam explícitos desafios centrais para a sustentabilidade do pós-projeto, especialmente a qualificação do fluxo confirmatório laboratorial, a ampliação do acesso ao eletrocardiograma com laudo e aos exames complementares, o fortalecimento do seguimento longitudinal e da farmacovigilância, a manutenção da vigilância entomológica e a sustentação político-institucional da agenda nas esferas municipal, regional, estadual e federal.

Diante disso, recomenda-se a manutenção e o fortalecimento do Grupo Gestor da Linha de Cuidado como instância permanente de coordenação local; a continuidade da testagem e do rastreamento familiar em territórios e grupos de maior risco, com atenção específica a gestantes, mulheres em idade fértil, crianças expostas e pessoas residentes em áreas rurais; a formalização, junto à Regional de Saúde de Barreiras, à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e ao Ministério da Saúde, dos principais gargalos do fluxo laboratorial e das necessidades assistenciais ainda não plenamente atendidas; a ampliação do acesso a eletrocardiograma com laudo, ecocardiograma e investigação digestiva; a continuidade do SisVetor, dos PIT e da vigilância entomológica territorial; e o fortalecimento da participação social e das ações de comunicação pública sobre a doença de Chagas no município.

Assim, São Desidério se afirma não apenas como município com carga relevante da doença, mas também como território estratégico para a reorganização da linha de cuidado da doença de Chagas no SUS baiano. O principal desafio, daqui em diante, é evitar que os avanços obtidos na visibilização do problema, na ampliação diagnóstica e na mobilização institucional se convertam em frustração assistencial



justamente no momento em que mais se revelaram necessidades reprimidas. Sustentar a agenda da doença de Chagas em São Desidério exigirá continuidade, coordenação interfederativa, base técnica consistente e compromisso político com a redução das desigualdades que historicamente têm condicionado a persistência da doença no território.



Referências

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Perfil do município de São Desidério (código 2928901). Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/2928901>. Acesso em: 12 abr. 2026.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Doença de Chagas crônica: guia de diagnóstico e manejo clínico na Bahia. Salvador: SESAB, 2020. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/guiaDoencaChagasCronica.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2026.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Perfil da doença de Chagas na Bahia. Salvador: SESAB, 2025. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/BoletimEpidemiologicoDoencaChagas_No01_agosto2025-1.pdf. Acesso em: 12 abr. 2026.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Vigilância, diagnóstico e tratamento da doença de Chagas no estado da Bahia: nota técnica n. 01/2017. Salvador: SESAB, 2017. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/NOTA-T%C3%89CNICA-n01-2017-Vigil%C3%A2ncia-Diagn%C3%B3stico-e-Tratamento-da-Doen%C3%A7a-de-Chagas-no-Estado-da-Bahia.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB): resultados por município. Brasília, DF: INEP, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/pesquisas-estatisticas-e-indicadores/ideb/resultados>. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia para notificação de doença de Chagas crônica (DC) e inserção no e-SUS Notifica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2023/10/Guia-para-notificacao-de-doenca-de-Chagas-cronica-DOEN%C3%87A%20DE%20CHAGASC_02_10_23.pdf. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde: volume 3. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6ed_v3.pdf. Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica na Lista Nacional de Notificação Compulsória. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:



https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1061_29_05_2020.html.
Acesso em: 12 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença de Chagas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_doenca_de_chagas.pdf/view. Acesso em: 12 abr. 2026.

GARCÍA, G. S. M.; SOUZA, E. A.; ARAÚJO, V. M.; MACEDO, M. S. S.; ANDRADE, R. M. A.; FERREIRA, P. R. D. S.; GUIMARÃES, M. C. S.; SILVA, J. A. M. D.; RAMOS JÚNIOR, A. N. Territory, neglected diseases and the action of community and endemic combat agents. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 56, p. 27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003730>. Acesso em: 12 abr. 2026.

GARCÍA, G. S. M.; CUNHA LEITE, A. H. M. da; SOUZA, E. A. de; FERREIRA, A. F.; SOUSA, A. S. de; LUIZ, R. R. et al. High burden of hospital morbidity and mortality due to Chagas disease in Bahia state, Northeast Brazil, 2000-2022. *Tropical Medicine & International Health*, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 368-381, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/tmi.14085>. Acesso em: 12 abr. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). São Desidério (BA): Cidades e Estados. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/sao-desiderio.html>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MARIN-NETO, J. A.; RASSI, A. JR.; OLIVEIRA, G. M. M.; CORREIA, L. C. L.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; LUQUETTI, A. O. et al. SBC guideline on the diagnosis and treatment of patients with cardiomyopathy of Chagas disease - 2023. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [S. l.], v. 120, n. 6, e20230269, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20230269>. Acesso em: 12 abr. 2026.

MENDES, E. V. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2018.

OLIVEIRA, F. M. A. Perfil clínico-epidemiológico e rastreamento de pacientes com doença de Chagas crônica em Barreiras - BA. 2025. Dissertação (Mestrado em Patologia Investigativa) – Universidade Federal do Oeste da Bahia, Barreiras, 2025.

RAMOS-JUNIOR, A. N.; SOUSA, A. S. The continuous challenge of Chagas disease treatment: bridging evidence-based guidelines, access to healthcare, and human rights. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, [S. l.], v. 50, n. 6, p. 745-747, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0495-2017>. Acesso em: 12 abr. 2026.

RAMOS JÚNIOR, A. N.; SOUZA, E. A.; GUIMARÃES, M. C. S.; VERMEIJ, D.; CRUZ, M. M.; LUQUETTI, A. O. et al. Response to Chagas disease in Brazil: strategic milestones for achieving comprehensive health care. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina*



Tropical, [S. l.], v. 55, e0193-2022, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0193-2022>. Acesso em: 12 abr. 2026.

SÃO DESIDÉRIO. Prefeitura Municipal; Secretaria Municipal de Saúde. Informe epidemiológico em doença de Chagas. São Desidério, BA: Secretaria Municipal de Saúde, 2024. Disponível em: https://saodesiderio.ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/06/infome_epidemiologico_sao_desiderio_versao_final-2024.pdf. Acesso em: 12 abr. 2026.

SÃO DESIDÉRIO. Prefeitura Municipal; Secretaria Municipal de Saúde. Boletim epidemiológico em doença de Chagas. São Desidério, BA: Secretaria Municipal de Saúde, 2025. Disponível em: <https://integrachagasbrasil.org/wp-content/uploads/2025/06/sao-desiderio-boletim-epidemiologico-2025.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2026.

SOUSA, A. S.; VERMEIJ, D.; RAMOS JÚNIOR, A. N.; LUQUETTI, A. O. Chagas disease. The Lancet, [S. l.], v. 403, n. 10422, p. 203-218, 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01787-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01787-7). Acesso em: 12 abr. 2026.

SOUZA, E. A.; CRUZ, M. M. da; FERREIRA, A. F.; SOUSA, A. S. de; LUIZ, R. R.; PALMEIRA, S. L. et al. Hospital case fatality and mortality related to Chagas disease in Brazil over two decades. BMC Public Health, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 2282, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19618-z>. Acesso em: 12 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chagas disease (also known as American trypanosomiasis). Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-%28american-trypanosomiasis%29>. Acesso em: 12 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021-2030. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>. Acesso em: 12 abr. 2026.