



BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

Análise descritiva dos casos notificados e óbitos de doença de Chagas crônica no Distrito Federal

1 INTRODUÇÃO

A doença de Chagas (DC), causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, é uma condição infecciosa que apresenta curso clínico bifásico, com uma fase aguda caracterizada por sinais e sintomas inespecíficos, e quando não tratada oportunamente, pode se manifestar nas formas clínicas indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva (1,2), impactando a qualidade de vida dos indivíduos, gerando elevada carga para os serviços de saúde e persistindo como uma problema de saúde pública (3).

Com o objetivo de fortalecer a vigilância, o Ministério da Saúde definiu, em 2020, a doença de Chagas crônica (DCC) como de notificação compulsória nacional (4,5). Em janeiro de 2023, foi disponibilizado na plataforma e-SUS Notifica o formulário específico para registro de casos confirmados de DCC (5). O Distrito Federal (DF) iniciou a utilização do sistema em junho de 2023, após treinamento oferecido à rede.

Embora a doença de Chagas não seja endêmica no DF, o território é considerado de alta vulnerabilidade para DCC, em razão de um índice que considera as taxas de morbimortalidade, o acesso a serviços de saúde e outros indicadores epidemiológicos (6). O DF encontra-se entre as três Unidades Federativas com maiores valores para o índice de vulnerabilidade, conforme Boletim Especial do Ministério da Saúde (Goiás: 0,739; Minas Gerais: 0,523 e Distrito Federal: 0,494) (6).

Desde 2014, o DF instituiu o rastreamento sorológico para DC e outras doenças em gestantes no âmbito do Programa de Triagem Pré-Natal (PTPN) o que tem contribuído para a identificação de casos crônicos em mulheres em idade reprodutiva e também para o desenvolvimento das ações de transmissão vertical, ampliando as estratégias de vigilância (7).

Entretanto, o cenário epidemiológico da DCC no DF ainda permanece pouco conhecido. Nesse contexto, o presente Boletim Epidemiológico apresenta uma análise descritiva dos casos notificados de doença de Chagas crônica em residentes no DF, bem como dos óbitos associados, a fim de

subsidiar o aprimoramento das estratégias de vigilância, diagnóstico oportuno e assistência à população afetada.

2 MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal.

2.2 Fonte e coleta de dados

Os dados analisados incluem as notificações de doença de Chagas crônica disponíveis no sistema e-SUS Notifica, em residentes do Distrito Federal e dados de mortalidade disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) da SES/DF.

Foram utilizados dados secundários das fontes:

- 1) O banco de dados gerado pela Ficha de Notificação para doença de Chagas crônica de casos registrados no e-SUS Notifica entre 01 de janeiro de 2023 e 30 de junho de 2025, exportado em 04 de agosto de 2025.
- 2) Dados de mortalidade por DCC no DF, referente aos anos de 2015 a 2024, acessados em 01 de agosto de 2025 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF).
- 3) População por Região Administrativa do Distrito Federal (8).

2.3 Análise de dados

Foram realizadas análises descritivas utilizando o *software* Tabwin®, Microsoft Excel® 2016 para cálculo de frequências absolutas e relativas e QGIS® para distribuição espacial da prevalência.

Foram considerados os óbitos com o CID-10 B57 para doença de Chagas crônica (B57.2, B57.3, B57.4 e B57.5) de residentes do Distrito Federal.

Foram utilizadas as variáveis de: Região Administrativa, ano do óbito, sexo, idade, e raça/cor. Foi critério de exclusão 17 registros de óbito sem classificação de Região Administrativa de residência.

O cálculo da taxa de mortalidade por 100 mil habitantes foi realizado com base na estimativa populacional da CODEPLAN, para os anos de 2015 a 2024.

3 RESULTADOS

3.1 Análise descritiva dos casos confirmados no e-SUS Notifica

No período de 30 meses considerado, foram identificados 1.156 casos notificados de doença de Chagas crônica, correspondendo a uma prevalência no DF de 36,1 por 100.000 habitantes. Do total de notificações, 62,54% (n=723) eram do sexo feminino. Em relação à faixa etária, 25,09%

(n=290) concentraram-se entre 70 a 79 anos, seguido por 22,66% (n=262) entre 60 e 69 anos. A média das idades foi de 63,5, com desvio padrão de 14,9 e a mediana de 66,0.

Do total de notificações, em 96,11% (n=1.111) havia informação sobre raça/cor. Entre essas, a maioria era de pessoas que se autodeclararam como pardas, representando 64% (n=711), seguidas por 19,62% (n=218) brancas.

Quanto à escolaridade, observou-se que 33,48% (n=387) das notificações tinham a informação preenchida. Destas, predominou o ensino fundamental incompleto, com 14,27% (n=165), seguido do ensino médio completo, com 8,30% (n=96). Destaca-se ainda que 4,15% (n=48) dos indivíduos não possuíam escolaridade.

A Tabela 1 descreve as características demográficas do total das notificações, incluindo aquelas com informações ignoradas ou em branco.

Tabela 1. Características sociodemográficas das notificações de doença de Chagas crônica (DCC) – Distrito Federal, janeiro de 2023 a junho de 2025.

Variável	Notificações de DCC	
	n	%
Sexo designado ao nascer		
Feminino	723	62,54
Masculino	433	37,46
Faixa etária		
20 a 29 anos	14	1,21
30 a 39 anos	45	3,89
40 a 49 anos	179	15,48
50 a 59 anos	203	17,56
60 a 69 anos	262	22,66
70 a 79 anos	290	25,09
≥80 anos	163	14,11
Raça/cor		
Amarela	88	7,61
Branca	218	18,86
Indígena	1	0,09
Parda	771	61,51
Preta	93	8,04
Ignorado	45	3,89
Escolaridade		
EF Incompleto	165	14,28

EF Completo (Até 9º ano)	71	6,14
EM Incompleto	31	2,68
EM Completo (Até 3º ano)	96	8,30
Superior	24	2,08
Nenhuma	48	4,15
Ignorado/Em branco	721	62,37

Fonte: e-SUS Notifica - Dados provisórios sujeitos à atualização e extraídos em 04/08/2025.

No que se refere às Unidades da Federação (UF) de provável infecção, essa informação foi registrada em 42,73% (n=494) das notificações. Dentre esses registros, a Bahia apresentou maior frequência, com 24,49% (n=121), seguido do Distrito Federal com 21,26% (n=105), Goiás com 19,43% (n=96), Minas Gerais com 17,41% (n=86), e Piauí com 6,88% (n=34). As demais UF concentram, em conjunto, 10,52% (n=52) das notificações.

Ao analisar a forma de suspeição dos casos (Tabela 2), 31,06% (n= 359) foram identificados por meio de busca ativa/rastreamento, seguido de 24,48% (n=283) por demanda espontânea em hospitais ou serviços especializados. A participação da Atenção Primária à Saúde (APS) foi de 6,66% (n=77) por demanda espontânea e outros 4,50% (n=52) por rastreamento na APS.

Tabela 2. Número de casos de doença de Chagas crônica (DCC) por porta de entrada para suspeição – Distrito Federal, janeiro de 2023 a junho de 2025.

Modo de Suspeição	Notificações de DCC	
	n	%
Banco de sangue	24	2,07
Busca ativa de familiares	4	0,35
Busca ativa em registros (prontuários, etc.)	234	20,24
Comitê investigação de Óbito	4	0,35
Demanda espontânea - UBS	77	6,66
Demanda espontânea: Hospital ou serviço especializado	283	24,48
Outros	25	2,16
Pré-Natal	84	7,27
Rastreamento na APS	52	4,50
Rastreamento/Busca ativa	359	31,06
Receptor em transplante de órgãos/tecidos	3	0,26
Serviço de assistência em HIV/aids	2	0,17
Triagem para doador de órgãos/tecidos	5	0,43

Fonte: e-SUS Notifica - Dados provisórios sujeitos à atualização e extraídos em 04/08/2025.

Das 188 mulheres em idade fértil notificadas, 43,09% (n=81) foram detectadas durante o pré-natal.

Em relação às Unidades Notificadoras (Tabela 3), verificou-se predomínio de registros oriundos de hospitais com 61,76% (n=714) das notificações, seguido da Rede de Frio (NVEPI) com 15,40%.

Tabela 3. Casos de doença de Chagas crônica (DCC) por tipo de unidade notificadora - Distrito Federal, janeiro de 2023 a junho de 2025.

Unidade Notificadora	Notificações de DCC	
	n	%
Atenção Primária à Saúde (APS)	152	13,15
Hospital	714	61,76
Policlínica	1	0,09
Rede de Frio/ NVEPI	178	15,40
SES/GVDT	28	2,42
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	9	0,78
Outros	74	6,40

Fonte: e-SUS Notifica - Dados provisórios sujeitos à atualização e extraídos em 04/08/2025.

Em relação ao bloco que indica o acompanhamento dos pacientes, em 55,27% (n=638) dos registros seu preenchimento não foi iniciado. Entre os pacientes que estão em acompanhamento (n=517), a forma clínica mais frequente é a cardíaca leve/moderada com 25,15% (n=130), seguida pela forma indeterminada (n=111; 21,47%) e pela forma cardíaca avançada (n=97; 18,76%) (Tabela 4).

Tabela 4. Casos de doença de Chagas crônica (DCC) segundo forma clínica da doença - Distrito Federal, janeiro de 2023 a junho de 2025. N=517

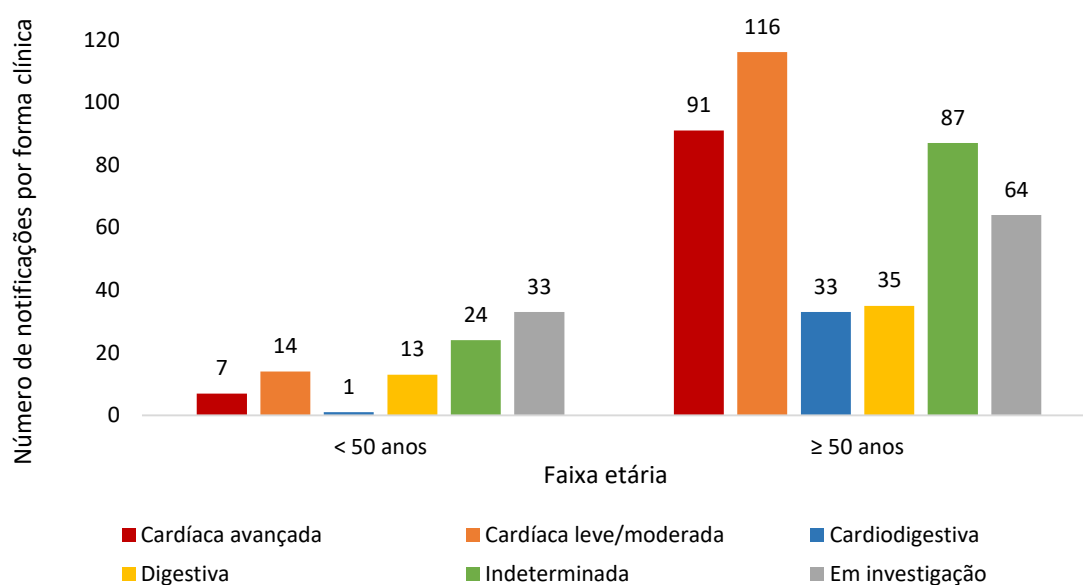
Forma clínica	Notificações de DCC	
	n	%
Cardíaca avançada	97	18,76
Cardíaca leve/moderada	130	25,15
Cardiodigestiva	34	6,58
Digestiva	48	9,28
Indeterminada	111	21,47
Em investigação	97	18,76

Fonte: e-SUS Notifica - Dados provisórios sujeitos à atualização e extraídos em 04/08/2025.

Quando realizada a distribuição de casos por faixa etária e forma clínica da DCC, 82,34% (n=426) são de pacientes com 50 anos ou mais. Nesse grupo etário, destacou-se a predominância da forma “cardíaca leve/moderada” (27,23%; n=116), seguida pela forma “cardíaca avançada” (21,36%; n=91). Entre as pessoas com menos de 50 anos (n=92), as formas mais frequentes foram a “indeterminada” e a “cardíaca leve/moderada” (41,30%; n=38). Os casos em investigação representaram 35,87% (n=33) nos menores de 50 anos e 15,02% (n=64) nos de 50 anos ou mais (Figura 1).

Dos 85 pacientes com indicação de tratamento (pacientes menores de 50 anos com forma clínica indeterminada, cardíacas leve ou digestiva), apenas 7,06% (n=6) foram tratados. Outros 146 casos menores de 50 anos, que não estão em acompanhamento, não foram possíveis especificar a necessidade de tratamento.

Figura 1. Casos notificados com DCC em acompanhamento, de acordo com a forma clínica e faixa etária recomendada para tratamento. Distrito Federal, janeiro de 2023 a junho de 2025.



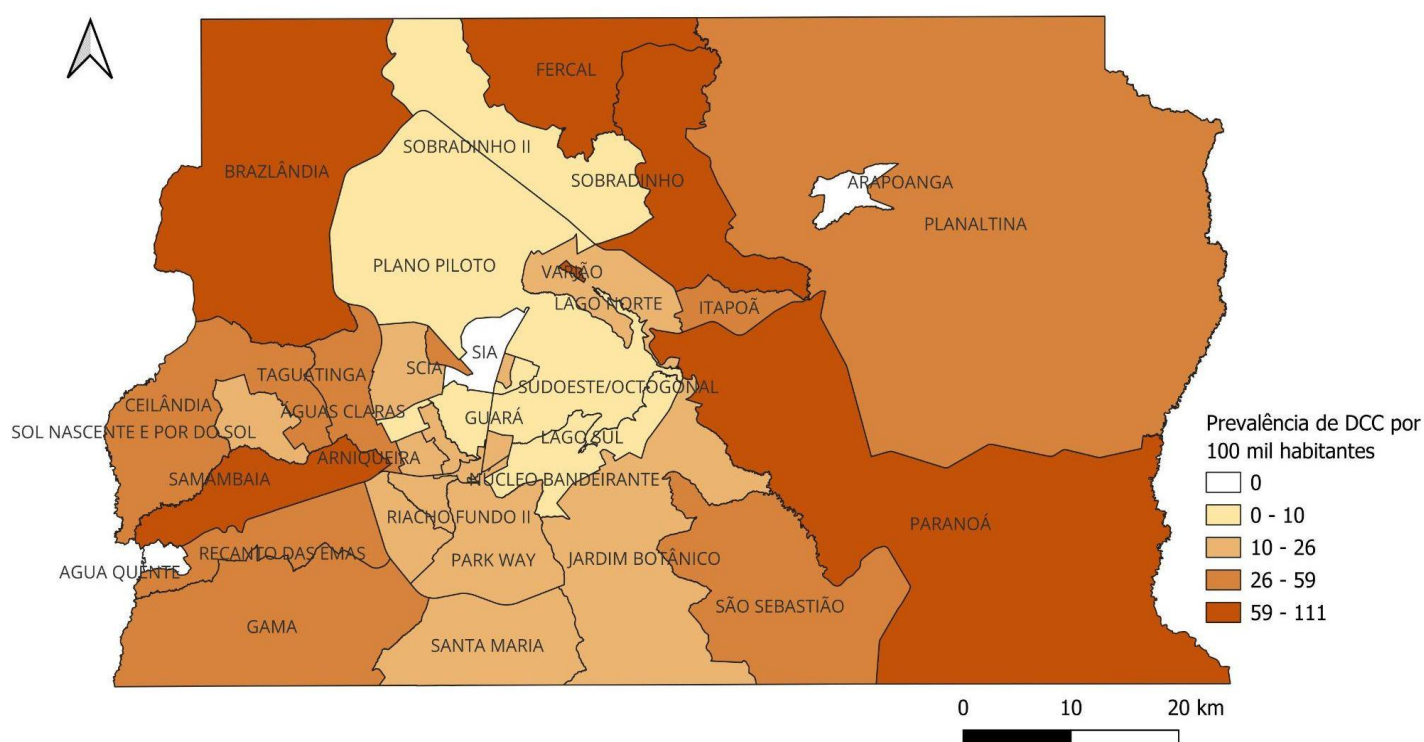
Fonte: e-SUS Notifica - Dados provisórios sujeitos à atualização e extraídos em 04/08/2025.

Dos pacientes notificados, 23,70% (n=274) possuíam situação de encerramento preenchida. Destes, 78,47% (n=215) permanecem em acompanhamento clínico, 6,20% (n=17) foram a óbito por Chagas e 15,33% (n=42) foram a óbito por outras causas. Das 882 notificações que não possuem situação de encerramento preenchida, 50,23% (n=443) passaram do tempo oportuno, que é de 180 dias.

Das 517 notificações com bloco de acompanhamento iniciado, 50,48% (n=261) preencheram que não foi realizada a busca ativa de parentes/familiares.

Quanto à distribuição espacial da prevalência da DCC por Região Administrativa (RA) de residência, as maiores taxas de prevalência da DCC, por 100 mil habitantes foram observadas na RA Paranoá (111,2), Varjão (97,7), Sobradinho e Brazlândia (76,9), Fercal (73,6) e Samambaia (60,9) (Figura 2). No DF, a prevalência geral da DC foi de 36,11/ 100.000 habitantes.

Figura 2. Distribuição espacial da prevalência da doença de Chagas crônica, segundo Região Administrativa de residência. Distrito Federal, 2023-2024.

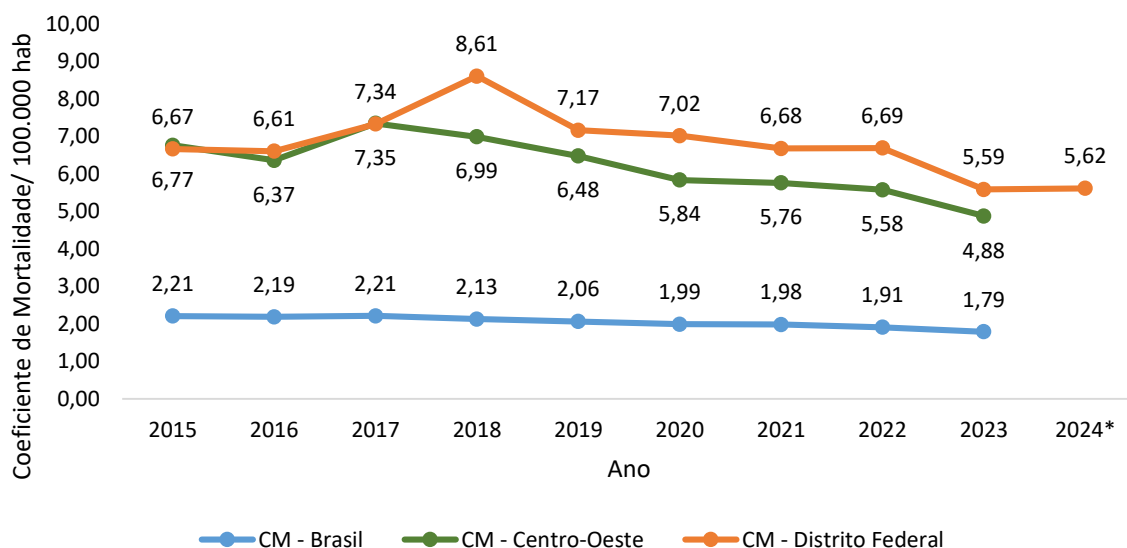


Fonte: e-SUS Notifica - Dados provisórios sujeitos à atualização e extraídos em 04/08/2025 e Codeplan, Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030, 2022.

3.2 Mortalidade por doença de Chagas crônica no Distrito Federal

O coeficiente de mortalidade (CM) para a doença de Chagas no DF manteve-se acima dos observados tanto na Região Centro-Oeste quanto no Brasil. O ano com maior coeficiente foi 2018 e menor, 2023 (Figura 3).

Figura 3. Coeficiente de Mortalidade específica por doença de Chagas crônica no Distrito Federal, Região Centro-Oeste e Brasil (por 100.000), de 2015 a 2024.

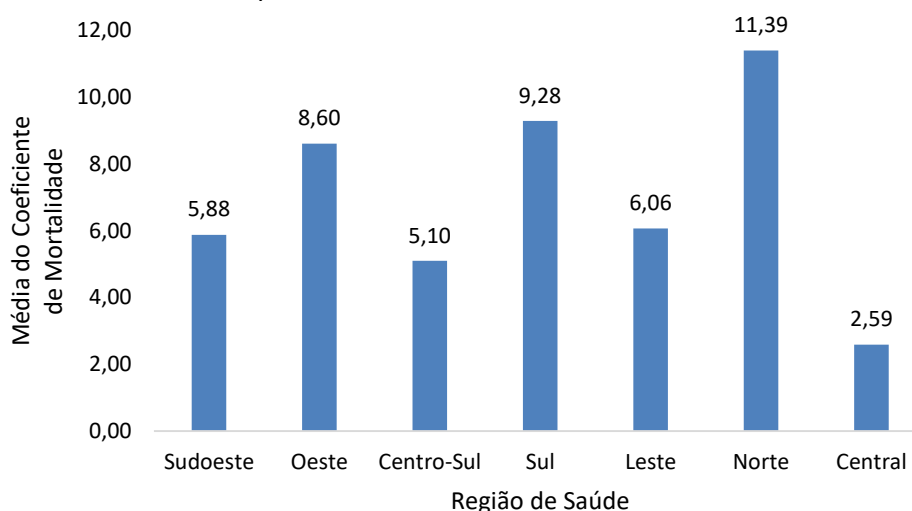


* Dados de 2024 disponíveis somente para o DF e sujeitos a alterações.

Fonte: SESDF e MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e Codeplan - Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030, 2022.

Foram obtidos 2.100 registros de óbito por doença de Chagas crônica em residentes do DF no período analisado. Entre as Regiões de Saúde, a Região Norte apresentou o maior coeficiente de mortalidade médio no período de 2015 a 2024, com 11,39 óbitos/100 mil habitantes. O segundo maior foi da Região Sul, com 9,28 óbitos por 100 mil hab. (Figura 4). O coeficiente de mortalidade específica por DCC por Região de Saúde de residência e ano de ocorrência encontra-se no Apêndice 1 deste Boletim.

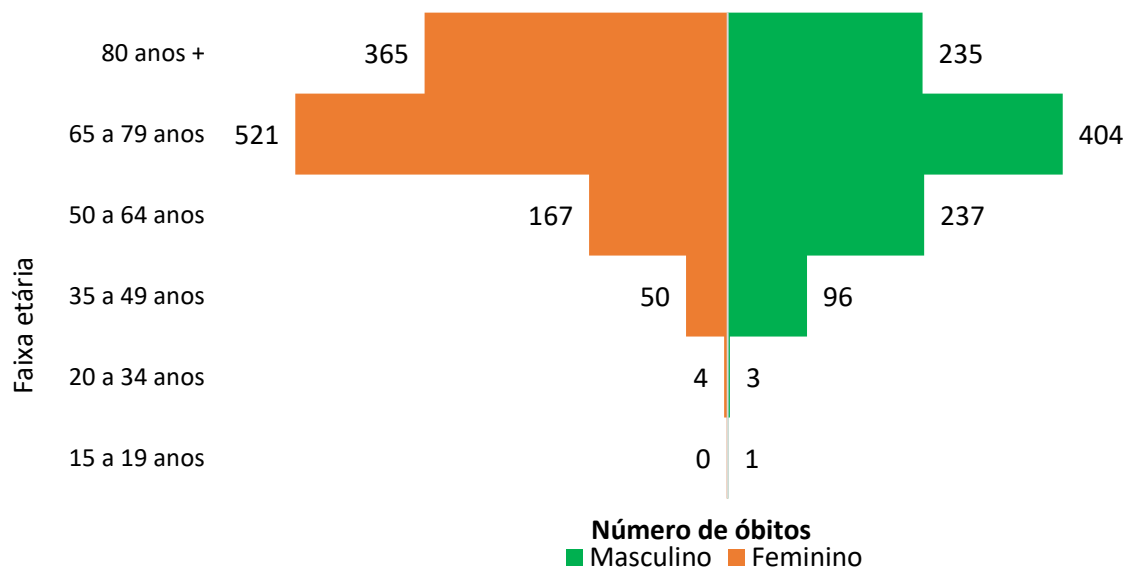
Figura 4. Coeficiente médio de mortalidade específica por doença de Chagas crônica por Região de Saúde de residência. Distrito Federal, 2015 a 2024.



Fonte: SESDF e Codeplan, Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020-2030, 2022.

Quanto ao sexo, dos 2.083 óbitos com informação disponível, verificou-se o predomínio do sexo feminino, com 53,14% (n=1.107) dos registros. A faixa etária com maior número de óbitos foi a de 65 a 79 anos, como mostra a Figura 5.

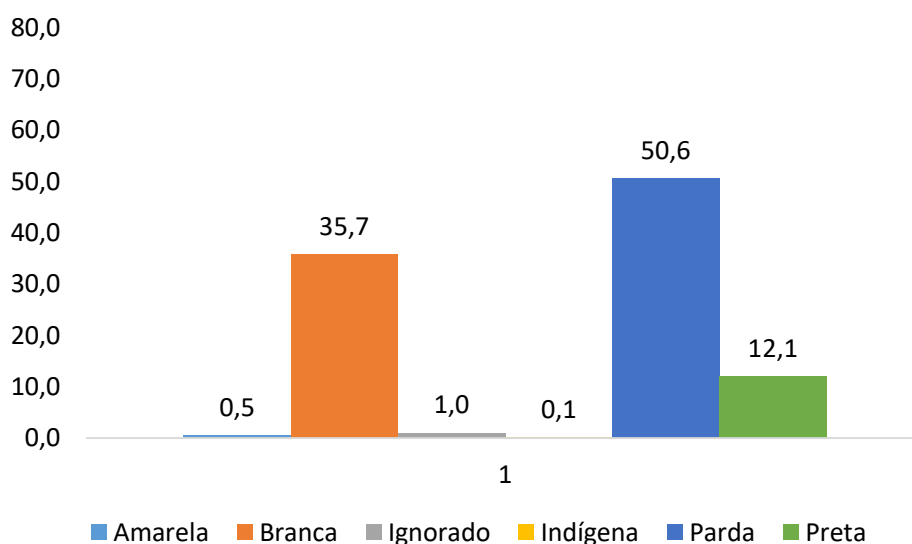
Figura 5. Pirâmide etária dos óbitos por doença de Chagas crônica, no Distrito Federal, de 2015 a 2024.



Fonte: SESDF.

No período analisado, observou-se predomínio de óbitos em pessoas com identificação de raça/cor parda, correspondendo a 50,6% (n=1.054). Em seguida, destaca-se raça/cor branca, com 35,7% (n=745), e preta, com 12,1% (n=252). Apenas 1,0% (n=21) dos registros permaneceram como ignorados (Figura 6).

Figura 6. Gráfico de proporção de raça/cor das pessoas que foram a óbito por doença de Chagas crônica no Distrito Federal, de 2015 a 2024. (N=2083)



Fonte: SESDF.

4 DISCUSSÃO

A recente implantação do e-SUS Notifica representa um avanço significativo na estruturação do sistema de vigilância da doença de Chagas crônica, visto que foi desenvolvido para aprimorar a coleta de dados, facilitar o acesso à informação e fortalecer as ações de saúde pública.

A análise dos dados de DCC no Distrito Federal oferece uma oportunidade de reconhecimento inicial do cenário epidemiológico local. O perfil de mortalidade observado reforça o impacto da DCC sobre a população afetada e sinaliza a importância do acompanhamento e do rastreamento, incluindo familiares, como estratégia para ampliar a identificação precoce de novos casos e, consequentemente, favorecer o acompanhamento clínico oportuno para os pacientes.

Os resultados apontam que, no período analisado, o perfil das notificações de DCC no DF manteve características semelhantes ao apresentado no Brasil, com maior ocorrência em mulheres, em faixas etárias mais avançadas, pessoas pardas e EF incompleto (9). Os campos em branco em relação à escolaridade no DF foram superiores ao encontrado no Brasil, que apresentou 35,0% (9).

A análise da provável Unidade Federada de infecção demonstra a procedência de indivíduos de estados com elevadas prevalências (10), como Bahia, Goiás e Minas Gerais, possivelmente decorrente do fluxo migratório de pacientes (6) e proximidade territorial destes estados com o Distrito Federal.

No que se refere à porta de entrada, os achados evidenciam a limitada participação da Atenção Primária à Saúde (APS) no diagnóstico da DCC no Distrito Federal, o que fragiliza a integralidade do cuidado e dificulta o acompanhamento longitudinal dos pacientes. As Unidades Básicas de Saúde têm papel essencial, não apenas como notificadores, mas também no manejo clínico dos pacientes que apresentam quadro clínico sem gravidade, pela avaliação de risco e no encaminhamento para serviço especializado (2).

Esse cenário dialoga com a literatura, que aponta o protagonismo da APS na abordagem integral da DCC, recomendando que, sempre que possível, o modelo de atenção seja descentralizado, assegurando acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento nesse nível de atenção (3). Além disso, para romper o ciclo histórico de negligência em torno da doença, é imprescindível que o Sistema Único de Saúde fortaleça a atuação da APS, garantindo protocolos atualizados de manejo clínico, capacitação dos profissionais de saúde e condições materiais adequadas para a oferta de diagnóstico e tratamento, sobretudo em áreas de maior vulnerabilidade (11).

Quanto às formas clínicas, na faixa etária de menores de 50 anos, a maior proporção é a forma clínica em investigação, seguida pela forma indeterminada, que indica oportunidade de intervenção,

uma vez que há possibilidade de tratamento e prevenção da progressão clínica, a fim de minimizar complicações futuras e reduzir a carga da DCC no DF (2,12).

A análise espacial revelou heterogeneidade na distribuição da DCC entre as Regiões Administrativas (RA) do DF. As maiores taxas foram observadas no Paranoá, Varjão, Sobradinho, Brazlândia, Fercal e Samambaia, regiões que combinam fatores como infraestrutura/ambiência urbana e fatores socioeconômicos, conforme demonstrado no Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal (IVS-DF) 2018-2021 (13).

A prevalência no DC no DF no período de análise foi de 36,11/100.000 habitantes, valor superior à estimativa realizada no estudo por Laporta em 2024, cujo a prevalência foi de 0,13 a 0,19 (10). Tal padrão pode ser superior ao encontrado tendo em vista as altas taxas de mortalidade e provável subnotificação decorrente da recente implantação do e-SUS Notifica (4).

As inconsistências identificadas na coleta de dados, bem como a elevada proporção de campos não preenchidos sobre acompanhamento e tratamento, apontam para uma lacuna importante no entendimento sobre a relevância da notificação e da continuidade do cuidado, especialmente no manejo clínico de pacientes em fase indeterminada da doença. Esse cenário reflete uma baixa sensibilidade dos profissionais de saúde em relação à DCC, o que compromete a adoção de condutas oportunas. De acordo com De Sousa (3), o conhecimento insuficiente sobre a doença e sobre as pessoas que ela afeta, associado ao custo elevado e à escassez de ferramentas diagnósticas e terapêuticas, além das limitações políticas no planejamento do atendimento integral, representam barreiras significativas para o enfrentamento da enfermidade. A autora reforça ainda que a escassez de conhecimento entre os profissionais de saúde constitui um dos principais entraves à efetividade da vigilância e da assistência à população afetada (3).

As elevadas taxas de mortalidade por DCC observadas no DF, quase três vezes superiores às médias nacionais, chamam atenção para a gravidade do cenário local. Embora a predominância de óbitos em pessoas de idade avançada seja compatível com a evolução natural da doença, que tende a manifestar complicações após décadas da infecção, a magnitude dessas taxas provavelmente não pode ser explicada apenas pelo envelhecimento da população afetada (12). Esse padrão pode refletir falhas na atenção à saúde, incluindo limitações no diagnóstico precoce, acompanhamento clínico irregular e subutilização do tratamento específico quando indicado. Além disso, a discrepância entre as elevadas taxas de mortalidade e o número relativamente restrito de notificações pode estar relacionada tanto a limitações na captação de casos quanto ao recente processo de implantação do sistema de vigilância, ainda em fase de consolidação no Distrito Federal.

A recente implantação do sistema de vigilância da DCC no DF pode ser um fator de limitação deste estudo e os dados obtidos podem não representar o real cenário epidemiológico desta doença. Nesse contexto, este boletim trouxe um registro inicial dos casos notificados no sistema e-SUS Notifica e pode ser contribuição para o aumento da visibilidade da doença no DF, direcionamento de políticas públicas e eventuais recursos públicos, elaboração de linha de cuidado e fluxogramas para a garantia do cuidado integral do paciente acometido com doença de Chagas crônica, bem como a minimização de gastos públicos empregados na manutenção das formas graves da doença no DF.

Será necessário empregar esforços para ampliar as ações de sensibilização e qualificação das equipes de saúde para o adequado registro e acompanhamento dos casos. Essas medidas podem contribuir para aumentar o número de notificações, favorecer o diagnóstico e o tratamento precoces e assegurar o seguimento dos pacientes, resultando em impacto positivo na saúde da população e no controle da doença de Chagas.

5 RECOMENDAÇÕES

- À Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP): recomenda-se articular ações de vigilância e assistência integradas com a Coordenação de Atenção Primária (COAPS) de modo a priorizar a pauta da doença de Chagas enquanto importante problema de saúde pública no Distrito Federal;
- À COAPS: recomenda-se a construção de uma linha de cuidado para os pacientes portadores de DCC, incluindo fluxogramas de atendimento nos níveis de atenção à saúde primário, secundário e terciário, sendo a vigilância epidemiológica transversal em todos os níveis;
- À Gerência de Vigilância das Doenças Transmissíveis (GVDT), recomenda-se:
 - Intensificar treinamentos sobre a DCC, em parceria com os Núcleos de Vigilância Epidemiológica (NVEPI), direcionados especialmente para profissionais das UBS e hospitais, reforçando a importância da notificação e do acompanhamento dos casos no e-SUS, de modo a fortalecer o cuidado à saúde dos indivíduos acometidos pela doença de Chagas reduzindo a morbimortalidade;
 - Aprimorar os fluxos de comunicação de resultados de exames entre os setores de vigilância epidemiológica envolvidos (GVDT/NVEPI e NVEPI/NHEP/UBS), com implementação de mecanismos de monitoramento contínuo para identificar os principais obstáculos que estão gerando subnotificações;

- Ampliar a divulgação e difusão das notas técnicas entre profissionais de saúde e gestores via SEI e site oficial da SES, garantindo que as orientações atualizadas sejam facilmente acessíveis em todas as unidades de saúde.
- Aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização (NVEPI), recomenda-se: fortalecer as rotinas de monitoramento das notificações, do seguimento e do encerramento dos casos, assegurando a qualidade e completude das informações, especialmente dos campos essenciais, além de estimular a continuidade do cuidado por meio da avaliação do bloco de acompanhamento. A presença do DF no ranking das unidades federadas de provável infecção alerta para a necessidade de aprimorar a vigilância da doença.
- Aos Núcleos de Vigilância Hospitalar (NHEP): recomenda-se notificar os casos de DCC internados que não foram notificados, bem como estabelecer fluxo de comunicação com os NVEPI, assegurando a continuidade do cuidado ao paciente após a alta hospitalar.
- Às equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), recomenda-se:
 - Priorizar o fortalecimento de estratégias de busca ativa de mulheres em idade fértil e gestantes com diagnóstico de DCC no território, prevenindo complicações durante a gravidez e pós-parto assegurando o acompanhamento adequado da mãe e recém-nascido com suspeita de transmissão vertical de DC;
 - Realizar anualmente acompanhamento dos pacientes diagnosticados com DCC, com prioridade para aqueles nas formas leves ou indeterminadas, garantindo a realização de exames preconizados, tratamento oportuno de casos elegíveis e encaminhamento aos demais níveis de atenção caso necessário;
 - Realizar busca ativa e rastreamento de familiares expostos.

6 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Guia de Vigilância em Saúde: Volume 2. [Internet]. 5o edição. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, organizadores. Vol. 6a edição revisada. 2024. 851–884 p. Brasília-DF.
2. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas [Internet]. Brasília; 2018. 1–141 p. Disponível em: <http://conitec.gov.br>.
3. De Sousa AS, Vermeij D, Ramos AN Jr, Luquetti AO. Chagas disease. Lancet. 2024 Jan 13;403(10422):203-218. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01787-7. Epub 2023 Dec 7. PMID: 38071985.
4. Brasil. 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 de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. [Internet]. Gabinete do Ministro, Ministério da Saúde,

- organizadores. Brasília; 2020. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1061_29_05_2020.html
5. Maviana E, Santos T, Carolina F, Mayara M, Lima M, Martins M, et al. Guia para notificação de doença de Chagas crônica (DCC) [Internet]. Brasília; 2023 [citado 11 de fevereiro de 2023]. 53 p. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas/arquivos/2023/guia-para-notificacao-de-doenca-de-chagas-cronicas-dcc>.
 6. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Territorialização e vulnerabilidade para doença de Chagas crônica [Internet]. Brasília; 2022, Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-especial-de-doenca-de-chagas-numero-especial-abril-de-2022>
 7. Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria N° 355, de 29 de dezembro de 2016 [Internet]. Brasília: Governo do Distrito Federal; 2016 p. 17–8. Disponível em:
https://www.dodf.df.gov.br/index/visualizar-arquivo/?pasta=2017|01_Janeiro|DODF%20011%2016-01-2017|&arquivo=DODF%20011%2016-01-2017%20INTEGRA.pdf
 8. CODEPLAN – COMPANHIA DE PLANEJAMENTO DO DISTRITO FEDERAL. Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2020 – 2030 Resultados. Estudo. Brasília: Codeplan, 2022.
 9. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Análise descritiva: um ano de implementação da notificação de doença de Chagas crônica no Brasil. Volume 55, Abril de 2024. [Internet]. Brasília; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-chagas/boletim-epidemiologico-volume-55-no-08>.
 10. Laporta, Gabriel Zorello et al. Estimativa de prevalência de doença de Chagas crônica nos municípios brasileiros. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. v. 48 [Acessado 25 Setembro 2025] , e28. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.28>>. ISSN 1680-5348.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.28>.
 11. Ferreira AM, Sabino EC, Moreira HF, Cardoso CS, Oliveira CDL, Ribeiro ALP, et al. Avaliação do conhecimento acerca do manejo clínico de portadores da doença de Chagas em região endêmica no Brasil. Vol. 21. 2018.
 12. Carlos Pinto Dias J, Novaes Ramos A, Dias Gontijo E, Luquetti A, Aparecida Shikanai-Yasuda M, Rodrigues Coura J, et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. junho de 2016;25(21):1–10. Disponível em: http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742016000500007&scielo=S2237-96222016000500007.
 13. IPEDF – INSTITUTO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA DO DISTRITO FEDERAL. Evolução do Índice de Vulnerabilidade Social do Distrito Federal (IVS-DF) 2018-2021. Relatório. Brasília: IPEDF, 2024. Disponível em:
<https://www.ipe.df.gov.br/w/indice-de-vulnerabilidade-social-do-distrito-federal-ivs-df-2018-2021>. Acesso em: 25 ago 2025.

Apêndice 1. Coeficiente de mortalidade (CM) por 100 mil habitantes específica por doença de Chagas crônica por Região Administrativa de residência. Distrito Federal, 2015 a 2024.

[illegible]

Sobradinho	12,57	8,44	7,05	8,44	12,66	13,56	8,07	13,40	4,00	11,93
Sobradinho II	4,96	3,77	7,58	8,87	8,90	7,66	5,07	3,79	8,79	3,75
Sol Nascente/Pôr do Sol	-	-	-	-	-	6,59	5,36	0,00	5,17	4,06
Sudoeste/Octogonal	0,00	0,00	1,86	1,84	0,00	0,00	0,00	1,77	1,75	0,00
Taguatinga	7,36	8,36	11,26	13,61	6,28	12,01	8,55	7,54	3,27	6,02
Varjão do Torto	22,61	0,00	11,39	0,00	56,68	0,00	0,00	11,07	0,00	10,86
Vicente Pires	4,29	2,85	5,64	9,75	9,64	2,58	2,54	2,52	6,22	1,23
CM do DF	6,67	6,61	7,34	8,61	7,17	7,02	6,68	6,69	5,59	5,62

Nota: A escala de cor classifica os valores de cada série anual a partir do valor médio (percentil 50): valores acima da média (tons de vermelho), abaixo (tons de verde) e médios (tons de amarelo).

Fonte: SESDF.

Subsecretaria de Vigilância à Saúde – SVS

Fabiano dos Anjos Pereira Martins - Subsecretário

Diretoria de Vigilância Epidemiológica – Divep

Juliane Maria Alves Siqueira Malta- Diretora

Gerência de Vigilância das Doenças Transmissíveis - GVDT

Aline Duarte Folle – Gerente

Elaboração:

Gizeli de Lima Pedroso Gonçalves – Área Técnica GVDT

Karenina Melo Miranda Oliveira – Residente FIOCRUZ/GVDT

Marília Graber França - Área Técnica GVDT

Revisão:

Aline Duarte Folle