

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA DE CHAGAS NA BAHIA

Aline de Oliveira Brasileiro¹
Gercino Gomes Silva Neto²
Henrique da Silva Ferreira³
Vinicius Gabriel Rodrigues Brito⁴
Vinicius Mendes Souza Carneiro⁵

RESUMO: Este estudo teve como objetivo discorrer sobre o perfil epidemiológico da Doença de Chagas na Bahia. Para isso, buscou-se analisar os dados de prevalência da DC, no período de 2018 a 2020, bem como verificar o estrato social onde a doença ocorre, além de explanar sobre a taxa de mortalidade pela doença no Brasil, em especial no estado da Bahia. Tratou-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado com dados secundários. Foi evidenciado que a taxa de mortalidade pela DC foi considerada alta nos municípios de Cruz das Almas, Jacobina, Santo Antonio de Jesus, Itaberaba, Barreiras e Guanambi. A região norte da Bahia foi a que registrou maior variação em relação aos casos da doença. A forma mais recorrente de transmissão da doença foi por via oral. Quanto à proporção de óbitos da doença com base na raça e cor revelou que a cor parda.

3096

Palavras-Chave: *Trypanosoma cruzi*. Barbeiro. Mortalidade. Epidemia.

ABSTRACT: This study aimed to discuss the epidemiological profile of Chagas disease in Bahia. For this, we sought to analyze the data on the prevalence of CD, in the period 2018 to 2020, as well as to verify the social stratum where the disease occurs, in addition to explaining the mortality rate from the disease in Brazil, especially in the state of Bahia. This was a descriptive, cross-sectional study carried out with secondary data. It was shown that the mortality rate due to CD was considered high in the cities of Cruz das Almas, Jacobina, Santo Antonio de Jesus, Itaberaba, Barreiras and Guanambi. The northern region of Bahia was the one that registered the greatest variation in relation to the cases of the disease. The most common form of disease transmission was oral. As for the proportion of deaths from the disease based on race and color revealed that the brown color.

Keywords: *Trypanosoma cruzi*. Kissing bug. Mortality. Epidemology.

¹Bacharelado em Farmácia pela Universidade Salvador. E-mail: alinemaregas@hotmail.com

² Bacharelado em Farmácia pela Universidade Salvador

³ Bacharelado em Farmácia pela Universidade Salvador

⁴ Bacharelado em Farmácia pela Universidade Salvador

⁵Orientador

INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC) representa uma enfermidade debilitante e negligenciada. A patologia é classificada como aguda e crônica. A fase aguda, geralmente assintomática, inicia logo após a infecção e pode perdurar por até quatro meses e os sintomas normalmente são considerados leves.

Segundo Rassi Júnior, Rassi e Marcondes¹, a DC foi descoberta em 1909 por Carlos Chagas. Trata-se de uma infecção crônica, sistêmica e parasitária causada pelo protozoário *trypanosoma cruzi*.

Para Bern², em áreas não endêmicas, os mecanismos mais comuns de transmissão da doença são por meio de transfusão sanguínea e infecção congênita. Algumas formas de transmissão como a congênita, oral e transfusional, estão se tornando mais relevantes em muitas regiões.

Conforme Brasil³ a DC apresenta curso clínico bifásico com uma fase aguda, com nível de parasitemia elevada, e outra crônica, onde há pouca presença de parasitas na corrente sanguínea, podendo se manifestar de forma cardíaca, digestiva ou mista (cardiodigestiva).

De acordo com Brasil³ o diagnóstico da DC é laboratorial e o método depende da fase clínica da doença. Em se tratando da fase aguda, o mais indicado é o exame parasitológico direto. Cabe frisar que, o exame sorológico não é o mais indicado nessa fase, tendo em vista que esse procedimento deve ser realizado apenas se a pesquisa direta for negativa e se persistir a suspeita clínica. Já na fase crônica, a melhor forma de diagnóstico é por sorologia.

Segundo Goiás⁴, uma das formas de prevenção da DC é evitar que o inseto “barbeiro” forme colônias dentro das residências. Em áreas onde os insetos possam entrar nas casas voando pelas aberturas ou frestas recomenda-se o uso de mosquiteiros ou telas metálicas. Recomenda-se ainda a utilização de medidas de proteção individual durante a realização de atividades noturnas em áreas de mata. Outra medida preventiva consiste na educação permanente, bem como na mobilização social.

Para Dias *et al.*⁵, o tratamento indicado a todos os pacientes na fase aguda é a utilização da droga benznidazol, sendo que o nifurtimox (classe I, nível de evidência B) pode ser opção terapêutica para os casos de intolerância ao benznidazol.

Apesar de ter havido uma grande redução na incidência dos casos de Doença de Chagas (DC), evidencia-se nos últimos 15 anos a ocorrência sistemática destes casos relacionados à transmissão oral por conta da ingestão de alimentos contaminados, principalmente na região amazônica, bem como à transmissão vetorial extradomiciliar devido à exposição acidental ao ciclo silvestre do agente etiológico.

A partir de um estudo de revisão sistemática e metanálise divulgado em 2014, incluindo publicações do período de 1980 a 2012, estima-se que haja no Brasil ao menos um milhão de pessoas infectadas por *Trypanosoma Cruzi*.

Conforme Brasil⁶, a Bahia, diante do cenário nacional ainda aparece como uma das unidades federadas com maior número de óbitos por DC, com média anual de 621 óbitos entre os anos de 2010 e 2019.

Este estudo teve como objetivo destacar o perfil epidemiológico da DC na Bahia.

Métodos

Tipo do Estudo

Estudo descritivo, de corte transversal, onde foram utilizados dados secundários.

Fonte de Dados

As informações utilizadas para o desenvolvimento deste estudo referentes ao perfil epidemiológico da DC na Bahia pelo período de 2018 a 2020 foram extraídas da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Coordenação-Geral de Informações e Análises (CGIAE) e Hemoba através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), acessado em novembro de 2021.

As informações foram selecionadas a partir do identificador Epidemiológicas e Morbidade ⇒ Doenças e Agravos de Notificação - De 2007 em Diante (SINAM) ⇒ Opção selecionada: Doenças e Agravos de Notificação - De 2007 em diante (SINAN) ⇒ Abrangência Geográfica ⇒ Bahia.

Para a análise e correção estatística dos dados, foram extraídos ano, o indicador macrorregião de saúde de notificação, os casos confirmados e o período disponível de 2018 a

2020. Foram coletados ainda dados em fontes a nível nacional como o Ministério da Saúde do Brasil e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), também do âmbito estadual como a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) sustentando assim, a fundamentação deste estudo.

Variáveis do Estudo

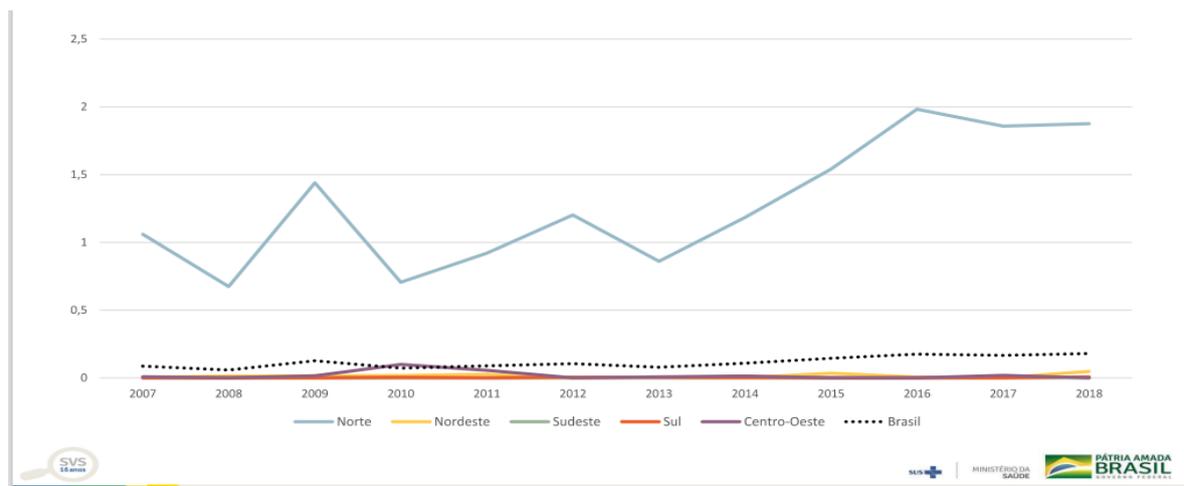
Para a realização deste estudo foram consideradas as seguintes variáveis: macrorregião Brasil, forma de transmissão da DC, taxa de mortalidade segundo o local de residência, proporção de óbitos por raça e local de residência, número de casos da doença e número de casos da doença por sexo e faixa etária.

RESULTADOS

Conforme evidenciado no Gráfico 1, no período de 2007 a 2018 a região Norte foi a que registrou maior variação de casos de DC. O ano de 2008 foi o período em que houve menor incidência de casos da doença. Já o ano de 2016 foi o período que evidenciou a maior elevação no número de casos. A região Norte, além de se destacar das demais regiões do Brasil quanto aos casos da doença, destaca-se ainda em relação ao Brasil, de uma forma geral. Em relação à região Sudeste, é possível observar que não houve registro de casos da doença.

3099

Gráfico 1. Casos de DC por macrorregião, Brasil, 2007 a 2018

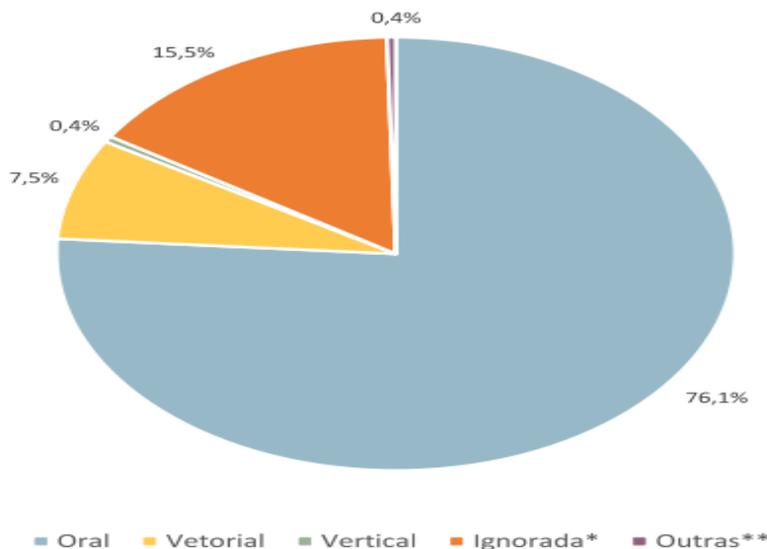


Fonte: Bahia, 2019.⁷

Há uma discrepância no número de casos registrados por forma de contaminação (Gráfico 2). Nota-se que a transmissão da doença ocorre predominantemente através da

forma oral, contemplando 76,1%, seguida por via ignorada, com 15,5%, vetorial 7,5%; vertical 0,4% e outras também com 0,4%.

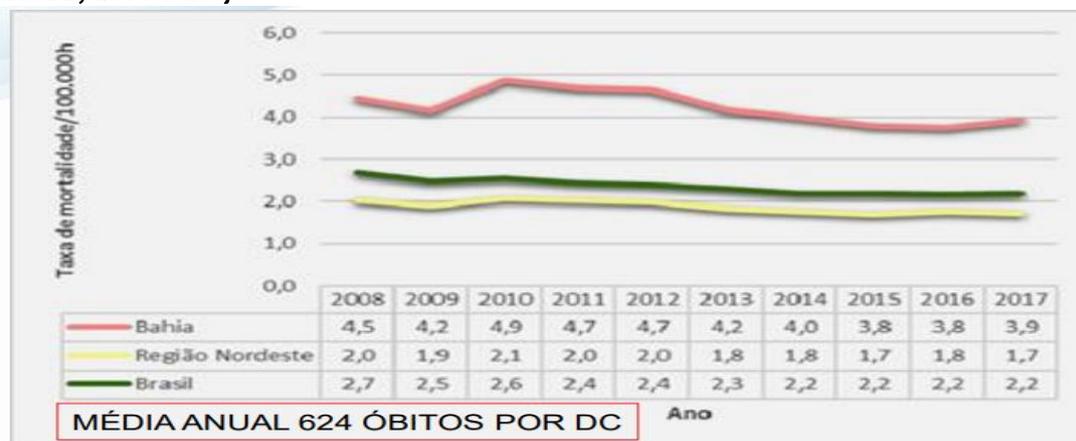
Gráfico 2. Casos de DC por forma provável de transmissão, Brasil, 2007 a 2018



Fonte: Bahia, 2019.⁷

No Brasil, as mortes decorrentes da doença com base no período mencionado apresentaram alta em 2008, queda em 2009, leve alta em 2010 e queda gradual até o ano de 2017. A região Nordeste apresentou quedas graduais quanto às mortes pela doença. No estado da Bahia, houve oscilação quanto à taxa de mortalidade da DC no período, apresentando grande queda de 2008 a 2009, alta de 2009 a 2010, queda de 2011 a 2016 e alta de 2016 a 2017 (Gráfico 3).

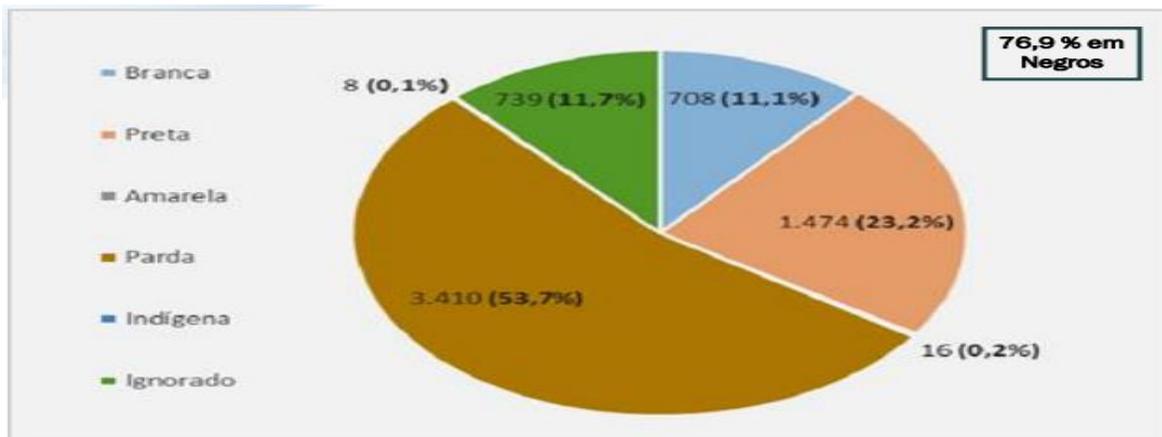
Gráfico 3. Taxa de mortalidade por DC, segundo local de residência, Bahia, Nordeste e Brasil, 2008 a 2017



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2019.⁸

A maior proporção de óbitos da DC ocorreu em indivíduos de cor parda, com 53,7%, consecutivamente em indivíduos de cor preta, com 23,2% (Gráfico 4).

Gráfico 4. Proporção de óbitos por DC, segundo Raça cor, Bahia, 2008 a 2017



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2019.⁸

Segundo os dados da SESAB a taxa de mortalidade por região baiana nota-se que em 2011 a região Centro-Norte da Bahia apresentou maior taxa de mortalidade da DC (Gráfico 5).

Gráfico 5. Taxa de mortalidade por DC, segundo macrorregião de residência, Bahia, 2008 a 2017

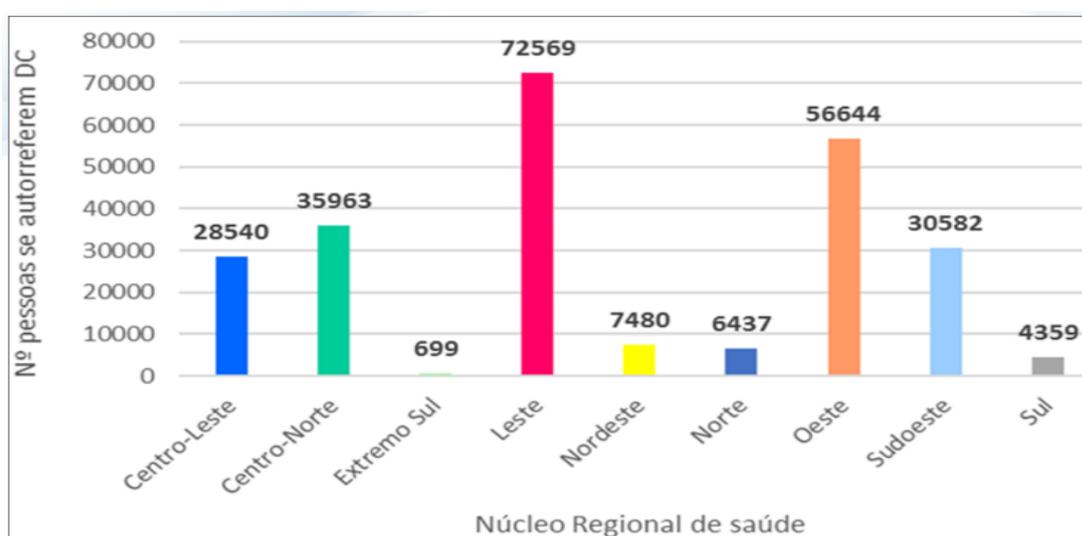


Fonte: SESAB/SUVISA/DIS/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; IBGE - Estimativas de população Taxa por 100.000 habitantes 2019.⁹

Considerando os dados da SIAB observa-se que a região Leste foi a que registrou maior número de casos da doença, com 72.569, seguida da região Oeste, com 56.644 e Centro-Norte, com 35.963. A região que registrou menos casos de Doença de Chagas foi o Extremo-Sul, com 699 casos (Gráfico 6).

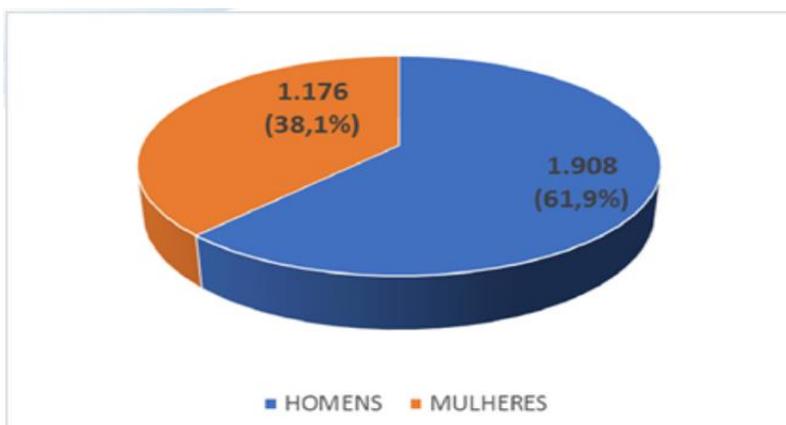
Gráfico 6. Número de casos de DC por cadastro autorreferido SIAB, com 15 anos e mais, segundo NRS de residência, Bahia, de 1998 a 2015.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, 2019. ¹⁰



O Gráfico 7 destaca o número de casos de DC conforme o HEMOBA tomando-se como base o sexo pelo período de fevereiro de 2008 a dezembro de 2018, considerando-se o estado da Bahia O gráfico evidencia que, 61,9% dos casos da doença apontados pelo HEMOBA eram homens, enquanto que 38,1% eram mulhere

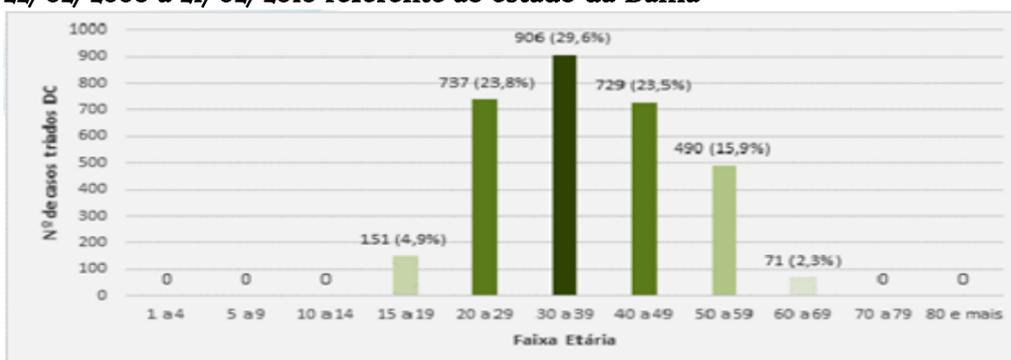
Gráfico 7. Número de casos triados pelo HEMOBA para Doença de Chagas, segundo sexo, de 22/02/2008 a 21/02/2018



Fonte: HEMOBA, dados referentes ao período de 22/02/2008 a 21/02/2018. 2019.¹¹

No Gráfico 8 está demonstrado o número de casos, de acordo com o HEMOBA, em relação à Doença de Chagas, tomando-se como base a faixa etária pelo período de 2008 a 2018. Fica evidente que, a faixa etária de 30 a 39 foi na qual mais ocorreu casos da doença, com 29,6%, seguida da faixa etária 20 a 29 anos, com 23,8% e faixa etária de 40 a 49 anos, com 23,5%. A faixa etária com menor prevalência da doença foi de 60 a 69 anos, com 2,3%. As faixas etárias de 1 a 14 anos e 70 ou mais não apontaram casos da doença.

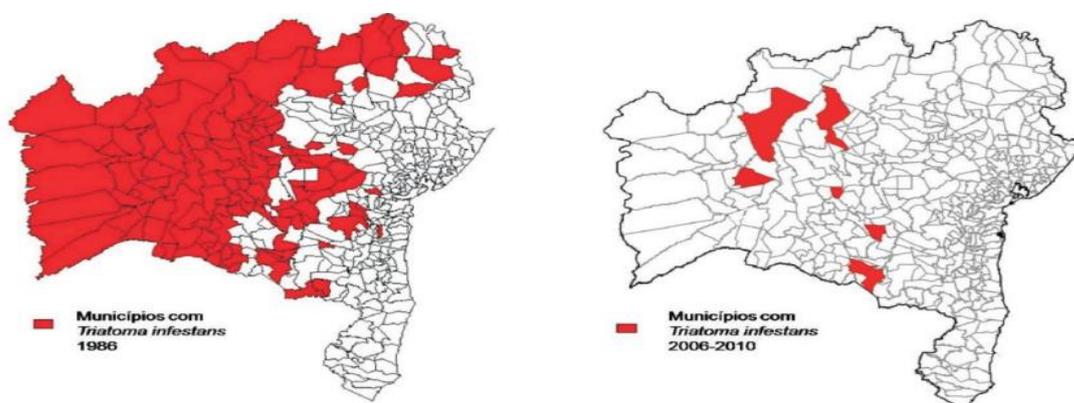
Gráfico 8. Número de casos triados pelo HEMOBA para DC, segundo faixa etária, de 22/02/2008 a 21/02/2018 referente ao estado da Bahia



Fonte: HEMOBA, dados referentes ao período de 22/02/2008 a 21/02/2018. 2019.¹¹

A seguir está destacada a distribuição geográfica da *Triatoma infestans* na Bahia no ano de 1996 e entre 2006 e 2010. Nota-se que em 1996 a doença era bastante prevalente no estado ao passo que entre 2006 e 2010 a doença surge apenas em alguns pontos do estado. (Figura 1).

Figura 1. Distribuição geográfica de *Triatoma infestans* na Bahia em 1996 e entre 2006-2010



Fonte:SESAB/SUVISA/DIVEP. 2019.¹²

Destaca-se a taxa de mortalidade da DC com base no regional de saúde de residência, Bahia pelo período de 2008 a 2017. Com base no período informado, o estado da Bahia apurou queda na taxa de mortalidade em 2009 em relação a 2008, elevação em 2010, leve queda em 2011, mantendo-se em 2012 a taxa de 4,7. No ano de 2013, a taxa de mortalidade por DC na Bahia foi de 4,3, em 2014 houve uma queda para 4,1 apresentando grande queda para 3,8 em 2015, permanecendo esta taxa no ano de 2016. Em 2017 a taxa de mortalidade por DC foi de 4,2 (Figura 2).

3104

Figura 2. Taxa de mortalidade por DC, segundo regional de saúde de residência, Bahia 2008 a 2017

Regional de saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Salvador	5,4	4,7	5,7	5,7	5,2	4,7	4,9	4,9	4,7	5,0
Feira de Santana	4,7	4,5	4,0	5,6	5,9	5,2	4,4	3,4	3,1	3,8
Alagoinhas	3,0	5,7	6,5	6,3	4,9	4,6	4,7	4,5	3,2	5,2
Santo Antônio de Jesus	24,1	21,4	23,7	18,8	23,4	17,2	17,1	18,6	19,5	16,4
Gandu	0,7	0,3	1,0	0,3	0,0	0,6	0,6	0,6	0,9	1,2
Ilhéus	0,3	0,5	0,6	0,3	0,3	0,0	0,9	0,0	0,3	0,0
Itabuna	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,2	0,2	0,0	0,4	0,8
Eunápolis	0,3	0,3	0,0	0,3	0,0	0,8	0,3	0,0	0,3	0,0
Teixeira de Freitas	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0
Paulo Afonso	0,4	0,0	0,4	1,3	1,3	0,8	0,4	1,9	0,8	0,8
Cícero Dantas	1,3	0,3	0,7	0,3	0,3	2,2	0,0	0,3	0,3	0,0
Serrinha	1,0	0,8	0,8	0,8	1,6	0,3	0,5	0,5	0,3	0,0
Jequié	1,7	1,0	2,4	0,8	1,4	0,4	1,4	1,2	0,2	0,2
Itapetinga	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,4	0,4	0,0
Juazeiro	0,7	0,5	0,8	1,2	1,4	2,2	2,2	1,5	2,4	2,4
Jacobina	14,0	14,7	15,6	15,8	11,3	13,9	9,9	10,4	9,1	12,8
Itaberaba	13,5	13,0	18,4	11,8	13,5	11,9	13,1	8,4	5,4	10,3
Brumado	7,5	3,5	3,6	5,5	4,0	4,1	4,9	3,0	3,0	5,6
Vitória da Conquista	0,3	0,8	0,5	0,9	0,6	0,6	0,7	0,3	0,3	0,6
Irecê	4,2	6,1	6,1	8,1	5,0	6,4	5,2	5,9	7,0	4,9
Ibotirama	2,7	0,5	1,6	1,6	2,7	0,5	0,5	1,5	1,0	2,5
Boquira	5,4	4,7	1,4	2,0	6,1	2,6	2,6	3,2	2,6	3,9
Caetité	1,4	2,3	5,7	1,9	2,9	3,1	1,8	2,6	3,9	3,0
Barreiras	5,6	8,2	8,2	10,6	9,9	9,5	10,9	7,5	7,4	9,0

Santa Maria da Vitória	5,3	4,3	3,4	4,8	2,0	4,5	6,1	3,2	3,8	6,1
Seabra	5,9	3,2	10,2	5,7	3,4	3,7	2,6	4,2	2,6	2,1
Senhor do Bonfim	2,4	0,3	2,1	4,5	3,5	3,6	2,3	3,6	2,9	3,2
Amargosa	4,2	5,3	4,9	1,8	3,6	2,9	1,7	5,1	2,3	4,5
Guanambi	8,7	11,3	12,2	7,6	11,6	11,8	6,3	7,1	8,7	9,5
Cruz das Almas	17,8	15,3	17,2	13,9	20,6	14,5	14,4	14,4	19,4	13,5
Bahia	4,4	4,2	4,9	4,7	4,7	4,3	4,1	3,8	3,8	4,2

Fonte: SESAB/SUVISA/DIS/Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; IBGE - Estimativas de população Taxa por 100.000 habitantes 2019.⁹

Evidencia-se o número de casos notificados da DC com base na macrorregião Bahia no período de 2014 a 2019. O ano de 2014 foi o período com menos notificações da doença. De 2015 a 2019 a macrorregião que apresentou maior número de notificações foi a Norte, com 94 casos notificados da doença, seguida da região Centro-Norte, com 74 notificações. A macrorregião que menos notificou a respeito da doença foi a Nordeste, com 17 notificações, sendo o maior número no ano de 2015 (Figura 3).

Figura 3. Número de casos notificados de DC, por macrorregião de residência, Bahia, 2014 a 2019

Macrorregião Residência	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Centro-Leste	-	11	7	6	16	7	47
Centro-Norte	-	2	16	12	44	-	74
Extremo Sul	-	2	2	1	10	1	16
Leste	-	13	16	12	16	-	57
Nordeste	-	9	-	6	1	1	17
Norte	3	24	13	40	12	2	94
Oeste	-	5	11	26	20	-	62
Sudoeste	1	17	7	13	27	13	78
Sul	-	-	4	11	33	5	53
BAHIA	4	83	76	127	179	29	498

Fonte:SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2019.¹³

Destaca-se o número de casos de DC com base no Município de Residência pelo período de 2008 a 2018. Nota-se que, Salvador apurou 1.108 casos, ou seja, 35,9%. Em outros municípios da Bahia foram apurados 1.300 casos, ou seja, 42,2% (Figura 4).

Figura 4. Número de casos triados para DC, segundo Município de Residência, de 22/02/2008 a 21/02/2018

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	Nº CASOS TRIADOS	%
Salvador	1.108	35,9
Barreiras	262	8,5
Feira de Santana	99	3,2
Juazeiro	82	2,7
LauRo de Freitas	53	1,7
Camaçari	53	1,7
Vitória da Conquista	50	1,6
Jequié	42	1,4
Outros municípios BA	1300	42,2
Outros estados	35	1,1

Fonte: HEMOBA, dados referentes ao período de 22/02/2008 a 21/02/2018. 2019.¹¹

Estão evidenciados a DC, bem como o cenário epidemiológico a seguir. Nota-se que a taxa de mortalidade pela DC, por 100.000 habitantes é elevada em diversos municípios do estado, com destaque para as regiões de saúde de Cruz das Almas, Jacobina e Santo Antônio de Jesus, Itaberaba, Barreiras e Guanambi (Figura 5).

Na regional de Cruz das Almas, que contempla os municípios de Cachoeira, Maragogipe e Sapeaçu, houve elevada taxa de mortalidade nos municípios de Maragogipe e Sapeaçu. Nesta regional o risco de transmissão foi considerado médio.

Na regional de saúde de Jacobina estão contemplados os municípios de Caém, Jacobina, Miguel Calmon, Morro do Chapéu, Saúde, Serrolândia, Tapiramutá e Várzea do Poço, conforme a Portaria 3775/2019. As taxas de mortalidade elevadas da doença foram apontadas nos municípios de Caém, Jacobina e Morro do Chapéu, pelo período de 2017 a 2019. Os demais municípios que compõem a regional de saúde de Jacobina evidenciaram queda nesta variável.

Em relação a regional de Santo Antonio de Jesus, que contempla os municípios de Aratuípe, Conceição do Almeida e Santo Antonio de Jesus evidencia-se taxas elevadas de mortalidade por DC em todos os municípios e risco de transmissão considerado médio.

Na regional de Itaberaba, observa-se taxas elevadas de mortalidade por DC nos municípios de Bonito, Maracajuba, Utinga e Wagner. Para a toda regional o risco de transmissão é considerado médio.

No tocante a regional de Barreiras, o município de Riachão das Neves evidenciou taxa de mortalidade elevada para a doença, sendo considerado um município com risco de transmissão alto.

Quanto a regional de Guanambi, o município de Malhada revelou taxa de mortalidade por DC elevada e risco alto de transmissão.

Figura 5. DC e Cenário Epidemiológico

Regional de saúde	Municípios baianos contemplados portaria 3775/2019	Taxa de mortalidade por DC/100.000 hab. ¹			Taxa cadastro autorreferido SIAB > 15 anos/100.000 hab. ²			Grau de risco transm. Vetorial (2006) ³
		2017	2018	2019	2013	2014	2015	
Alagoíneas	Alagoíneas	5,1	4,6	3,3	38,7	37,1	36,9	Baixo
	Catu	8,9	12,9	3,7	81,8	81,3	80,8	Baixo
	Esplanada	15,9	8,1	10,7	139,2	137,6	136,2	Médio
	Rio Real	0,0	2,5	4,9	37,3	42,0	41,7	Médio
Amargosa	Jiquiriça	6,6	0,0	6,9	93,7	86,7	86,5	Médio
	Mutuipe	8,7	4,5	4,5	91,6	87,9	87,6	Médio
Barreiras	Catolândia	0,0	28,1	0,0	2339,2	2167,9	2096,9	Alto
	Cristópolis	0,0	0,0	21,6	437,0	428,2	524,4	Alto
	Riachão das Neves	30,0	4,5	31,3	3037,6	2982,3	2970,3	Alto
	Wanderley	0,0	0,0	16,3	1222,4	1234,0	1237,7	Alto
Boquira	Boquira	4,5	4,6	0,0	80,4	80,3	80,3	Alto
	Caturama	10,2	10,7	42,9	676,2	676,1	676,1	Alto
	Érico Cardoso	0,0	0,0	0,0	43,4	43,6	43,7	Alto
	Rio do Pires	0,0	0,0	25,7	1063,7	1053,1	1059,3	Alto
Caetitê	Igaporã	12,3	38,4	19,2	1677,1	1618,0	1676,4	Alto
	Riacho de Santana	8,2	11,4	5,6	356,9	340,6	0,0	Alto
Cruz das Almas	Cachoeira	5,7	3,0	14,9	169,4	157,0	156,4	Médio
	Maragogipe	19,5	13,5	22,4	872,3	772,9	770,0	Médio
	Sapeaçu	22,1	11,5	5,7	437,6	414,1	413,3	Médio
Feira de Santana	Mundo Novo	14,6	11,3	29,9	584,5	575,5	0,0	Alto
	Riachão do Jacuipe	2,9	0,0	0,0	8,5	8,5	5,6	Médio
Guanambi	Candiba	0,0	7,0	14,0	413,0	431,5	470,4	Alto
	Iuiu	8,8	36,5	9,1	1261,9	1248,5	1429,7	Alto
	Malhada	11,4	17,8	23,7	1836,0	1837,4	1833,3	Alto
	Matina	16,0	16,5	16,4	1469,4	1457,0	0,0	Alto
Ibotrama	Paratinga	3,0	9,4	0,0	80,6	64,7	64,3	Alto
	Andaraí	0,0	0,0	0,0	95,0	123,9	109,3	Médio
Itaberaba	Bonito	11,7	0,0	23,9	1462,9	1428,6	0,0	Médio
	Itaberaba	4,5	7,8	7,8	38,0	60,5	0,0	Médio
	Macajuba	25,3	35,2	17,6	211,2	177,4	177,4	Médio
	Ruy Barbosa	15,6	19,5	16,2	371,1	352,4	342,0	Médio
Itabuna	Utinga	20,2	5,2	10,4	1142,7	1144,2	0,0	Médio
	Wagner	10,3	21,4	10,7	557,7	535,0	534,4	Médio
Irecê	São José da Vitória	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	Baixo
	Cafarnaum	10,5	10,9	16,3	751,8	699,1	668,6	Alto
	Canarana	11,2	15,4	15,3	569,1	530,5	538,2	Alto
	Ibipeba	0,0	5,5	11,0	48,9	53,9	48,2	Alto
	Ibititá	5,6	11,7	5,8	80,0	74,7	74,8	Alto
	Lapão	0,0	7,4	7,3	102,4	109,4	105,4	Alto
	Mulungu do Morro	16,7	27,0	55,1	1566,7	1637,4	1631,1	Alto
Presidente Dutra	6,4	6,6	0,0	54,7	47,7	47,6	Alto	
Jacobina	Caém	9,9	10,7	10,9	661,6	661,3	0,0	Médio
	Jacobina	9,6	11,2	11,2	212,3	211,6	211,1	Médio
	Miguel Calmon	18,2	38,2	38,4	1091,8	1143,8	1104,0	Médio
	Morro do Chapéu	10,9	8,5	11,3	669,8	646,8	621,0	Médio
	Saúde	22,4	15,5	0,0	102,8	110,3	109,9	Médio
	Serrolândia	21,7	7,5	0,0	460,8	443,3	441,2	Médio
	Tapiramutá	16,8	46,9	29,4	928,2	872,9	931,1	Médio
Várzea do Poço	52,9	21,9	21,8	440,4	427,2	435,4	Médio	
Jequié	Cravolândia	0,0	0,0	0,0	149,8	144,1	0,0	Médio
	Ipiáu	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	Baixo
Juazeiro	Jaguaquara	0,0	0,0	0,0	5,5	5,4	5,4	Médio
	Campo Alegre de Lourdes	0,0	0,0	0,0	36,9	36,8	26,7	Alto
Santa Maria da Vitória	Casa Nova	2,7	1,4	1,4	28,3	26,6	24,9	Médio
	Cocos	5,1	0,0	5,3	285,3	268,9	262,9	Alto
	Correntina	6,0	12,5	12,4	1340,2	1339,0	1335,0	Alto
Santo Antônio de Jesus	Jaborandi	33,1	11,8	0,0	1550,4	1545,4	0,0	Alto
	Aratuípe	0,0	22,7	0,0	371,7	373,5	372,5	Médio
	Conceição do Almeida	21,9	40,4	34,8	922,5	898,7	923,1	Médio
Seabra	Santo Antônio de Jesus	14,5	12,9	24,6	485,9	486,3	476,6	Médio
	Souto Soares	7,8	8,0	4,0	1089,4	1067,3	1038,5	Médio
Senhor do Bonfim	Iraquara	11,4	5,9	17,7	534,5	538,2	511,9	Médio
	Campo Formoso	6,8	5,6	5,6	388,8	378,3	376,4	Alto
BAHIA		4,2	4,2	4,2	117,4	116,5	92,1	

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP. 2019.¹²

DESENVOLVIMENTO

A partir dos dados disponibilizados por Bahia⁷, levando-se em consideração o período de 2007 a 2018 a região Norte da Bahia foi a que registrou maior variação em relação aos casos de DC, sendo o ano de 2008 o período em que houve menor incidência de casos da doença ao passo que o ano de 2016 foi o período em que se evidenciou maior elevação dos casos.

Ainda de acordo com Bahia⁷ os casos de DC favorável à transmissão com base no período informado apresentaram maior incidência de forma oral, seguida por via ignorada e em terceiro lugar por meio vetorial.

Considerando-se o MS, juntamente com a SVS e CGIAE⁸, a taxa de mortalidade por DC a partir do local da residência, Bahia, de 2008 a 2017, evidenciou oscilação revelando grande queda em 2009, alta em 2010, novamente queda de 2011 a 2016 e alta outra vez em 2017. Já em relação à proporção de óbitos da doença a partir da raça e a cor no período de 2008 a 2017, observou-se que a maior proporção foi em relação à cor parda, seguida da raça preta.

Para a SESAB, SUVISA, DIS⁹ a taxa de mortalidade da doença a partir da macrorregião de residência na Bahia no período de 2008 a 2017 revelou que no ano de 2011 a região Centro-Norte foi a que apontou a maior taxa. Já os dados divulgados pelo MS¹⁰ revelaram que o número de casos de DC, a partir de 15 anos no período de 1998 a 2015 foi maior na região Leste, seguida das regiões Oeste e Centro-Norte ao passo que o Extremo-Sul foi a que registrou menos casos da doença.

Segundo o Hemoba¹¹ o número de casos de DC apurado de 2008 a 2018 a partir do sexo revelou que a maior parte eram homens. Ainda conforme o Hemoba¹¹, a faixa etária de 30 a 39 anos foi a que mais revelou casos da doença e a que apresentou menos foi a faixa etária de 60 a 69 anos.

Com base na SESAB, SUVISA e DIVEP¹², a distribuição geográfica da DC, na Bahia no ano de 1996 e entre 2006 e 2010 evidenciou mudança significativa quanto à prevalência da doença, tendo em vista que em 1996 havia grande incidência da doença no estado enquanto que entre 2006 e 2010 os casos da doença reduziram drasticamente. Ainda de acordo com a SESAB, SUVISA e DIS⁹ a taxa de mortalidade da DC considerando-se o regional de saúde de residência Bahia no período de 2008 a 2017 destacou-se que a taxa de mortalidade por DC, nos anos de 2015 e 2016 teve grande queda tendo apresentado a taxa de 3,8.

De acordo com SESAB, SUVISA, DIVEP, SINAN¹³ o número de casos notificados da doença com base na macrorregião de 2014 a 2019 evidenciou que o ano de 2014 foi o período com menor número de notificações. Nos anos de 2015 a 2019 a macrorregião que apresentou maior número de notificações foi a Norte, seguida da região Centro-Norte. Destaca-se que a macrorregião que menos notificou a DC foi a Nordeste.

Baseado no Hemoba¹¹ o número de casos de DC a partir do Município de Residência de 2008 a 2018 revelou o município de Salvador registrou 35,9%. Já em outros municípios da Bahia foram apurados 42,2% casos.

Segundo SESAB/SUVISA/DIVEP¹² a taxa de mortalidade pela DC foi considerada alta em vários municípios do estado, destacando-se Cruz das Almas, Jacobina, Santo Antônio de Jesus, Itaberaba, Barreiras e Guanambi. Com base na regional de saúde de Jacobina as taxas de mortalidade da doença foram apontadas em Caém, Jacobina e Morro do Chapéu, nos anos de 2017 a 2019. Entretanto, os municípios de Miguel Calmon, Saúde, Serrolândia, Tapiramutá e Várzea do Poço apresentaram taxa de mortalidade elevada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados apresentados é possível observar a maior ocorrência da Doença de Chagas em homens, na faixa etária de 30 a 39 anos, de cor parda e a principal via de transmissão que atualmente, é a oral devido o consumo de alimentos contaminados pelas fezes do inseto. Por meio desta pesquisa foi possível observar o perfil epidemiológico, com base na distribuição geográfica da DC, aspectos importantes para gerar informações voltadas para a vigilância de saúde, prevenir a doença e para identificar a necessidade de distribuição de recursos para aumentar o diagnóstico ainda na fase aguda. Sendo assim, salienta-se a importância dos dados e notificações são valiosas e tem grande importância para delimitar riscos quando feitos de maneira correta, com isso, reforça-se a necessidade de preencher a ficha de notificação da forma correta com a informação da maior quantidade de dados possíveis e conhecida.

3109

REFERÊNCIAS

- 1 – Rassi, Anis Júnior; Rassi, Anis; Rezende, Joffre Marcondes. American trypanosomiasis (Chagas disease). *Infect Dis Clin North Am.*, 26(2):275-91, jun, 2012.
- 2 – Bern, Caryn. Chagas disease. *N Engl J Med*, 373;5, july, 2015.
- 3 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde. 2ª edição, Brasília, DF, 2017.

4 - Goiás. Doenças de Chagas. 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/biblioteca/7585-doen%C3%A7as-de-chagas>. Acesso em 05 out. 2021.

5 - Dias, João Carlos Pinto et al. II Consenso brasileiro de doença de Chagas. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(núm. esp.): 7-86, 2016.

6 - Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. Número de óbitos por doença de Chagas, por unidade da federação de residência e ano do óbito. Dados acessados em 11 f.

7 - Bahia, Governo do Estado. Panorama epidemiológico da Doença de Chagas no Brasil e na Bahia. Seminário Regional sobre Doença de Chagas.

8 - MS/SVS/CGIAE - Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Informações e Análises. Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2019.

9 - SESAB/SUVISA/DIS/ - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM; IBGE - Estimativas de população Taxa por 100.000 habitantes 2019.

10 - Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, 2019.

11 - HEMOBA - Hemocentro da Bahia. Dados referentes ao período de 22/02/2008 a 21/02/2018. 2019.

12 - SESAB/SUVISA/DIVEP - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. 2019.

13 - SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2019.