



PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA ESQUISTOSSOMOSE NA REGIÃO OESTE DA BAHIA: UMA ANÁLISE DE 2014 A 2023

ARTIGO ORIGINAL

MENDES, Daniela Silva¹, SILVA, Sarah Moura da², BORTOLI, Gabriela Lopes de³,
MENEZES, Lainara Hanna Bastos da Silva⁴, Luna Sofia de Souza Genovevo⁵,
SILVA, Blanda Oliveira⁶, COSTA, Lorena Laine Souza⁷, DOBRACHINSKI, Leandro⁸

MENDES, Daniela Silva *et al.* **Perfil clínico-epidemiológico da esquistossomose na região oeste da Bahia: Uma análise de 2014 a 2023.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 11, Ed. 06, Vol. 01, pp. 85-108. Junho de 2026. ISSN: 2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/esquistossomose>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/esquistossomose

RESUMO

A esquistossomose é uma doença parasitária crônica, de transmissão hídrica, considerada um importante problema de saúde pública em áreas endêmicas do Brasil, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidade socioambiental. Objetivou-se analisar o perfil clínico-epidemiológico dos casos confirmados de esquistossomose na região oeste da Bahia, entre 2014 e 2023. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, de base ecológica e abordagem quantitativa, fundamentado em dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), obtidos por meio da plataforma TABNET/DATASUS. Foram incluídos todos os casos confirmados de Esquistossomose notificados pelos municípios, considerando variáveis clínicas, demográficas e espaciais. Os resultados indicaram que a região oeste concentrou 6,12% dos casos registrados no estado da Bahia no período analisado. Apesar da baixa magnitude, municípios como Cocos, São Desidério, Catolândia e Barreiras apresentaram coeficientes de incidência acumulada elevados, caracterizando focos ativos de transmissão, sobretudo em áreas rurais. Observou-se predominância de casos em indivíduos do sexo masculino, adultos jovens, residentes na zona rural, com forma clínica intestinal e confirmação laboratorial, sendo o Praziquantel o tratamento mais utilizado. Conclui-se que, embora a esquistossomose apresente baixa expressão numérica na região, persiste de forma silenciosa em contextos socioambientais vulneráveis, demandando o fortalecimento das ações de vigilância, diagnóstico e controle.



Palavras-chaves: Vigilância epidemiológica, Doenças parasitárias, Esquistossomose.

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) constituem um grupo de enfermidades cujo tratamento é inexistente, insuficiente ou obsoleto, acometendo predominantemente populações em situação de pobreza e vulnerabilidade social (Saucha *et al.*, 2015). Inserida nesse contexto, a esquistossomose — também conhecida como bilharziose — destaca-se como a principal helmintose em termos de morbimortalidade, configurando-se como um relevante problema de saúde pública global (Loverde, 2019). Estima-se que aproximadamente 230 milhões de pessoas, distribuídas em cerca de 78 países, sejam afetadas pela doença, enquanto aproximadamente 700 milhões encontram-se sob risco de infecção (WHO, 2024). Dessa forma, a esquistossomose exemplifica o impacto das DTNs sobre populações desfavorecidas, perpetuando desigualdades sociais e configurando um importante entrave ao desenvolvimento socioeconômico das regiões endêmicas (Hotez *et al.*, 2020).

O ciclo biológico do *Schistosoma mansoni* é heteroxênico, envolvendo um hospedeiro intermediário — moluscos de água doce do gênero *Biomphalaria* — e o ser humano como hospedeiro definitivo (Souza *et al.*, 2011). No Brasil, as principais espécies envolvidas na transmissão são *Biomphalaria glabrata*, *Biomphalaria straminea* e *Biomphalaria tenagophila* (Barbosa, 2016). A infecção humana ocorre por meio do contato direto com águas contaminadas, quando as cercárias penetram ativamente pela pele ou mucosas, estabelecendo o parasita no organismo humano. A dependência do ciclo em relação às condições ambientais e hídricas torna a esquistossomose particularmente sensível a fatores climáticos, hidrológicos e sociais, favorecendo sua persistência em áreas com saneamento inadequado (Brasil, 2018).

A patogênese da esquistossomose resulta da interação entre o hospedeiro humano e o helminto, podendo acometer múltiplos órgãos e sistemas, gerando importantes repercussões clínicas (Huggins *et al.*, 1998). De acordo com as Diretrizes de



Vigilância da Esquistossomose Mansonii, a doença pode manifestar-se de forma assintomática ou evoluir por fases distintas, incluindo formas agudas e crônicas. Nos estágios mais avançados, destaca-se a forma hepatoesplênica, associada à formação de granulomas e fibrose periportal, responsável por elevada morbidade e potencial comprometimento da qualidade de vida dos indivíduos acometidos (Brasil, 2014).

Atualmente, a esquistossomose apresenta distribuição em todas as regiões do território nacional, com maior concentração de casos nas regiões Nordeste e Sudeste, diretamente relacionada à presença dos moluscos vetores (Veronesi e Focaccia, 2010). Entre os estados nordestinos incidentes, a Bahia se destaca por apresentar grande parte de seu território como área considerada endêmica para a esquistossomose, uma vez que esta doença é encontrada em 167 dos 417 municípios baianos (Bahia, 2022). Dentre as macrorregiões do estado, o Oeste da Bahia merece atenção especial por seu potencial epidemiológico e à escassez de estudos que caracterizem o perfil endêmico local, o que dificulta o planejamento e a implementação de ações específicas de vigilância e controle. Dessa forma, a magnitude da prevalência, aliada à gravidade das formas clínicas e ao impacto social da doença, reforça a esquistossomose como um importante problema de saúde pública no estado (Costa *et al.*, 2017).

Posto isso, o presente estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico da esquistossomose no oeste baiano, a fim de identificar padrões de ocorrência, áreas de maior risco e tendências temporais, de modo a subsidiar estratégias mais eficazes de prevenção e controle da doença.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de base ecológica e abordagem quantitativa, voltado à análise do perfil clínico-epidemiológico dos casos confirmados de esquistossomose registrados nos municípios da região oeste do estado da Bahia, no período de 2014 a 2023. Por se tratar de pesquisa com dados secundários de domínio público, sem identificação individual, o estudo está dispensado de



apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 510/2016.

Foram considerados os municípios pertencentes à região oeste da Bahia, conforme delimitação geográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram obtidos por meio da plataforma TABNET/DATASUS, utilizando-se as notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dados populacionais do IBGE subsidiaram o cálculo dos coeficientes de incidência acumulada. A coleta de dados foi realizada em maio de 2025.

Incluíram-se todos os casos confirmados de esquistossomose (CID-10: B65), independentemente do critério de confirmação (laboratorial ou clínico-epidemiológico).

As variáveis analisadas compreenderam aspectos epidemiológicos gerais (distribuição temporal, espacial e comparação regional) e características clínicas e demográficas (sexo, faixa etária, zona de residência, forma clínica, evolução, tratamento e critério de confirmação).

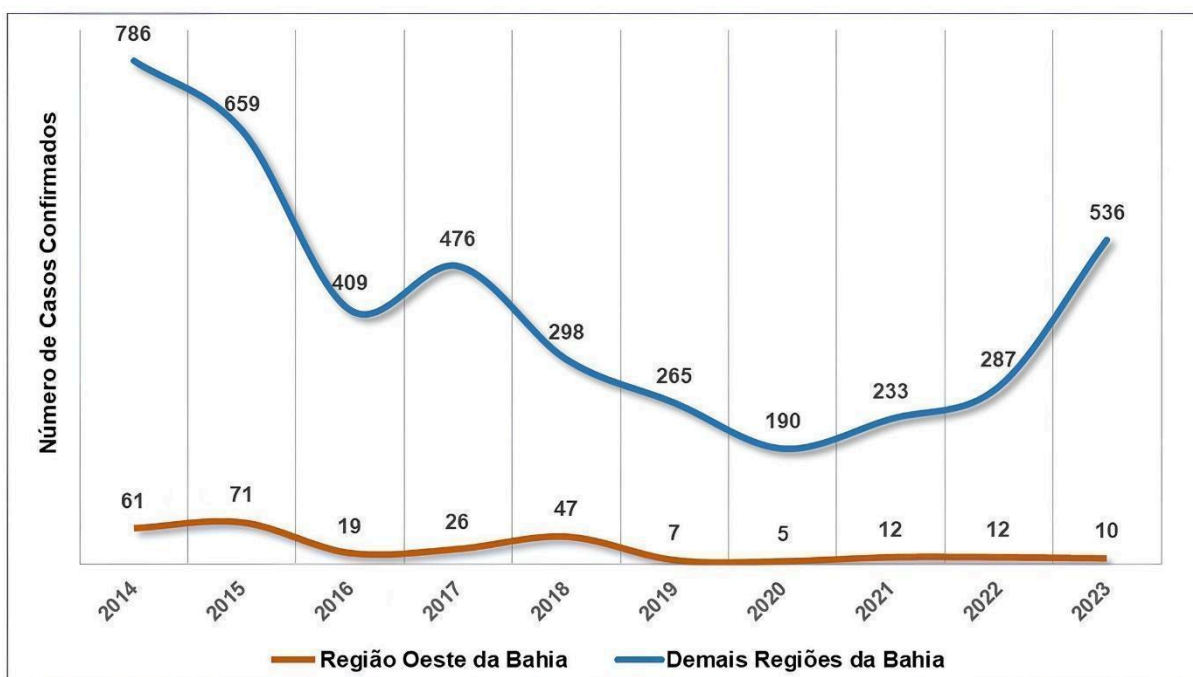
Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas (Microsoft Excel 365, versão 2512) e analisados por estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas, relativas e coeficientes de incidência acumulada. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas, gráficos e mapas coroplético.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Figura 1 ilustra a evolução do número de casos confirmados de esquistossomose nas regiões oeste e demais regiões da Bahia entre os anos de 2014 e 2023. Observa-se que a região oeste manteve um padrão de baixa incidência ao longo de todo o período, com registros variando entre 5 e 71 casos anuais. O pico ocorreu em 2015 (71 casos), seguido por uma queda acentuada até 2020 (5 casos), mantendo-se em patamares semelhantes até 2023 (10 casos). Em contraste, as demais regiões do estado apresentaram números significativamente mais elevados,

com uma redução contínua de 786 casos em 2014 para 190 em 2020. No entanto, a partir desse ano, houve um novo aumento, culminando em 536 casos em 2023.

Figura 1: Número de casos confirmados de esquistossomose na região oeste e nas demais regiões da Bahia, entre 2014 e 2023



Fonte: SINAN/DATASUS, elaborado pelos autores (2026).

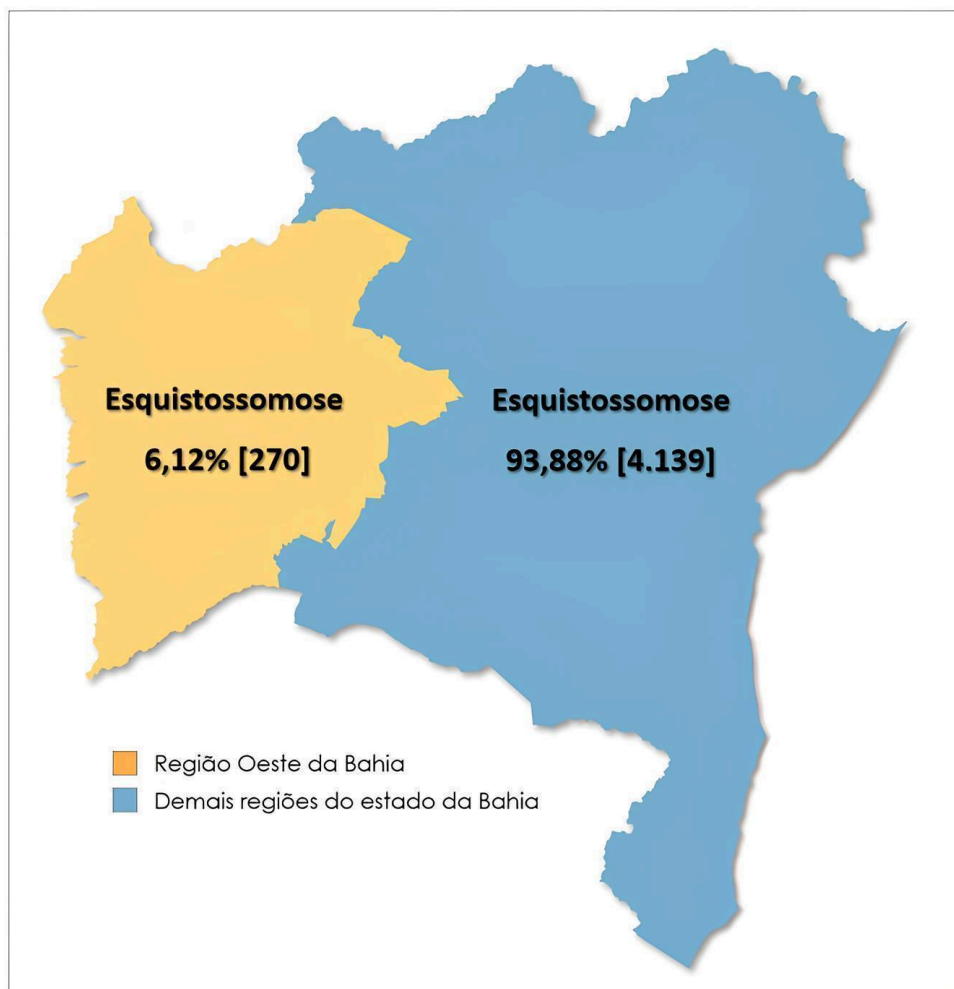
O padrão identificado evidencia dois comportamentos epidemiológicos distintos: enquanto a região oeste da Bahia mantém níveis baixos e estáveis de incidência, as demais regiões do estado apresentam uma redução inicial, seguida por um recrudescimento recente dos casos. Tal cenário pode estar relacionado à retomada das ações de vigilância epidemiológica no período pós-pandemia de COVID-19, além da continuidade de determinantes estruturais que favorecem a manutenção da cadeia de transmissão da esquistossomose. A pandemia impactou significativamente os sistemas de notificação e controle de doenças endêmicas, conforme demonstrado por Santos e Cardoso (2020), os quais destacam que a redução dos registros durante esse período pode ter resultado, principalmente, de subnotificação, e não de uma real diminuição da incidência.



Além disso, Rodrigues e Pereira (2021) demonstram que, em municípios do oeste da Bahia, como Barreiras, persistem focos ativos de transmissão, os quais estão associados à insuficiência de saneamento básico, à exposição a corpos d'água contaminados e à baixa cobertura das intervenções de controle vetorial. Esses fatores contribuem para a manutenção da circulação do parasita na região, mesmo com a ocorrência de casos em números reduzidos. A persistência de casos, ainda que esporádicos, ressalta a importância da vigilância ativa, da implementação de estratégias para diagnóstico precoce e do monitoramento contínuo, especialmente em áreas rurais.

A Figura 2 mostra a distribuição proporcional dos casos confirmados de esquistossomose entre 2014 e 2023, comparando a região oeste da Bahia com as demais regiões do estado. Verifica-se que apenas 6,12% dos casos ($n = 270$) foram registrados na região oeste, enquanto os outros 93,88% ($n = 4.139$) se concentraram nas demais regiões.

Figura 2: Distribuição proporcional dos casos confirmados de esquistossomose na região oeste e nas demais regiões do estado da Bahia, entre 2014 e 2023



Fonte: SINAN/DATASUS, elaborado pelos autores (2026).

Esse baixo percentual corrobora o padrão de endemia focal na região oeste da Bahia, embora indique uma carga da doença menor em comparação às áreas tradicionais de transmissão no estado (Santos *et al.*, 2020). A elevada concentração de casos nas demais regiões baianas evidencia a persistência de focos endêmicos e lacunas nas ações de controle da esquistossomose (Silva e Souza, 2022).

A distribuição desproporcional dos casos, com volume majoritário concentrado fora da região oeste, está em consonância com análises de vigilância epidemiológica realizadas no estado. Silva e Souza (2022) ressaltam que a Bahia abriga múltiplos

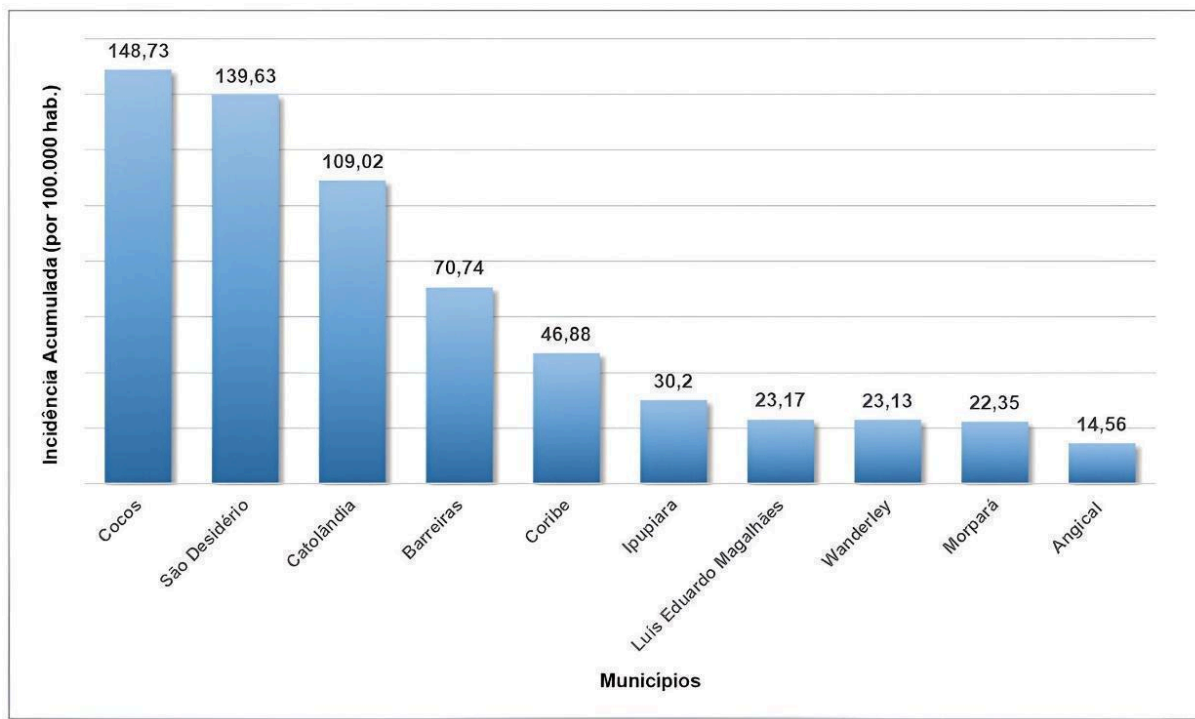


polos de transmissão ativa, frequentemente situados em áreas com infraestrutura precária e intensa atividade agrícola, fatores que facilitam o contato humano com águas contaminadas, em especial pela presença do caramujo intermediário e pelo saneamento deficiente. Além disso, a permanência de 6,12% dos casos no oeste, apesar do número absoluto reduzido, indica que essa região não está totalmente isenta de transmissão, demandando atenção contínua das equipes locais de vigilância.

Conforme Oliveira *et al.* (2021), a predominância de casos nas demais regiões podem ser explicada pela diversidade da realidade epidemiológica no interior da Bahia, em que alguns municípios dispõem de programas de controle mais estruturados, enquanto outros enfrentam dificuldades logísticas para diagnóstico e notificação. Esse cenário reforça a necessidade de estratégias de vigilância adaptadas, com foco não apenas nas áreas de alta endemicidade, mas também nas regiões de baixa incidência, como a região oeste baiana.

A Figura 3 apresenta a incidência acumulada de esquistossomose nos dez municípios com os maiores coeficientes da região oeste da Bahia, no período de 2014 a 2023. Os municípios de Cocos (148,73/100.000 hab.) e São Desidério (139,63/100.000 hab.) registraram as maiores cargas da doença. Catolândia (109,02/100.000 hab.) e Barreiras (70,74/100.000 hab.) também apresentaram incidências elevadas. Coribe (46,88/100.000 hab.) e Ipupiara (30,20/100.000 hab.) apresentaram valores intermediários. Já Luís Eduardo Magalhães (23,17/100.000 hab.), Wanderley (23,13/100.000 hab.), Morpará (22,35/100.000 hab.) e Angical (14,56/100.000 hab.) completam a lista. Essa distribuição aponta para a persistência da transmissão da esquistossomose em alguns municípios, especialmente em áreas rurais com condições precárias de saneamento básico.

Figura 3: Incidência acumulada de esquistossomose nos dez municípios com os maiores coeficientes na região oeste da Bahia entre 2014 e 2023



Fonte: SINAN/DATASUS, elaborado pelos autores (2026).

A elevada incidência acumulada observada em municípios como Cocos e São Desidério está alinhada ao perfil endêmico regional descrito na literatura. Silva e Souza (2022) ressaltam que o estado da Bahia abriga diversos focos de esquistossomose, especialmente em áreas caracterizadas por infraestrutura precária e uso intensivo de irrigação agrícola — condições que favorecem o ciclo de vida do *Schistosoma mansoni*.

No município de Barreiras, que apresentou um coeficiente de incidência elevado (70,74/100.000 hab.), fatores socioambientais precários, como saneamento básico inadequado e exposição frequente a corpos hídricos com presença de caramujos, foram associados à manutenção da transmissão, conforme evidenciado no estudo de Rodrigues e Pereira (2021). Esses achados reforçam que a intensidade da transmissão é, em grande parte, determinada por condições ambientais e de infraestrutura local.

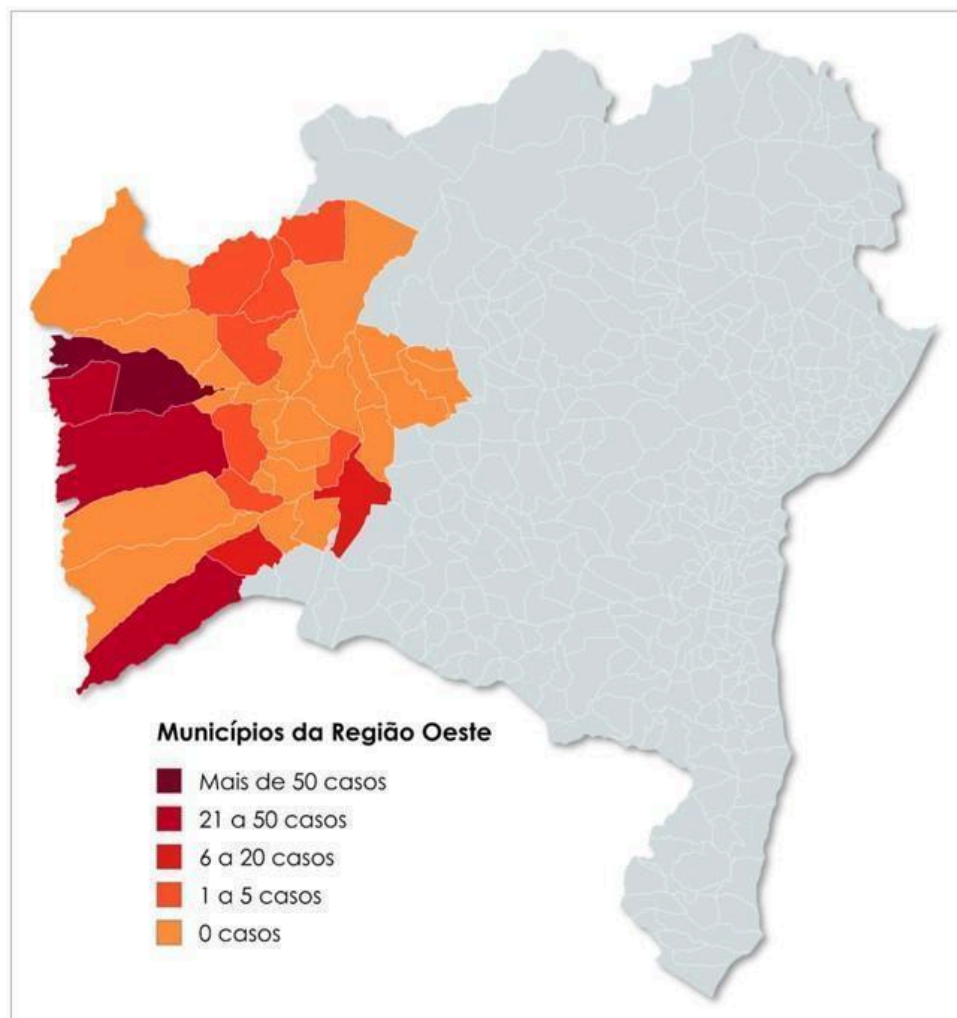


Adicionalmente, Carneiro *et al.* (2023) identificaram uma correlação significativa entre áreas de irrigação rural e aumento da prevalência de esquistossomose em municípios baianos, o que contribui para explicar os altos coeficientes observados em zonas de agricultura intensiva e irrigada.

A Figura 4 destaca a heterogeneidade espacial da esquistossomose na região oeste da Bahia entre 2014 e 2023. Dentre os municípios analisados, apenas Barreiras apresentou mais de 50 casos no período. Luís Eduardo Magalhães, Cocos e São Desidério registraram entre 21 e 50 casos, enquanto Bom Jesus da Lapa e Coribe apresentaram de 6 a 20 casos. Aproximadamente 23 municípios notificaram entre 1 e 5 casos confirmados. Por fim, sete municípios — Baianópolis, Buritirama, Cotequipe, Mansidão, Santa Maria da Vitória, Santa Rita de Cássia e Sítio do Mato — não registraram nenhum caso no período analisado.

Essa distribuição evidencia a persistência da doença em determinados núcleos territoriais, com áreas de transmissão mais intensa concentradas, principalmente, nas proximidades de centros urbanos ou regiões de atividade agrícola.

Figura 4: Mapa coroplético mostrando a distribuição do número de casos confirmados de esquistossomose por município na região oeste da Bahia, entre 2014 e 2023



Fonte: SINAN/DATASUS, elaborado pelos autores (2026).

Os padrões espaciais observados estão em consonância com os achados da literatura, indicando que a esquistossomose na região oeste da Bahia permanece com características de endemia focal, concentrando-se em áreas específicas com condições ambientais favoráveis à manutenção do ciclo de transmissão. Entre esses fatores, destacam-se a ausência de saneamento básico, a presença de caramujos hospedeiros e a prática de atividades rurais de risco. Carmo e Barreto (1994) já alertavam que, apesar da redução da prevalência em âmbito estadual nas décadas



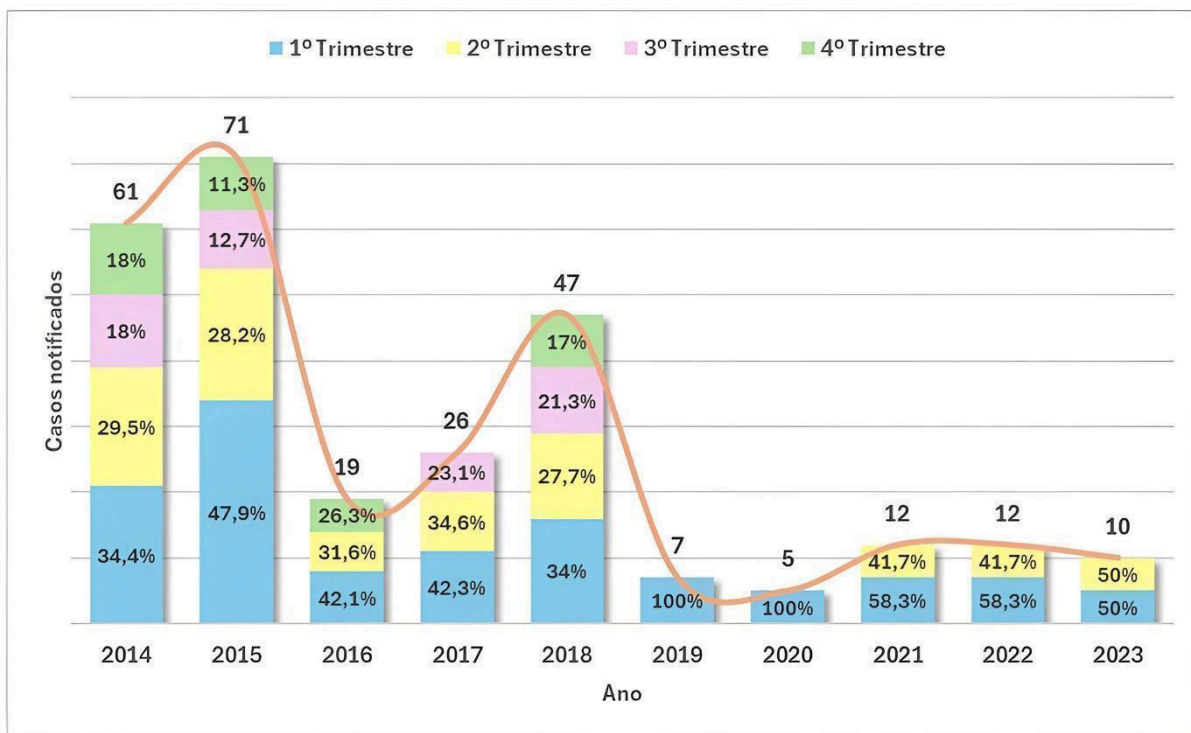
anteriores, novos focos de transmissão surgiram no oeste baiano, impulsionados pela expansão agrícola e por deficiências na infraestrutura sanitária.

Mais recentemente, Martins Júnior *et al.* (2020) demonstraram que áreas com sistemas de irrigação extensiva não necessariamente apresentam maiores prevalências da doença, mas podem atuar como focos locais de transmissão, a depender do manejo ambiental e da presença de espécies vetoras, como *Biomphalaria glabrata*. Esses achados corroboram o padrão evidenciado no mapa, no qual municípios com mais de 50 casos coincidem com regiões irrigadas e ambientalmente vulneráveis.

Dessa forma, a análise espacial reforça a necessidade de adoção de estratégias focalizadas, que levem em consideração as especificidades ambientais e socioeconômicas locais, de modo a orientar ações de vigilância epidemiológica, educação em saúde e controle dos hospedeiros intermediários. Tais evidências destacam a importância de abordagens intersetoriais e integradas para o enfrentamento da esquistossomose na região oeste da Bahia.

Entre 2014 e 2023, os registros de esquistossomose na Região Oeste da Bahia apresentaram variação sazonal marcante, com predominância de notificações nos primeiros trimestres de cada ano, conforme ilustrado na Figura 5. Essa concentração foi especialmente evidente entre 2014 e 2018, sugerindo a influência do período chuvoso sobre a dinâmica de transmissão da doença. A linha sobreposta ao gráfico indica uma tendência de queda acentuada no total anual de casos a partir de 2016, com estabilização em patamares baixos entre 2019 e 2023. A partir desse período, observam-se notificações restritas, majoritariamente, aos dois primeiros trimestres do ano. Esses padrões podem estar associados a fatores como condições climáticas, mudanças no comportamento populacional, cobertura da vigilância epidemiológica e intervenções de controle adotadas no território.

Figura 5: Distribuição trimestral e tendência anual dos casos notificados de esquistossomose na Região Oeste da Bahia entre 2014 e 2023



Fonte: SINAN/DATASUS, elaborado pelos autores (2026).

O predomínio de casos no primeiro trimestre pode refletir o aumento da exposição da população a ambientes aquáticos contaminados durante a estação chuvosa, período em que rios, açudes e áreas alagadas apresentam maior volume de água e maior atividade do vetor intermediário (*Biomphalaria spp.*), criando um ambiente propício para a propagação do parasito (Oliveira *et al.*, 2013). Consequentemente, a população fica mais vulnerável à infecção, especialmente aqueles que têm contato frequente com águas contaminadas, como trabalhadores rurais, pescadores e crianças (Neves *et al.*, 2022).

As temperaturas elevadas registradas nos primeiros meses do ano favorecem o desenvolvimento e a reprodução dos caramujos vetores, contribuindo para a manutenção do ciclo de transmissão da esquistossomose em ambientes propícios. Conforme destacado por Steinmann *et al.* (2006), as condições climáticas, especialmente a temperatura e a umidade, são fundamentais para o



desenvolvimento e a reprodução dos caramujos vetores. Essas condições favorecem a manutenção do ciclo de transmissão da doença, aumentando o risco de infecção para as populações humanas que entram em contato com águas contaminadas.

A persistência de coleções hídricas utilizadas para lazer, irrigação ou abastecimento doméstico, especialmente em áreas rurais, cria ambientes favoráveis para o estabelecimento do vetor e aumenta o risco de infecção humana, particularmente em períodos de cheia. Em estudo conduzido por Rodrigues e Pereira (2021), na região oeste da Bahia, observou-se que a ausência de limpeza urbana, o manejo inadequado de resíduos sólidos e a persistência de esgoto a céu aberto são frequentes, o que leva à contaminação dos mananciais aquáticos.

As notificações concentradas nos primeiros trimestres do ano podem refletir o perfil de vulnerabilidade das populações ribeirinhas e rurais, frequentemente expostas a ambientes hídricos contaminados. Nessas localidades, a ausência ou a precariedade do saneamento básico, aliada ao aumento do fluxo hídrico durante o período chuvoso, favorece a contaminação das fontes de água por dejetos humanos contendo ovos de *Schistosoma mansoni*, contribuindo para a manutenção do ciclo de transmissão da esquistossomose. Katz e Almeida (2003) reforçam que a carência de infraestrutura sanitária e a dependência de rios e açudes para lazer, consumo e atividades produtivas são fatores centrais para a persistência da transmissão, especialmente em comunidades rurais e ribeirinhas.

Considerando o período de incubação da esquistossomose e o tempo até a confirmação diagnóstica, é possível que casos adquiridos durante ou logo após o pico das chuvas sejam notificados nos trimestres seguintes, o que pode gerar distorções na distribuição temporal aparente. Esse descompasso temporal pode gerar distorções na distribuição sazonal aparente dos casos notificados, dificultando a identificação precisa do momento de exposição (Gryseels *et al.*, 2006; Brasil, 2014).



A redução expressiva ou ausência de casos nos terceiros e quartos trimestres de vários anos podem estar relacionada ao período seco, característico da região, durante o qual há retração dos ambientes aquáticos e, conseqüentemente, menor atividade vetorial e redução do contato humano com as fontes de infecção. Esse padrão sazonal já foi descrito em áreas endêmicas do Brasil, especialmente em regiões com marcada alternância entre períodos chuvosos e secos (Soares *et al.*, 2024; Coura e Amaral, 2004).

Ademais, a concentração de notificações em determinados trimestres após 2019 pode refletir não apenas a dinâmica ambiental da transmissão, mas também a descontinuidade ou sazonalização das ações de vigilância epidemiológica. Esse cenário foi agravado pela pandemia de COVID-19 (2020–2022), a qual impactou significativamente os programas de controle das endemias, reduzindo drasticamente a testagem, o diagnóstico precoce e o tratamento em áreas endêmicas, conforme evidenciado por Dantas *et al.* (2023).

A Tabela 1 retrata o perfil clínico-epidemiológico dos casos confirmados de esquistossomose na região oeste da Bahia (2014–2023), destacando a distribuição de 270 casos de esquistossomose segundo variáveis demográficas e clínicas na região oeste da Bahia. Cerca de 55,2% eram do sexo masculino, com predominância no grupo de 20–39 anos (38,9%), seguido por 40–59 anos (24,4%); crianças de 0–19 anos representaram 28,8% dos casos. Em torno de 59,6% residiam em área rural, 35,9% em urbana, e 4,4% constavam como ignorado. A forma intestinal foi a mais relatada (40,4%), seguida da hepato-esplênica (24,4%) e aguda (15,6%). O total de 79,3% resultou em cura, 15,2% não curaram, e 5,5% constavam como ignorados, sendo 84,8% receberam Praziquantel, 10% não receberam e 5,2% tinham dados ignorados. A predominância da confirmação laboratorial (70%), enquanto 30% foram confirmados por critério clínico-epidemiológico.



Tabela 1: Perfil clínico-epidemiológico dos casos confirmados de esquistossomose na região oeste da Bahia (2014–2023)

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	149	55,2
	Feminino	121	44,8
Faixa etária (anos)	0–9	39	14,4
	10–19	39	14,4
	20–39	105	38,9
	40–59	66	24,4
	60 ou mais	21	7,8
Região de domicílio	Urbana	97	35,9
	Rural	161	59,6
	Ignorado	12	4,4
	Intestinal	109	40,4
Forma clínica	Hepato-esplênica	66	24,4
	Aguda	42	15,6
	Hepato-intestinal	29	10,7
	Outro	24	8,9
Evolução dos casos	Cura	214	79,3
	Não-cura	41	15,2
	Ignorado	15	5,5
	Sim – Praziquantel	229	84,8
Tratamento	Não	27	10
	Ignorado	14	5,2
Critério de confirmação	Laboratorial	189	70
	Clínico-epidemiológico	81	30

Fonte: SINAN/DATASUS, elaborado pelos autores (2026).

A predominância de casos no sexo masculino e nas faixas etárias entre 20 e 59 anos é compatível com o perfil descrito em estudos nacionais, nos quais adultos em idade economicamente ativa apresentam maior exposição ocupacional e recreativa a corpos hídricos contaminados (Silva *et al.*, 2006). A elevada proporção de

100



indivíduos residentes em áreas rurais reforça a característica historicamente rural da esquistossomose no Brasil, evidenciada em diversos contextos endêmicos (Machado Azevedo *et al.*, 2024).

A forma clínica intestinal predominante está associada a diagnósticos em estágios crônicos da doença, comuns em populações com exposição prolongada ao parasita, conforme descrito por Costa e Filho (2021). Os elevados índices de cura e a ampla utilização do Praziquantel demonstram a eficácia do tratamento disponível. No entanto, a existência de casos sem registro de cura ou com informações ignoradas sobre o tratamento revela fragilidades nos processos de adesão terapêutica ou na qualidade do registro nos serviços de saúde.

A predominância de confirmações por meio de exames laboratoriais (70%) aponta para a solidez dos sistemas de vigilância epidemiológica em nível local e nacional. Entretanto, os 30% de casos confirmados por critério clínico-epidemiológico sugerem limitações na capacidade de diagnóstico laboratorial, especialmente em áreas rurais e de difícil acesso — uma situação já destacada por Silva e Souza (2022), que relatam dificuldades estruturais e metodológicas enfrentadas pelas equipes de campo em regiões remotas.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a utilização de dados secundários, sujeitos à subnotificação e inconsistência nos registros. Além disso, a ausência de informações qualitativas impossibilitou a análise de fatores determinantes mais profundos da manutenção da endemia.

Como perspectiva, recomenda-se o fortalecimento das ações de vigilância ativa, a ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento, bem como a realização de estudos comunitários de base local, com foco na identificação de fatores sociais, ambientais e comportamentais associados à persistência da esquistossomose na região oeste da Bahia.



4. CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que, embora a região oeste da Bahia apresente baixa representatividade no conjunto de casos estaduais de esquistossomose no período analisado (2014–2023), a doença mantém-se ativa em determinados municípios, configurando padrão de endemia focal. A identificação de coeficientes de incidência acumulada elevados em localidades específicas demonstra a persistência de microterritórios vulneráveis, especialmente em áreas rurais marcadas por fragilidades socioambientais.

O perfil clínico-epidemiológico observado — predominância no sexo masculino, adultos em idade produtiva, residentes em zona rural e com forma clínica intestinal — reafirma a associação histórica da esquistossomose com exposição ocupacional e condições precárias de saneamento básico. A elevada proporção de confirmações laboratoriais e o amplo uso do praziquantel indicam capacidade operacional da vigilância, embora persistam lacunas relacionadas à completude das notificações e possível subregistro.

Os achados reforçam que a baixa magnitude numérica não implica ausência de risco epidemiológico. Ao contrário, a manutenção silenciosa da transmissão em áreas específicas exige vigilância contínua, ações intersetoriais de saneamento, educação em saúde e fortalecimento da atenção primária. Ademais, destaca-se a necessidade de investigações de base local que explorem determinantes ambientais e comportamentais associados à persistência da endemia.

Conclui-se que a esquistossomose na região oeste da Bahia permanece como agravo relevante sob a perspectiva territorial e preventiva, demandando estratégias focalizadas e sustentáveis para evitar a reemergência e consolidar avanços no controle da doença.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Boletim epidemiológico da esquistossomose na Bahia**. Salvador: SESAB, n. 2, abr. 2022. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br>. Acesso em: 19 jun. 2025.



BARBOSA, V. S. *et al.* Modelling of the distribution of *Biomphalaria glabrata* and *Biomphalaria straminea* in the metropolitan region of Recife, Pernambuco, Brazil. **Geospatial health**, v. 11, n. 3, p. 490, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Educação em saúde para o controle da esquistossomose**. Brasília: Ministério da Saúde, 40 p.: il, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Vigilância da Esquistossomose Mansonii: diretrizes técnicas**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, p.13-15 e p. 34-46, 2014.

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L. Esquistossomose mansônica no estado da Bahia, Brasil: tendências históricas e medidas de controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. 425–439, dez. 1994.

CARNEIRO, C. A. *et al.* Análise da prevalência de casos de esquistossomose em municípios baianos. **Ciências da Saúde Interdisciplinar**, v. 27, ed. 128, nov. 2023.

COSTA, C. *et al.* Programa de Controle da Esquistossomose: avaliação da implantação em três municípios da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Saúde em debate**, v. 41, p. 229-241, 2017.

COSTA, J. V. B.; FILHO, J. M. da S. Perfil epidemiológico dos casos de esquistossomose mansônica na região Sudeste em 2017. **Revista Saúde.Com, Três Corações**, v. 17, n. 3, p. 2226–2234, 2021.

COURA, J. R.; AMARAL, R. S. Epidemiological and control aspects of schistosomiasis in Brazilian endemic areas. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 5, p. 13–19, 2004.

DANTAS, N. M. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the actions of the Schistosomiasis Control Program in an endemic area in Northeastern Brazil. **Acta Tropica**, v. 240, p. 106859, abr. 2023.

GRYSEELS, B. *et al.* Human schistosomiasis. **The Lancet**, Londres, v. 368, n. 9541, p. 1106–1118, 2006.

HOTEZ, P. J. *et al.* World neglected tropical diseases day. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 14, n. 1, p. e0007999, 29 jan. 2020.

HUGGINS, D. W. *et al.* **Esquistossomose mansonii**. 1ª ed. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Júnior, 1998.

KATZ, N.; ALMEIDA, K. Esquistossomose, xistosa, barriga d'água. **Ciência e Cultura**, v. 55, n. 1, p. 38–43, 2003.

LOVERDE, P. T. Schistosomiasis. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, p. 45–70, 2019.



MACHADO AZEVEDO, R. da S.; GOMES, K. N. F.; FARIA, R. X. Fatores socioambientais e perfil regional da esquistossomose no Brasil. **Science and Connections: The Interdependence of Disciplines**, v. 46, p. 1–12, 2024.

MARTINS JÚNIOR, D. F. *et al.* Análise da relação da irrigação no perfil espacial da endemia da esquistossomose no Estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, [s.n.], 2020.

NEVES, D. P. *et al.* **Parasitologia humana**. 14. ed. São Paulo: Atheneu, 2022.

OLIVEIRA, D. S. *et al.* Schistosomiasis mansoni in urban Northeast Brazil: influence of rainfall regime on the population dynamics of *Biomphalaria* sp.. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 46, n. 5, p. 654–657, set. 2013.

OLIVEIRA, F. V.; PEREIRA, D. L.; MENDES, J. S. Vigilância da esquistossomose no estado da Bahia: um retrato regional (2015–2019). **Revista de Medicina Tropical da Bahia**, Salvador, v. 17, p. 120–130, 2021.

RODRIGUES, D. O.; PEREIRA, L. H. S. Fatores socioambientais na epidemiologia da esquistossomose no oeste da Bahia, Brasil. **Singular: Meio Ambiente & Saúde**, v. 1, n. 2, maio 2021.

SANTOS, L. S. T. A. dos; CARDOSO, A. C. C. Internações por esquistossomose mansônica no estado da Bahia entre 2012 e 2016. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 9, n. 2, p. 231–237, out. 2020.

SANTOS, L. S. T. A. dos; CARDOSO, A. C. C.; SILVA, R. P. J. Esquistossomose no estado da Bahia: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 45–55, jan. 2020.

SAUCHA, C. V. V. *et al.* Condições de saneamento básico em áreas hiperendêmicas para esquistossomose no estado de Pernambuco em 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 497–506, 2015.

SILVA, M. E.; SOUZA, P. R. Distribuição espacial da esquistossomose no interior baiano e desafios para o controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. e00212321, mar. 2022.

SILVA, P. B. DA. *et al.* Aspectos físico-químicos e biológicos relacionados à ocorrência de *Biomphalaria glabrata* em focos litorâneos da esquistossomose em Pernambuco. **Química Nova**, v. 29, n. 5, p. 901–906, set. 2006.

SOARES, A. *et al.* Análise da esquistossomose na região nordeste de 2020 a 2023: diagnóstico, terapêutica e considerações clínicas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 691–711, 7 fev. 2024.

SOUZA, F. P. C. *et al.* Esquistossomose mansônica: aspectos gerais, imunologia, patogênese e história natural. **Rev Bras Clin Med**, v. 9, n. 4, p. 300–7, 2011.



STEINMANN, P. *et al.* Schistosomiasis and water resources development: systematic review, meta-analysis, and estimates of people at risk. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 6, n. 7, p. 411–425, jul. 2006.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Schistosomiasis**. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis>. Acesso em: 10 ago. 2025.

INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES

¹ Graduanda em Medicina (em andamento); Ensino Médio Completo. ORCID: 0009-0004-2347-5196. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8347394386847255>.

² Graduanda em Medicina (em andamento); Ensino Médio Completo. ORCID: 0009-0002-8618-2695. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5141020672194938>.

³ Graduanda em Medicina (em andamento); Ensino Médio Completo. ORCID: 0009-0001-9304-3362. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9765609449405150>.

⁴ Graduanda em Medicina (em andamento); Ensino Médio Completo. ORCID: 0009-0001-6179-9683. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8425952794392674>.

⁵ Graduanda em Medicina (em andamento); Ensino Médio Completo. ORCID: 0009-0002-3707-310X. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/6915919897877136>.

⁶ Graduanda em Medicina (em andamento); Ensino Médio Completo. ORCID: 0009-0007-4095-5599. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1073619128541543>.

⁷ Graduanda em Medicina (em andamento); Ensino Médio Completo. ORCID: 0009-0002-5370-1276. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1354118194684304>.

⁸ Doutorado em Ciências da Saúde. ORCID: 0000-0002-1317-0338. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3305270505239837>.

**Contribuição dos autores:**

Daniela Silva Mendes: Contribuiu para a concepção do estudo, coleta e organização dos dados, análise preliminar dos resultados, elaboração do manuscrito e revisão da literatura.

Sarah Moura Silva: Participou da coleta e organização dos dados, análise descritiva, elaboração do manuscrito e revisão da literatura.

Gabriela Lopes de Bortoli: Contribuiu para a análise dos dados, construção de tabelas e figuras, redação do manuscrito e revisão da literatura.

Lainara Hanna Bastos da Silva Menezes: Atuou na coleta de dados, organização das informações, elaboração do manuscrito e revisão da literatura.

Luna Sofia de Souza Genovevo: Participou da análise dos dados, interpretação dos resultados, elaboração do manuscrito e revisão crítica do conteúdo.

Blanda Oliveira Silva: Contribuiu para a coleta e organização dos dados, elaboração do manuscrito e revisão da literatura.

Lorena Laine Souza Costa: Atuou na análise dos dados, construção dos resultados, elaboração do manuscrito e revisão da literatura.

Leandro Dobrachinski: Responsável pela concepção do estudo, delineamento metodológico, supervisão geral da pesquisa, interpretação crítica dos resultados, revisão final do manuscrito e aprovação da versão a ser submetida.

INFORMAÇÕES SOBRE O MATERIAL**Conflito de interesse:**

N/A.

Agradecimentos:

N/A.

**Financiamento:**

N/A.

Nota de presença de IA:

Os autores utilizaram a Inteligência Artificial: Quilbot Premium durante a etapa de revisão textual do artigo com a finalidade exclusiva de correção gramatical e ajuste de concordância textual, de toda versão final do artigo científico. Esclarecemos que todo o manuscrito foi submetido à ferramenta apenas para análise linguística, sendo realizadas correções somente nos trechos em que foram identificados problemas de concordância ou ajustes gramaticais necessários. Ressaltamos que a ferramenta não foi utilizada para a produção, redação, geração de conteúdo ou elaboração científica do trabalho. Todo o conteúdo do manuscrito — incluindo concepção do estudo, análise dos dados, interpretação dos resultados e redação científica — foi integralmente desenvolvido pelos autores. Por fim, toda a escrita, buscas pelos conteúdos, classificação da qualidade dos artigos, pesquisa proposta foram realizadas de maneira autoral.

Informações sobre Direitos Autorais e Licença:

Este é um artigo de Acesso Aberto distribuído sob os termos da [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribuição e reprodução irrestritos em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

- ISSN (versão eletrônica): 2448-0959
- Licença Creative Commons: Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição 4.0 Internacional.



Histórico da Publicação:

Material recebido: 27 de janeiro de 2026.

Material aprovado pelos pares: 12 de fevereiro de 2026.

Material editado aprovado pelos autores: 01 de junho de 2026.