


Boletim Informativo

Doença de Chagas



Edição nº 01/2026

LACEN/BA
Laboratório Central de Saúde Pública



GOVERNO DO ESTADO



SECRETARIA
DA SAÚDE

Relatório da Vigilância Laboratorial da Doença de Chagas

Doença de Chagas

A Doença de Chagas (DC), também denominada tripanossomíase americana, é uma antroponose causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), transmitido principalmente por insetos vetores da subfamília Triatominae, popularmente conhecidos como barbeiros ou chupões. Trata-se de uma enfermidade de ampla distribuição, elevada prevalência e significativa morbimortalidade (Santos et al., 2024).

Embora a transmissão vetorial seja a mais descrita, outros modos de transmissão também são reconhecidos, como a via vertical (transplacentária), oral, transfusional, relacionada a transplantes de órgãos ou tecidos e por acidentes laboratoriais. Após a contaminação, há um período de incubação que varia de 3 a 20 dias, dependendo da forma de transmissão. O curso clínico da DC é bifásico, composto por uma fase aguda (assintomática ou não) e por uma fase crônica (Brasil, 2024).

A Doença de Chagas Aguda (DCA) é marcada por febre elevada (38,5°C a 39°C), podendo perdurar por até 12 semanas. Pode se apresentar como síndrome clínica inespecífica, na qual, na maioria dos casos, ocorrem prostração, diarreia, vômitos, inapetência, cefaleia, mialgias, aumento de linfonodos e exantema cutâneo de localização variável, Sinal de Romaña, com ou sem prurido e de aparecimento fugaz (Brasil, 2026). Também pode se manifestar como síndrome clínica específica na fase Crônica da doença (Doença de Chagas Crônica - DCC), que pode se apresentar nas formas indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva. Estima-se que 30% a 40% dos pacientes na fase crônica evoluam para manifestações cardíacas, incluindo cardiomiopatia e arritmias (Pérez-Molina et al., 2017).

Vigilância Laboratorial

O presente boletim tem como finalidade apresentar dados referentes à vigilância laboratorial da Doença de Chagas (DC), obtidos a partir dos diagnósticos sorológicos realizados pela Rede de Laboratórios e Saúde Pública do estado da Bahia (RELSP), incluindo o LACEN.

As informações foram extraídas do Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL) e correspondem aos exames processados no período de 01 de janeiro a

31 de dezembro de 2025.

Diagnóstico da Doença de Chagas

O diagnóstico da Doença de Chagas Aguda (DCA) baseia-se, principalmente, em exames parasitológicos diretos (repetidos em casos inicialmente negativos e suspeitos), como a pesquisa a fresco de tripanossomatídeos, métodos de concentração ou lâmina corada de gota espessa ou de esfregaço, em razão da elevada parasitemia presente nesse período. Após o período de incubação de 4 a 15 dias (na transmissão vetorial), a parasitemia torna-se detectável e pode persistir por até 80 dias após o início das manifestações clínicas e/ou diagnóstico clínico.

Na Doença de Chagas Crônica (DCC), o diagnóstico é realizado essencialmente por testes sorológicos, que devem combinar métodos de alta sensibilidade como eletroquimioluminescência ou imunofluorescência indireta (IFI) em conjunto com métodos específicos como o ensaio imunoenzimático (ELISA) e a hemaglutinação indireta (HAI). Devido à parasitemia pouco evidente nessa fase, os métodos parasitológicos convencionais têm baixa sensibilidade. A PCR em tempo real é utilizada para avaliação da eficácia do tratamento e identificação de casos crônicos.

A confirmação laboratorial de um caso de DCC ocorre quando há positividade em dois testes sorológicos de princípios distintos ou com diferentes preparações antigênicas. Se apenas uma sorologia for reagente e a outra não reagente, é realizado um terceiro teste por uma outra metodologia para confirmação do diagnóstico laboratorial.

Análise dos dados da Doença de Chagas

No período de janeiro a dezembro de 2025, foram realizados 42.241 exames para diagnóstico da Doença de Chagas Crônica, dos quais 2.732 apresentaram resultado reagente, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A distribuição dos exames realizados e a taxa de positividade está apresentada na Figura 1. O maior número de exames liberados ocorreu no mês de outubro, com 4.728 exames.

A taxa de positividade apresentou oscilações no primeiro trimestre, mantendo-se relativamente estável nos meses subsequentes. O maior percentual de positividade foi observado em abril (7,5%), seguido de outubro (7,4%). Em fevereiro, registrou-se o menor percentual de positividade (3,9%), bem como o segundo menor número de exames

realizados (2.632).

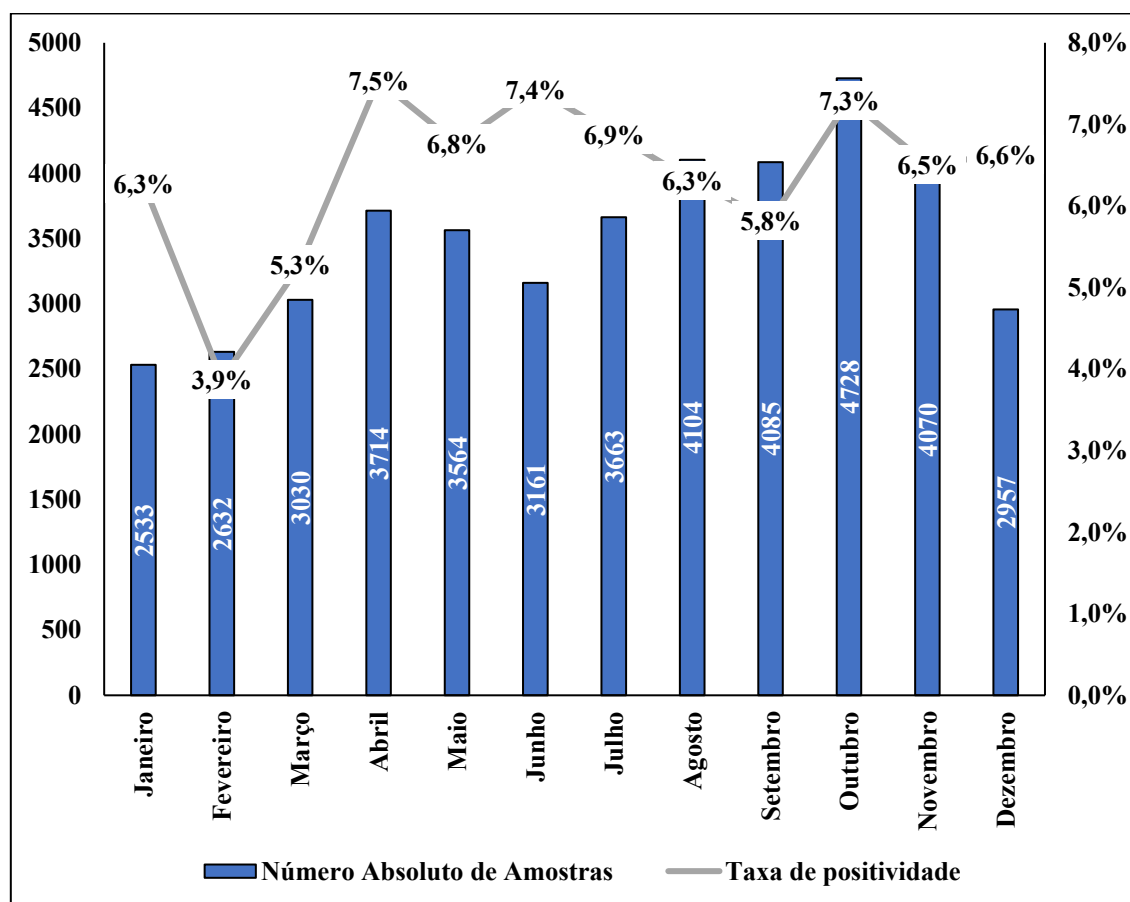


Figura 1. Número absoluto de amostras testadas e taxa de positividade para Doença de Chagas Crônica, Bahia, janeiro a dezembro de 2025.

Fonte: Gal/Ba, acessado em março de 2025.

O maior número de amostras foi encaminhado ao LACEN/BA, totalizando 15.777 (37,3%) amostras recebidas para pesquisa de doença de Chagas. Quanto às unidades regionais, aquelas com maior número absoluto de amostras foram o Laboratório Municipal de Referência Regional de Vitória da Conquista e o Laboratório Municipal de Referência Regional de Luís Eduardo Magalhães, com 6.346 (15,0%) e 5.568 (13,2%) amostras, respectivamente. A abrangência da rede garante o acesso à testagem em diversas regiões do Estado.

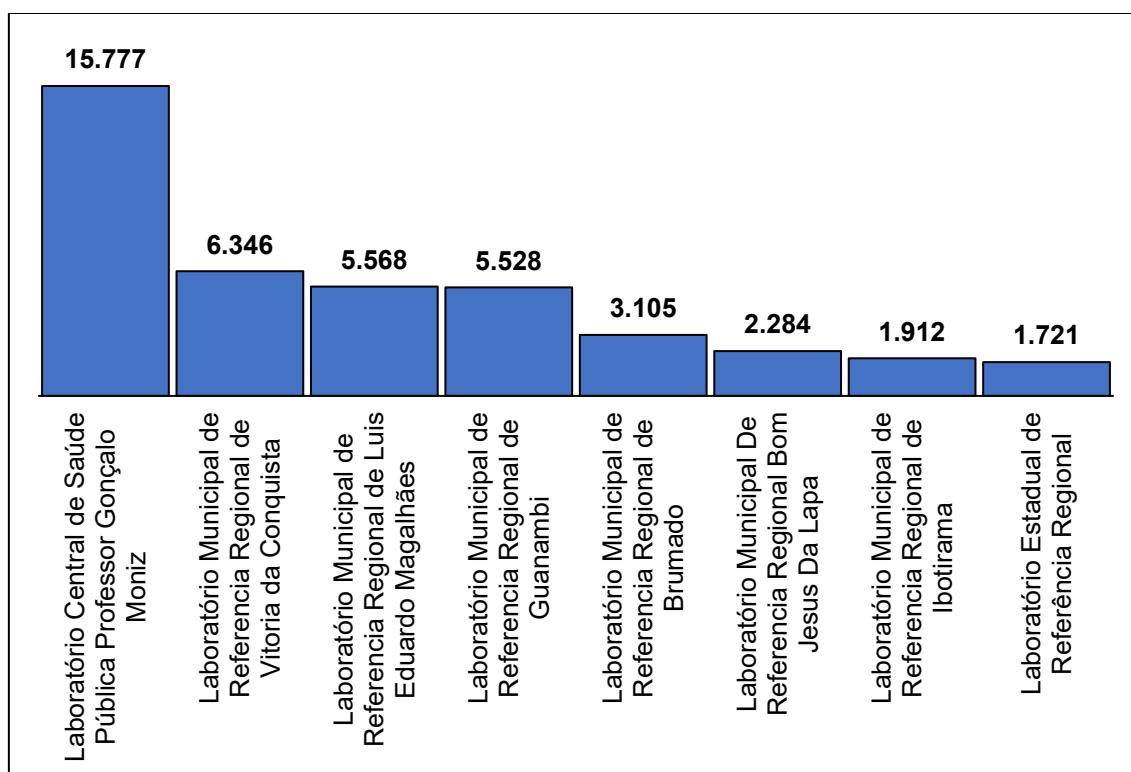


Figura 2. Número absoluto de amostras testadas por Laboratório Executante.

Fonte: Gal/Ba, acessado em março de 2025.

A análise das amostras estratificada por sexo revelou diferenças importantes tanto no perfil das amostras testadas quanto no da positividade, conforme detalhado na Tabela 1. Embora 76,8% (32.426) das análises realizadas sejam provenientes de indivíduos do sexo feminino, a maior taxa de positividade ocorreu em indivíduos do sexo masculino (6,5%).

Tabela 1. Distribuição de amostras e percentual de positividade para Doença de Chagas, por sexo, Bahia, janeiro a dezembro de 2025.

Sexo	Amostras Testadas (N)	Amostras Reagentes (N)	Percentual de Positividade (%)
Feminino	32.426	1.531	4,7%
Masculino	9.813	1.201	12,2%
Total	42.241*	2.732	6,5%

*duas amostras foram cadastradas com sexo ignorado.

Fonte: Gal/Ba, acessado em março de 2025.

Este achado pode sugerir que, apesar de mulheres acessarem mais os serviços de saúde para a testagem, os homens, quando testados, podem representar um grupo de maior vulnerabilidade para a infecção. Tal fato pode indicar uma menor percepção de risco ou

barreiras de acesso aos serviços de saúde por parte da população masculina, resultando em um diagnóstico mais tardio (Rata *et al.*, 2025; Auderset *et al.*, 2025).

A Figura 3 apresenta a distribuição dos 2.732 (100%) casos reagentes por faixa etária e sexo, revelando um perfil característico de doença crônica. Observa-se que a maioria dos casos (97%) concentra-se na população com 30 anos ou mais. As faixas etárias de 50–59 anos e 60–69 anos agrupam o maior número de indivíduos com sorologia positiva. A mediana de idade foi de 58 anos (IQR: 50–67). A idade máxima observada foi de 108 anos. Considerando que o tratamento da doença de Chagas é indicado na fase aguda, a concentração de casos em indivíduos mais velhos pode indicar detecção tardia, compatível com a fase crônica da infecção.

Em contrapartida, a detecção de casos em faixas etárias mais jovens é um ponto de atenção relevante para a vigilância em saúde, uma vez que pode estar associada à transmissão vertical. Foram identificadas 9 amostras reagentes na faixa etária de 1 a 14 anos (8 masculinos, 1 feminino) e 73 amostras reagentes na faixa de 10 a 29 anos (14 masculinos, 59 femininos).

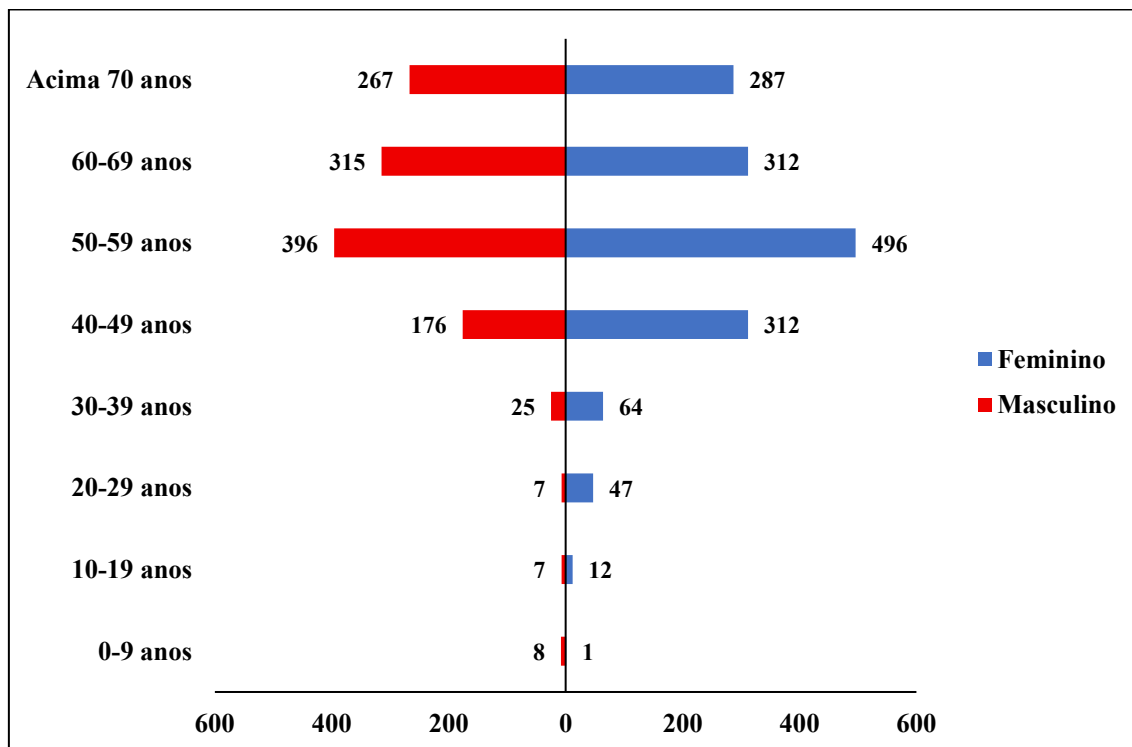


Figura 3. Distribuição das amostras reagentes para Doença de Chagas Crônica, segundo faixa etária. Bahia, janeiro a agosto de 2025.

Fonte: Gal/Ba, acessado em março de 2025.

A distribuição das amostras reagentes para Doença de Chagas entre Mulheres em Idade Fértil (MIF) detalhada na Figura 4, demonstra um grupo populacional de alta relevância, devido ao risco de transmissão vertical da doença, tendo em vista o número de amostras reagentes de indivíduos com menos de 10 anos. No período de janeiro a dezembro de 2025, foram identificadas 435 MIF com sorologia reagente. Observa-se que a maior parte dos resultados reagentes neste grupo, concentra-se na faixa etária de 41 a 49 anos, com 312 amostras. Isso representa aproximadamente 20,4% do total de indivíduos do sexo feminino reagentes da amostra (número absoluto de 1531, 100%).

Embora em menor número, a identificação de amostras reagentes nas faixas etárias mais jovens entre mulheres, evidencia um alerta para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Foram 64 (4,2%) amostras reagentes na faixa de 31-40 anos, 47 (3,1%) na faixa de 20-30 anos e 12 (0,8%) na faixa de 10-19 anos. A presença de um número significativo de MIF reagentes, demonstra a importância da triagem sorológica para Doença de Chagas em todas as gestantes, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. O diagnóstico precoce da gestante infectada permite o tratamento adequado e o monitoramento do recém-nascido, interrompendo a cadeia de transmissão vertical. É importante destacar que o controle da transmissão da doença de Chagas no Brasil é uma das metas da Organização Mundial de Saúde até 2030 (World Health Organization, 2020).

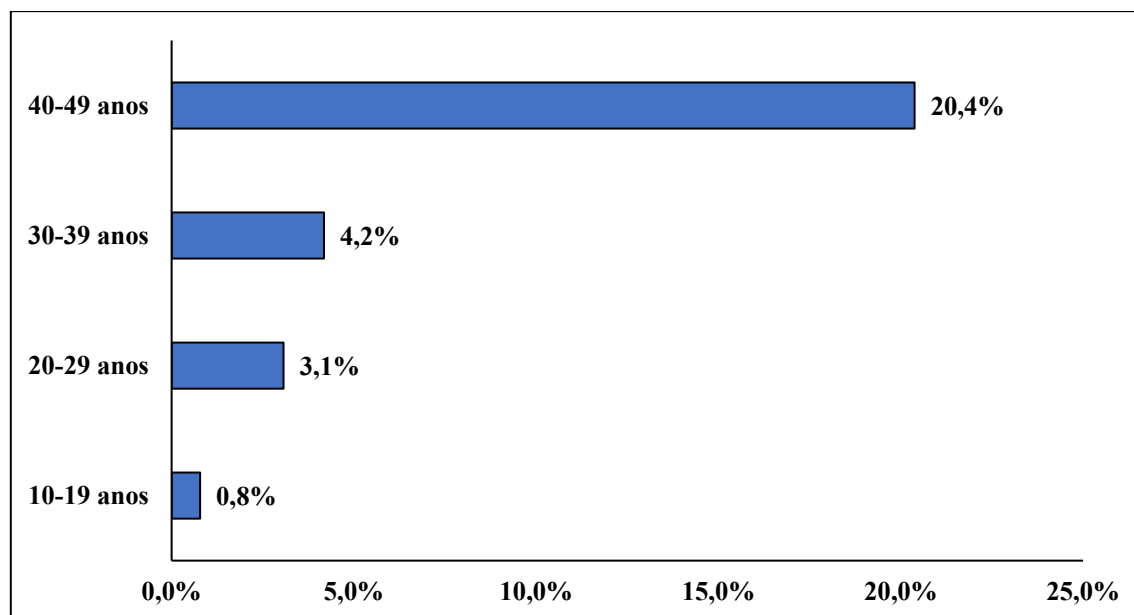


Figura 4. Perfil das amostras reagentes em Mulheres em Idade Fértil (MIF), Bahia, janeiro a dezembro de 2025.

Fonte: Gal/Ba, acessado em março de 2025.

Durante o ano de 2025, foram realizados 42.241 exames para testagem de Doença de Chagas no estado da Bahia, com distribuição heterogênea entre as Macrorregiões de Saúde. O maior volume foi observado na Macrorregião Sudoeste (35,3%), seguido pela Macrorregião Oeste (23,8%) e Centro-Leste (15,7%). Esses três NRS concentraram, em conjunto, mais de 75% das amostras testadas no período, configurando-se como áreas de maior demanda. As demais macrorregiões apresentaram percentuais inferiores a 10%, Macrorregião Leste (7,1%), Sul (6,3%) e Centro-Norte (5,6%). Por outro lado, os menores quantitativos foram registrados nas Macrorregião Norte (3,5%), Extremo-Sul (1,3%) e Nordeste (0,3%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de amostras e percentual para testagem de Doença de Chagas, por Macrorregião de Saúde, Bahia, janeiro de dezembro de 2025.

Núcleo Regional de Saúde	Nº de amostras testadas	%
NRS CENTRO-LESTE	7.036	16,7%
NRS CENTRO-NORTE	2.385	5,6%
NRS EXTREMO SUL	541	1,3%
NRS LESTE	3.020	7,1%
NRS NORDESTE	145	0,3%
NRS NORTE	1.477	3,5%
NRS OESTE	10.058	23,8%
NRS SUDOESTE	14.915	35,3%
NRS SUL	2.664	6,3%
TOTAL	42.241	100%

Fonte: Gal/Ba, acessado em março de 2025.

No que diz respeito à distribuição espacial das amostras testadas por municípios, o Figura 5 ilustra o número de amostras testadas para Doença de Chagas pela rede laboratorial no Estado da Bahia, por município solicitante, de janeiro a dezembro de 2025.

O município com maior frequência foi o de Vitória da Conquista com 7,2% (número absoluto de 3.021 exames), seguido por Guanambi com 3,5% (número absoluto de 1.491), ambos municípios são do NRS Sudoeste.

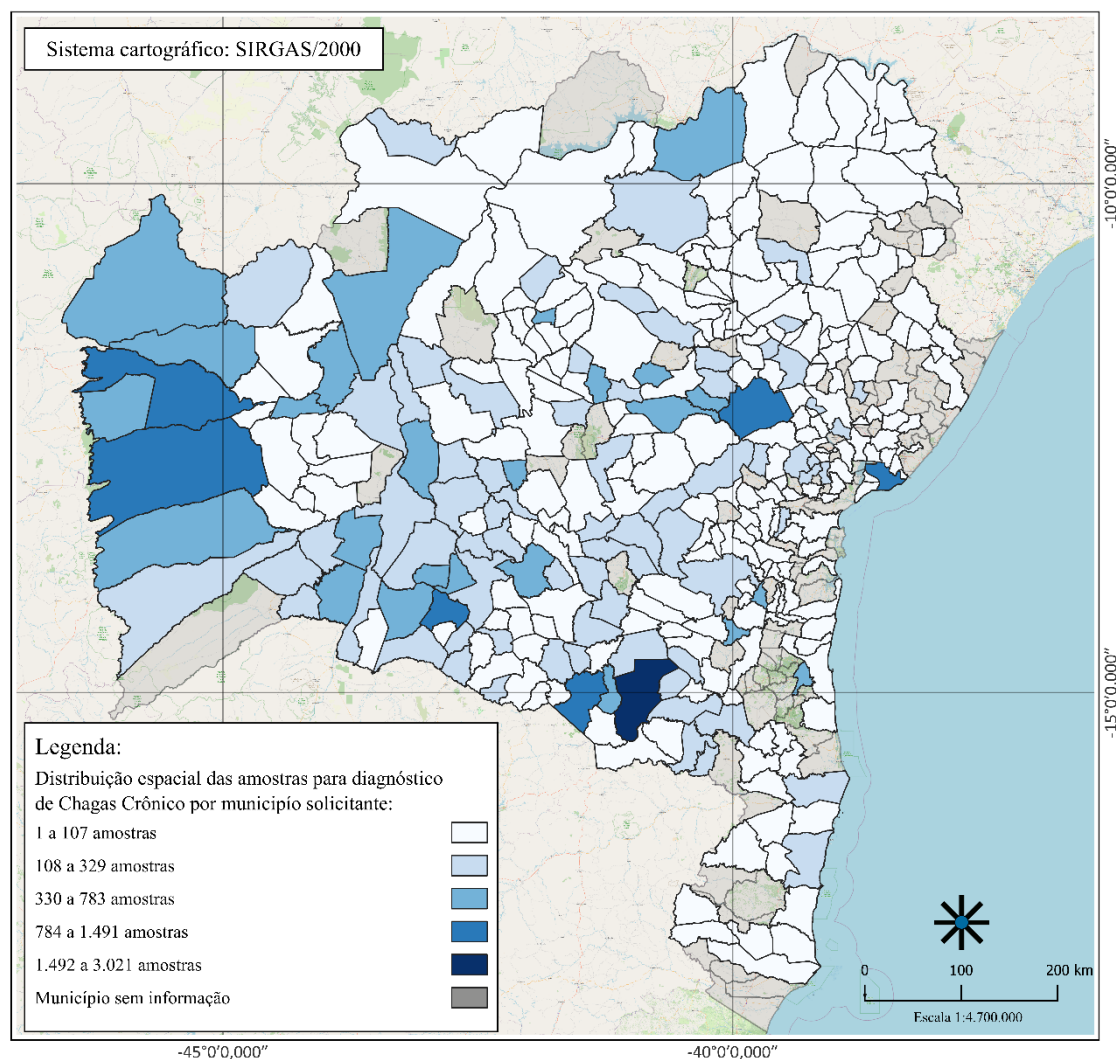


Figura 5. Distribuição espacial das amostras testadas para diagnóstico da Doença de Chagas por município solicitante, Bahia, janeiro a dezembro de 2025.

Fonte: Gal/Ba, acessado em março de 2025.

Observa-se uma heterogeneidade na distribuição, com uma concentração de testagem de amostras provenientes de municípios localizados nas macrorregiões Oeste, Sudoeste e Centro-Leste do estado. Esta distribuição pode refletir diferentes cenários, como a presença de áreas endêmicas para a doença, a intensificação das ações de vigilância epidemiológica e busca ativa de casos, ou ainda a estruturação da rede de saúde local para coleta e encaminhamento de amostras ao laboratório de referência. Com relação aos NRS com municípios solicitantes com maior número de exames detectáveis para chagas, o NRS Oeste teve 42,3% (1,156) das amostras com resultado detectável, seguido pelo NRS Sudoeste com 24,2% (660) e o NRS Centro-Leste com 13,3% (364).

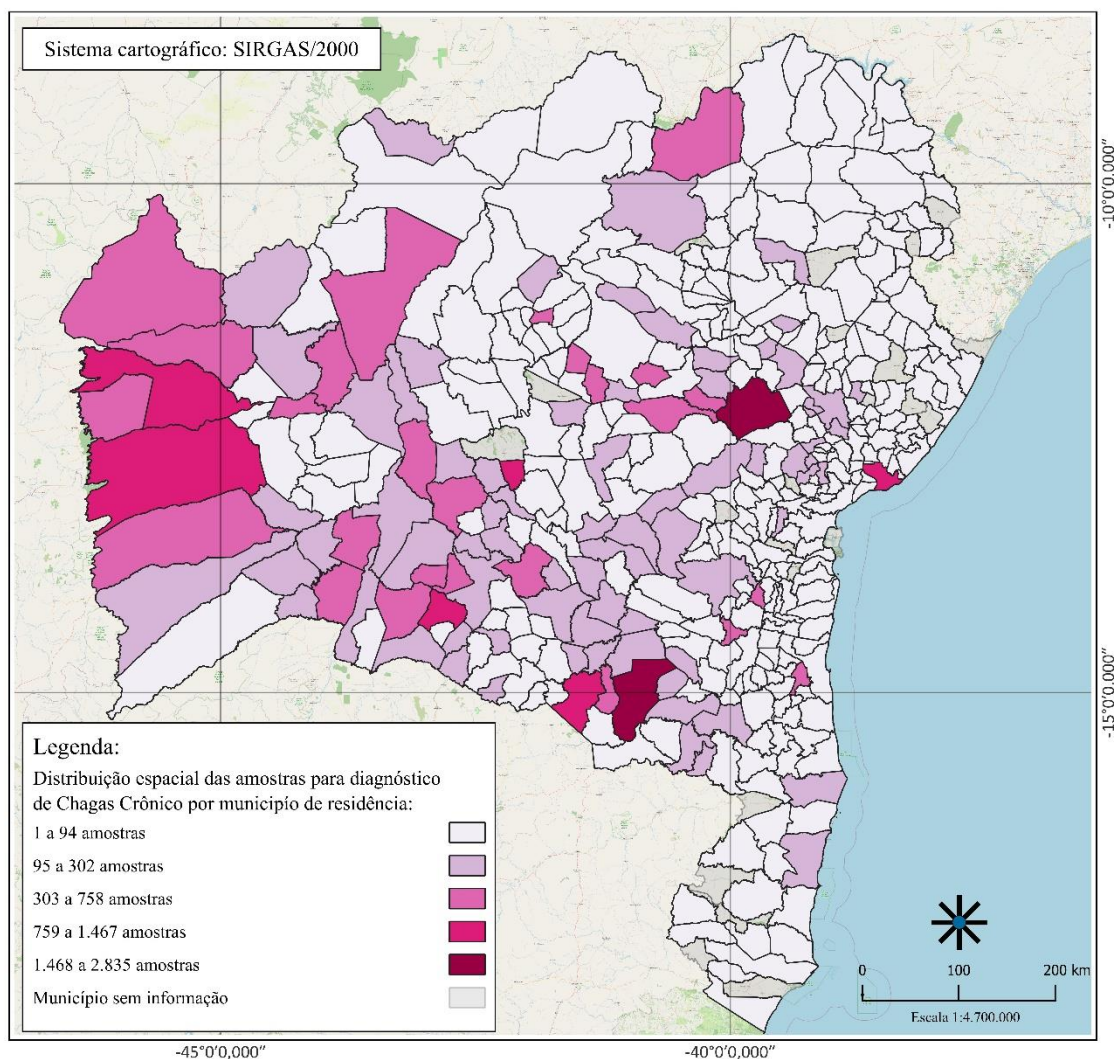


Figura 6. Distribuição espacial das amostras testadas para diagnóstico da Doença de Chagas por município de residência, Bahia, janeiro a dezembro de 2025.

Fonte: Gal/Ba, acessado em março de 2025.

Quanto ao estado de Residência dos indivíduos com amostras enviadas para pesquisa de Chagas foram identificados residentes de todos os estados do Brasil, incluindo Distrito Federal. Os mais frequentes foram Bahia (97,30%, 41.103), seguido do estado de São Paulo (1,0%, 441) e Goiás (0,5%, 218). O município de Residência com maior frequência de envio foi Vitória da Conquista (6,9%, 2.835), Ipirá (3,6%, 1.468), Guanambi (3,5%, 1.434), São Desidério (3,1%, 1.267), Barreiras (3,1%, 1.261), Tremedal (2,3%, 933), Salvador (2,2%, 892) e Novo Horizonte (1,8%, 759).

Ademais, a macrorregião Centro-Leste, também apresentou um número significativo de municípios com amostras reagentes (entre 10 e 50). Assim, a presença de sorologia positiva em praticamente todas as macrorregiões de saúde do estado reforça a relevância da

Doença de Chagas como um agravo de importância estadual.

A análise dos dados provenientes da vigilância laboratorial da Doença de Chagas no estado da Bahia, referentes ao período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2025, evidencia a manutenção da circulação do *T. cruzi* e reforça a relevância da doença como problema de saúde pública no território. Os resultados observados a partir dos exames sorológicos realizados pelo LACEN central e sua rede de laboratórios descentralizados demonstram a persistência de casos compatíveis com a fase crônica da doença, o que corrobora o perfil epidemiológico já descrito no Brasil, caracterizado por elevada proporção de indivíduos cronicamente infectados.

A predominância de diagnósticos na fase crônica ressalta a importância do fortalecimento das estratégias de detecção precoce, considerando que muitos casos permanecem assintomáticos por longos períodos, dificultando a identificação oportuna e o manejo adequado. Além disso, a possibilidade de evolução para formas clínicas graves, especialmente cardíacas, reforça a necessidade de acompanhamento contínuo dos indivíduos diagnosticados.

Diante desse cenário, os achados deste boletim reforçam a necessidade de manutenção e expansão das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da Doença de Chagas, com ênfase na vigilância ativa, no diagnóstico oportuno e no cuidado integral às pessoas acometidas, contribuindo para a redução da morbimortalidade associada à doença no estado da Bahia.

REFERÊNCIAS

Auderset, D., Riou, J., Clair, C., et al. Why gender and sex matter in infectious disease modelling: A conceptual framework. **Science**, 2025.

Brasil. Guia de Vigilância em Saúde: Volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

Pérez-Molina, J. A., Molina, I. Chagas disease. **The Lancet**, 2017.

Rata Mohan DS, Jawahir S, Manual A, et al. Gender differences in health-seeking behaviour: insights from the National Health and Morbidity Survey 2019. **BMC Health Serv Res**, 2025.

Santos, F. L. Neves. *et al.* Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 119, 2024.

World Health Organization. *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030*. Geneva: World Health Organization, 2020.

Editorial Boletim Informativo Doença de Chagas

LACEN/BA – EDIÇÃO nº 01/2026 – 11.05.26

Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA)

Rívia Barros

Laboratório Central de Saúde Pública Profº Gonçalo Moniz (LACEN/BA)

Arabela Leal e Silva de Mello

Coordenação de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica (CLAVEP)

Coordenadora Técnica:

Felicidade Mota Pereira

Equipe Técnica:

Cristiane Oliveira da Mota

Jovanna Abrãõ Araújo Freitas

Sandra Barros de Jesus

Messias Gomes Ramos

Análise dos dados e elaboração:

Juliana Mendonça dos Santos Nano

Bruno Miranda dos Santos Oliveira

Maria Clara de Souza

Wemerson Gonçalo

Amanda Couto de Bragança Silva

Roziene Pinheiro Pereira dos Anjos

Felicidade Mota Pereira

Edição:

Bruna Laís Santos de Jesus