



## Cenário epidemiológico da Doença de Chagas Aguda no Brasil (2007-2022)

*Epidemiological scenario of Acute Chagas Disease in Brazil (2007-2022)*  
*Escenario epidemiológico de la Enfermedad de Chagas Aguda en Brasil (2007-2022)*

Site doi: <https://doi.org/10.17058/reci.v16i.20287>

Submetido: 20/03/2025


Aceito: 04/01/2026


Disponível online: 13/03/2026


Autor correspondente:


E-mail: [lucas.parasitologist@gmail.com](mailto:lucas.parasitologist@gmail.com)


Endereço: Estrada Principal da UFRA, 2150, Curió-Utinga. Belém, Pará, Brasil.

Gisele Marques de Carvalho<sup>1</sup> 

Júlia da Silva Brito<sup>2</sup> 

Juliane Cristine Ferreira Pires<sup>3</sup> 

Rafaela Macedo Assis<sup>4</sup> 

Lucas Araújo Ferreira<sup>5</sup> 

<sup>1</sup>Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, Pernambuco, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

<sup>4</sup>Faculdade Municipal Professor Franco Montoro, Mogi Guaçu, São Paulo, Brasil.

<sup>5</sup>Universidade Federal Rural da Amazônia, Belém, Pará, Brasil.

### RESUMO

**Justificativa e Objetivos:** Descrever a epidemiologia da Doença de Chagas Aguda (DCA) no Brasil por meio das variáveis sociodemográficas/clínicas entre 2007 e 2022. **Métodos:** Estudo epidemiológico com dados secundários do SINAN/DATASUS, no período de 2007 a 2022. As variáveis foram evolução, critério de confirmação, faixa etária, local provável de infecção, região de residência, ano/mês/região de notificação, sexo, escolaridade, provável modo de infecção, raça, gestante e Unidade Federativa de residência. As estimativas da população foram coletadas a partir do DATASUS. **Resultados:** Houve 4.019 casos de DCA, sendo n= 3.791 confirmados por exames laboratoriais, e a prevalência nacional foi de 0,124/100.000 habitantes. As regiões Norte e Nordeste totalizaram 98,28% dos casos. A maioria dos casos ocorreu em indivíduos do sexo masculino, e a faixa etária mais afetada foi 20-39 anos. No Norte e Nordeste, a via oral foi o modo de infecção mais comum. Quanto à raça, predominaram os casos em indivíduos pardos. Em 3.134 casos o domicílio foi o local provável de infecção. O período com maior número de registros foi entre os meses de agosto e dezembro, bem como nos anos de 2018, 2019 e 2022. Quanto à infecção durante a gravidez, houve registros em todos os trimestres. A maioria dos pacientes sobreviveram. **Conclusão:** A DCA continua sendo uma grave preocupação para a saúde pública, principalmente devido a sua fase crônica, durante a qual os pacientes apresentam a maioria das complicações fatais.

**Descritores:** DATASUS. *Trypanosoma cruzi*. Brasil. SINAN.

### ABSTRACT

**Background and Objectives:** Describe the epidemiology of Acute Chagas Disease (ACD) in Brazil through sociodemographic and clinical variables between 2007 and 2022. **Methods:** Epidemiological study using secondary data from SINAN/DATASUS, covering the period from 2007 to 2022. The variables included were outcome, confirmation criterion, age group, probable place of infection, region of residence, year/month/region of notification, sex, education level, probable mode of infection, race, pregnancy status, and Federative Unit (state) of residence. Population estimates were obtained from DATASUS. **Results:** There were 4,019 cases of Acute Chagas Disease (ACD), of which 3,791 were confirmed by laboratory tests, and the national prevalence was 0.124 per 100,000 population. The North and Northeast regions accounted for 98.28% of the cases. Most cases occurred in males, and the most affected age group was 20–39 years. In the North and Northeast, oral transmission was the most common mode of infection. Regarding race, most cases occurred in individuals identified as mixed-race (pardo). In 3,134 cases, the home was the probable place of infection. The period with the highest number of reported cases was between the months of August and December, as well as in the years 2018, 2019, and 2022. Infection during pregnancy was reported in all trimesters. Most patients survived. **Conclusion:** ACD continues to be a serious public health concern, mainly because of its chronic phase, during which patients experience most of the fatal complications.

**Keywords:** DATASUS. *Trypanosoma cruzi*. Brazil. SINAN.

### RESUMEN

**Justificación y Objetivos:** Describir la epidemiología de la Enfermedad de Chagas Aguda (ECA) en Brasil mediante las variables sociodemográficas y clínicas entre 2007 y 2022. **Método:** Estudio epidemiológico con datos secundarios del SINAN/DATASUS, en el período de 2007 a 2022. Las variables fueron evolución, criterio de confirmación, grupo de edad, lugar probable de infección, región de residencia, año/mes/región de notificación, sexo, nivel educativo, probable modo de infección, raza, gestante y Unidad Federativa (estado) de residencia. Las estimaciones de la población se obtuvieron a partir de DATASUS. **Resultados:** Hubo 4.019 casos de ECA, de los cuales n= 3.791 fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio, y la prevalencia nacional fue de 0,124 por 100.000 habitantes. Las regiones Norte y Nordeste totalizaron el 98,28% de los casos. La mayoría de los casos ocurrieron en individuos de sexo masculino, y el grupo etario más afectado fue de 20 a 39 años. En el Norte y Nordeste, la vía oral fue el modo de infección más común. En cuanto a la raza, la mayoría de los casos se presentó en individuos mestizos (pardo). En 3.134 casos, el domicilio fue el lugar probable de infección. El período con el mayor número de registros fue entre los meses de agosto y diciembre, así como en los años 2018, 2019 y 2022. En cuanto a la infección durante el embarazo, se registraron casos en todos los trimestres. La mayoría de los pacientes sobrevivieron. **Conclusión:** La ECA continúa siendo una grave preocupación para la salud pública, principalmente debido a su fase crónica, durante la cual los pacientes presentan la mayoría de las complicaciones fatales.

**Palabras Clave:** DATASUS. *Trypanosoma cruzi*. Brasil. SINAN.

## INTRODUÇÃO

O parasito *Trypanosoma cruzi*, causador da Doença de Chagas Aguda (DCA), é um protozoário unicelular hemoflagelado pertencente à família Trypanosomatidae. Seu ciclo biológico é de natureza heteroxênica, envolvendo um hospedeiro definitivo e um intermediário, sendo os triatomíneos hematófagos, popularmente conhecidos como “barbeiro”, os responsáveis pela transmissão da doença a humanos e a outros vertebrados pela forma vetorial.<sup>1,2</sup>

Após cerca de um século da sua descoberta, a DCA continua sendo uma importante questão social e de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 6-7 milhões de pessoas no mundo estão infectadas pelo *T. cruzi*, sendo a maior parte residente de áreas endêmicas de 21 países da América Latina.<sup>3</sup>

A principal forma de disseminação da DCA ao longo dos anos tem sido a transmissão vetorial, por meio do repasto do “barbeiro” e da contaminação através de fezes do vetor infectadas pelo *T. cruzi* em contato com mucosas ou ferimentos na pele do hospedeiro. Contudo, a doença também pode ser transmitida por transfusão sanguínea, transplantes de órgãos, acidentes em laboratórios e transmissão vertical de mãe para feto. Além disso, a ingestão de alimentos contaminados como o açaí, carne de animais infectados, caldo de cana e leite não pasteurizado, também possibilita o contágio, particularmente na região Amazônica. Dessa forma, a transmissão alimentar tem se tornado cada vez mais relevante, sendo responsável atualmente por até 70% dos casos no Brasil.<sup>4,5,6</sup>

A doença de Chagas apresenta inicialmente uma fase aguda, caracterizada por elevada presença do protozoário no sangue, e período de incubação que varia entre 4 e 14 dias após a inoculação do *Trypanosoma cruzi*, com duração estimada de 2 a 4 meses. Esta fase é predominantemente assintomática, acometendo cerca de 95% dos casos, ou manifesta-se com sinais inespecíficos, semelhantes aos de uma síndrome gripal leve. Em aproximadamente 5% dos indivíduos, podem ser observadas manifestações clínicas mais evidentes, como sinais inflamatórios no local da entrada do parasita ou sintomas sistêmicos.<sup>4</sup>

Quando a transmissão é vetorial, alguns sinais e sintomas podem surgir, tais como chagoma (nódulo no local da picada) e quando próximo da região ocular ocorre o sinal de Romanã (edema palpebral e conjuntivite). Em casos mais graves, particularmente quando a infecção é adquirida por via oral, podem aparecer manifestações como miocardite, derrame pericárdico e meningoencefalite.<sup>4,7</sup>

Na fase crônica, podem surgir complicações graves, incluindo miocardite crônica e cardiomegalia, que podem levar à insuficiência cardíaca e morte súbita,

além de problemas digestivos como megacólon e megaesôfago, que representam riscos significativos à vida.<sup>4</sup> Assim, a presente pesquisa tem como objetivo traçar a epidemiologia da Doença de Chagas Aguda no Brasil por meio das variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas entre 2007 e 2022.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico retrospectivo, observacional e descritivo do tipo ecológico com análise de dados secundários do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), cujas informações estão armazenadas no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de domínio público. Foram coletados os registros de casos confirmados de Doença de Chagas Aguda no Brasil referentes ao período de 2007 a 2022.

As variáveis estudadas foram: evolução (ign/branco, vivo, óbito pelo agravo notificado e óbito por outra causa), critério de confirmação (ign/branco, laboratorial, clínico epidemiológico e em investigação), faixa etária (<1 ano, 1-4 anos, 5-9 anos, 10-14 anos, 15-19 anos, 20-39 anos, 40-59 anos, 60-64 anos, 65-69 anos, 70-79 anos e 80+), local provável de infecção (ign/branco, unidade de hemoterapia, domicílio, laboratório e outro), região de residência (norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste), ano 1º sintoma (2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022), mês 1º Sintoma (janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho, julho, agosto setembro, outubro, novembro e dezembro), região de notificação (norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste), sexo (feminino e masculino), escolaridade (ign/branco, analfabeto, 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental, 4ª série completa do ensino fundamental, 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, educação superior incompleta, educação superior completa e não se aplica), provável modo de infecção (ign/branco, vetorial, oral e outro), raça (ign/branco, branca, preta, amarela, parda e indígena), gestante (ign/branco, 1º trimestre, 2º trimestre, 3º trimestre, idade gestacional ignorada, não e não se aplica) e UF de residência.

As informações foram coletadas no dia 07 de julho de 2024, as estimativas populacionais de população residente foram coletadas da plataforma do DATASUS, cujos dados armazenados são procedentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram excluídos dados que estivessem fora do período estabelecido.

Os dados foram agrupados em planilhas eletrônicas e processados através do programa computacional Microsoft Excel 2019. Foi realizada análise estatística descritiva e os resultados foram expressos em números

absolutos e percentuais. A taxa de prevalência (P) foi calculada com base no número de casos da DCA dividido pela população residente no local e ano, conforme dados do IBGE, e em seguida multiplicado por 100 mil habitantes.

Por se tratar de dados disponíveis em banco de domínio público, o estudo em questão não necessitou da análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Além do mais, foram seguidas as normas éticas dispostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

Os resultados obtidos foram organizados e apresentados de acordo com as variáveis analisadas, de modo a proporcionar uma visualização mais clara e coerente do delineamento proposto. Essa estrutura permitiu evidenciar os principais achados, bem como estabelecer relações entre os diferentes parâmetros avaliados. As informações foram dispostas em tabelas e figuras para facilitar a interpretação dos dados e destacar tendências observadas ao longo do estudo. Além disso, a análise comparativa entre os grupos ou categorias investigadas possibilitou identificar padrões consistentes e variações relevantes, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada dos fenômenos observados.

### Região de notificação e UF de residência

No Brasil, foram confirmados 4.019 casos de DCA no período de 2007 a 2022, sendo as regiões Norte (n=3.800) e Nordeste (n=150) aquelas com maior número de notificações no país, concentrando juntas 98,28% dos registros. A prevalência nacional referente ao período de 2007 a 2022 é de 0,124/100.000 habitantes.

A região Norte, com a maior prevalência entre as regiões brasileiras (1,383/100.000 habitantes), totalizou 3.800 casos. O Pará (n=3.149) e o Amapá (n=206) foram os estados com os maiores números absolutos de casos confirmados. No Nordeste (n= 150), Maranhão (n=66) e Pernambuco (n=43) lideram em casos confirmados, enquanto Ceará (n=2) e Sergipe (n=2) têm os menores registros.

Nas demais regiões do país, os casos confirmados por DCA são escassos, sendo os estados líderes no Centro-Oeste, Goiás (n = 28) e Mato Grosso (n =7); no Sudeste, Rio de Janeiro (n=9) e São Paulo (n= 7); e no Sul, Rio Grande do Sul (n= 6) e Paraná n=4) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Casos confirmados da DCA no Brasil por região e unidade federativa (n=4.016).

| Região/UF de residência    | Total (%)     | Prevalência |
|----------------------------|---------------|-------------|
| <b>Região Norte</b>        | 3.800         | 1,38        |
| Rondônia                   | 7 (0,18)      | 0,02        |
| Acre                       | 79 (2,07)     | 0,62        |
| Amazonas                   | 207 (5,44)    | 0,33        |
| Roraima                    | 5 (0,13)      | 0,06        |
| Pará                       | 3.193 (84,02) | 2,42        |
| Amapá                      | 252 (6,63)    | 2,43        |
| Tocantins                  | 57 (1,41)     | 0,24        |
| <b>Região Nordeste</b>     | 150           | 0,01        |
| Maranhão                   | 66 (44)       | 0,06        |
| Piauí                      | 8 (5,33)      | 0,01        |
| Ceará                      | 2 (1,33)      | 0,01        |
| Rio Grande do Norte        | 12 (8)        | 0,02        |
| Paraíba                    | 15 (10)       | 0,02        |
| Pernambuco                 | 43 (28,66)    | 0,03        |
| Sergipe                    | 2 (1,33)      | 0,00        |
| Bahia                      | 2 (1,33)      | <0,01       |
| <b>Região Sudeste</b>      | 19            | <0,01       |
| Minas Gerais               | 2 (10,52)     | <0,01       |
| Espírito Santo             | 1 (5,26)      | <0,01       |
| Rio de Janeiro             | 9 (47,36)     | <0,01       |
| São Paulo                  | 7 (36,84)     | <0,01       |
| <b>Região Sul</b>          | 10            | <0,01       |
| Paraná                     | 4 (40)        | <0,01       |
| Rio Grande do Sul          | 6 (60)        | <0,01       |
| <b>Região Centro-Oeste</b> | 40            | 0,01        |
| Mato Grosso do Sul         | 4 (10)        | 0,01        |
| Mato Grosso                | 7 (17,5)      | 0,01        |
| Goiás                      | 28 (70)       | 0,02        |
| Distrito Federal           | 1 (2,5)       | 0,01        |

### Variáveis Sociodemográficas

Dos casos confirmados de DCA, 53,4% (n= 2.146) ocorreu em indivíduos do sexo masculino. A faixa etária mais acometida foi a de 20-39 anos, com 33,78% (n=1.357), seguida por 40-59 anos (24,60%, n= 988) e por 10-14 anos (8,74%, n=351). As faixas etárias menos acometidas foram a de 80 anos ou mais, menores de 1 ano e 65-69 anos (118). Indivíduos da raça parda representaram 78,33% (n=3.146) dos casos totais. Quanto às gestantes acometidas, 20 foram no 3º trimestre de gestação. A região Norte apresentou os maiores registros de gestantes contaminadas no 1º, 2º, 3º trimestres ou idade gestacional ignorada, totalizando 63 casos. Com relação à escolaridade, 3.673 são dados ignorados/brancos (Tabela 2).

**Tabela 2.** Casos confirmados de DCA no Brasil entre 2007 e 2022 por sexo, faixa etária, raça, gestação e escolaridade.

| Variáveis           | Total (%)     |
|---------------------|---------------|
| <b>Sexo</b>         |               |
| Masculino           | 2.146 (53,40) |
| Feminino            | 1.873 (46,60) |
| <b>Faixa Etária</b> |               |
| Em branco/Ign*      | 1 (0,02)      |
| <1 Ano              | 60 (1,49)     |
| 1-4                 | 181 (4,50)    |
| 5-9                 | 297 (7,39)    |
| 10-14               | 351 (8,74)    |
| 15-19               | 327 (8,14)    |
| 20-39               | 1.357 (33,78) |
| 40-59               | 988 (24,60)   |
| 60-64               | 153 (3,80)    |
| 65-69               | 118 (2,93)    |
| 70-79               | 145 (3,61)    |
| 80 e +              | 41 (1,02)     |

continua

| Variáveis                  | Total (%)     |
|----------------------------|---------------|
| <b>Raça</b>                |               |
| Ign/Branco                 | 213 (5,30)    |
| Branca                     | 409 (10,18)   |
| Preta                      | 186 (4,63)    |
| Amarela                    | 16 (0,39)     |
| Parda                      | 3.146 (78,33) |
| Indígena                   | 49 (1,22)     |
| <b>Gestação</b>            |               |
| Ign/Branco                 | 65 (1,61)     |
| 1º Trimestre               | 9 (0,22)      |
| 2º Trimestre               | 18 (0,44)     |
| 3º Trimestre               | 20 (0,49)     |
| Idade Gestacional Ignorada | 8 (0,19)      |
| Não                        | 1.222 (30,42) |
| Não Se Aplica              | 2.677 (66,65) |
| <b>Escolaridade</b>        |               |
| Ign/Branco                 | 3.673 (91,39) |
| Nenhuma                    | 346 (8,60)    |

Legenda: \*Ign: Ignorada.

### Variáveis Clínicas

A transmissão oral (77,97% - n= 3.134) e vetorial (7,38 - n= 297) são os modos de contaminação mais frequentes no Brasil. Na região Norte, a via oral foi a

mais comum, com 75,83% (n=3.048), sendo os municípios com maior número de registros Abaetetuba (11,86%, n=477), Belém (10,42%, n=419) e Breves (9%, n=362).

No Nordeste, a transmissão oral também é a mais comum (n=84), seguida da vetorial (n=25). Já no Centro-Oeste, a infecção por vetores predomina (n=18) em detrimento às outras modalidades. Em contraste, no Sudeste, o modo de infecção vertical na região é o mais prevalente (n=7). O Sul apresenta poucos casos notificados de infecção. Quanto aos critérios de confirmação, foi possível por meio laboratorial em 94,32% (n= 3.791) dos casos. Com relação à evolução dos casos analisados, 87% (n= 3.499) sobreviveram. Já sobre o local provável de infecção, 63,79% (n= 2.564) foram em domicílio (Tabela 3).

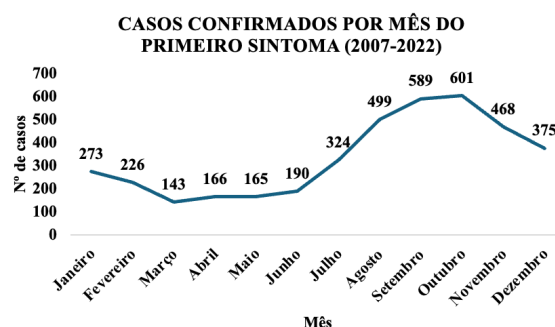
**Tabela 3.** Região/Unidade federativa e o modo provável de infecção dos casos de DCA no Brasil entre 2007 e 2022.

| Região/UF de residência    | Ign/Branco | Vetorial   | Vertical | Acidental | Oral         | Outro    |
|----------------------------|------------|------------|----------|-----------|--------------|----------|
| <b>Região Norte</b>        | <b>488</b> | <b>251</b> | <b>5</b> | <b>5</b>  | <b>3.048</b> | <b>3</b> |
| Rondônia                   | 1          | 4          | -        | -         | 1            | 1        |
| Acre                       | 4          | 18         | -        | -         | 57           | -        |
| Amazonas                   | 20         | 29         | 1        | 1         | 156          | -        |
| Roraima                    | 3          | 1          | -        | -         | 1            | -        |
| Pará                       | 416        | 190        | 4        | 3         | 2.578        | 2        |
| Amapá                      | 37         | 3          | -        | 1         | 211          | -        |
| Tocantins                  | 7          | 6          | -        | -         | 44           | -        |
| <b>Região Nordeste</b>     | <b>38</b>  | <b>25</b>  | -        | <b>2</b>  | <b>84</b>    | <b>1</b> |
| Maranhão                   | 9          | 11         | -        | 1         | 45           | -        |
| Piauí                      | 2          | 6          | -        | -         | -            | -        |
| Ceará                      | 1          | 1          | -        | -         | -            | -        |
| Rio Grande do Norte        | 3          | -          | -        | -         | 9            | -        |
| Paraíba                    | 8          | 5          | -        | 1         | 1            | -        |
| Pernambuco                 | 14         | -          | -        | -         | 29           | -        |
| Sergipe                    | 1          | 1          | -        | -         | -            | -        |
| Bahia                      | -          | 1          | -        | -         | -            | 1        |
| <b>Região Sudeste</b>      | <b>6</b>   | <b>2</b>   | <b>7</b> | <b>2</b>  | -            | <b>2</b> |
| Minas Gerais               | -          | 1          | -        | 1         | -            | -        |
| Espírito Santo             | -          | -          | -        | -         | -            | 1        |
| Rio de Janeiro             | 6          | 1          | -        | 1         | -            | 1        |
| São Paulo                  | -          | -          | 7        | -         | -            | -        |
| <b>Região Sul</b>          | <b>2</b>   | <b>1</b>   | <b>3</b> | <b>1</b>  | <b>2</b>     | <b>1</b> |
| Paraná                     | 2          | 1          | -        | 1         | -            | -        |
| Rio Grande do Sul          | -          | -          | 3        | -         | 2            | 1        |
| <b>Região Centro-Oeste</b> | <b>20</b>  | <b>18</b>  | <b>1</b> | -         | -            | <b>1</b> |
| Mato Grosso do Sul         | 2          | 2          | -        | -         | -            | -        |
| Mato Grosso                | 3          | 4          | -        | -         | -            | -        |
| Goiás                      | 14         | 12         | 1        | -         | -            | 1        |
| Distrito Federal           | 1          | -          | -        | -         | -            | -        |

Legenda: \*Ign: Ignorada.

### Mês 1º sintoma

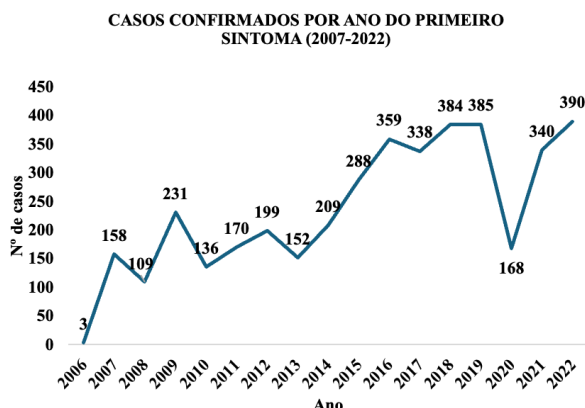
Os meses com maior número de casos confirmados foram outubro (n= 601), setembro (n= 589) e agosto (n= 499) (Figura 1).



**Figura 1.** Casos confirmados por mês do 1º sintoma no Brasil entre 2007 e 2022.

### Ano 1º sintoma

Os anos de 2022 (n=390), 2019 (n=385) e 2018 com (n=384) foram os com maior número de casos confirmados (Figura 2).



**Figura 2.** Casos de DCA confirmados entre os anos de 2007 e 2022 no Brasil por ano de 1º sintoma.

## DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados no SINAN, observou-se que no Brasil a dispersão geográfica da DCA é heterogênea, com o Norte do país sendo a região de maior prevalência. Essa realidade já foi observada em outros estudos em que foram encontrados 91,1% e 92,1 % de prevalência na mesma localidade.<sup>8,9</sup>

O destaque para a elevada prevalência na região Norte decorre da contaminação oral por meio do suco do açaí, bebida tradicional associada à cultura regional, com maiores registros no segundo semestre do ano, sobretudo em setembro e outubro, período no qual ocorre a sua colheita. Essa realidade regional corrobora os resultados obtidos no presente estudo, no qual os maiores números de casos confirmados de DCA foram entre os meses de agosto e dezembro, sendo outubro o mês mais crítico do ano.<sup>10</sup>

A contaminação alimentar decorre da manipulação inadequada da fruta, que pode ser exposta aos triatomíneos. Nesse sentido, os resultados obtidos neste estudo são consistentes com aqueles encontrados na literatura atual, os quais apontam que, apesar da infecção vetorial ter sido a forma mais prevalente historicamente, a transmissão por alimentos é, nos dias de hoje, responsável por até 70% dos casos no Brasil. Esta alteração tem modificado o perfil epidemiológico da doença, com surtos mais frequentes, especialmente na região da Bacia Amazônica.<sup>6</sup>

Há registros na literatura de surtos de DCA em humanos associados à transmissão oral na América latina tanto em áreas endêmicas quanto em não endêmicas. No Brasil, sobretudo na região amazônica, e na América latina, os estudos apontam para o consumo de açaí e bacaba, suco de frutas, cana de açúcar, goiaba, babaçu, vinha de palma e polpa de açaí, e carnes de animais selvagens contaminados com as fezes de

triatomíneos como os principais veículos de contaminação. Outros alimentos também podem ser fonte de transmissão como o pêssego, banana e batata.<sup>4, 11-16</sup>

O controle vetorial é a estratégia mais usada como profilaxia da DCA, principalmente em áreas endêmicas. Programas desenvolvidos no Brasil e em outros países das Américas contribuíram para redução de 70% dos novos casos no território, em função da interrupção das transmissões vetoriais e das transfusões de sangue. Tais ações tornaram a contaminação por meio de vetores menos comum no Brasil, mostrando o sucesso dessa profilaxia.<sup>17</sup>

Por outro lado, enquanto não houver um tratamento prévio adequado dos alimentos como o açaí, a transmissão oral continuará muito elevada, visto que esse manejo é um fator protetivo. Pesquisas destacam a resistência dos triatomíneos mesmo com diversos tratamentos térmicos e diferentes períodos de incubação, mas afirmam a importância da refrigeração do açaí, pois indivíduos que ingeriram o açaí refrigerado não desenvolveram a DCA.<sup>18</sup>

O sexo masculino foi o mais acometido, representando cerca de 53,3% dos casos do presente estudo. Tal fato reafirma achados encontrados na literatura, como em um estudo realizado no Brasil entre os anos de 2013 e 2023, que observou cerca de 54,47% de casos confirmados em indivíduos do gênero masculino.<sup>19</sup> A predominância dos casos na população masculina possivelmente está associada às atividades laborais realizadas por esses indivíduos, que muitas vezes são expostos ao vetor durante o trabalho em regiões de mata, como a caça e a agricultura, atividades em geral efetuadas pela parcela masculina da população.<sup>20</sup>

No que se refere à raça, 78,3% dos casos brasileiros ocorreram na população parda, realidade apontada em outros estudos que reportaram 84,68% e 77,62% de casos também na população parda.<sup>12</sup> O número elevado de casos de DCA acometendo esse grupo pode ser explicado, pois tanto na região Norte como na região Nordeste a população parda representa o grupo populacional com maior percentual, respectivamente 67,2% e 59,6%, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no censo de 2022.<sup>4</sup> É importante ressaltar que no Brasil a atribuição da raça na ficha de notificação é autodeclarada, e o entendimento do termo “parda” tem variabilidade entre os brasileiros. Ademais, são considerados outros fatores como nível de renda, escolaridade e fenótipos para complementar a autodenominação racial, o que ajuda na contextualização do indivíduo na sua realidade social.<sup>21</sup>

A faixa etária de 20 a 39 anos é a que apresenta o maior número de casos registrados, correspondendo a 33,78% do total. A seguir, a faixa de 40 a 59 anos representa 24,6% dos casos. Resultados semelhantes foram encontrados em 2 estudos analisados, nos quais o

predomínio da faixa etária de 20 a 39 anos foi observado, com prevalências de 34,44% e 33,39%, respectivamente. Para a faixa de 40 a 59 anos, os percentuais foram 23,66% e 23,52% nos mesmos estudos.<sup>4,7</sup>

Logo, é possível observar que a faixa etária mais acometida é aquela que se enquadra como a parcela em idade produtiva da população, o que reafirma a influência das atividades laborais no contágio da doença.<sup>19</sup>

Os dados do SINAN disponíveis no DATASUS referem-se apenas à DCA, limitando a compreensão da epidemiologia relacionada aos casos crônicos. Embora a DCA seja uma doença de notificação compulsória, as fichas têm sido preenchidas de forma incompleta, com escassez de dados em categorias como gestação, raça, escolaridade e critérios de confirmação, o que compromete a precisão das informações.

Diante disso, conforme os resultados encontrados acerca da doença no período do estudo (2007 a 2022), percebe-se que é necessária a prevenção da contaminação oral por meio de medidas relacionadas ao saneamento básico, à vigilância epidemiológica e ao monitoramento de alimentos (como o processamento adequado dos principais frutos/alimentos relacionados), sobretudo nas áreas endêmicas, como na região norte do país. Além disso, a sazonalidade da patologia exige intensificação do monitoramento e medidas preventivas, sobretudo entre os meses de agosto e dezembro, a fim de fazer um diagnóstico precoce e rápido nos casos de DCA, prevenindo sequelas da doença. Essas medidas têm, indiretamente, como objetivo final a diminuição da sobrecarga do Sistema Único de Saúde, pois diminuiriam a quantidade de casos graves da doença e, conseqüentemente, a demanda por serviços hospitalares.

Ressaltamos que, por se tratar de dados provenientes de uma base secundária, a subnotificação é uma possibilidade, sendo uma limitação do estudo. Porém, a pesquisa possibilitou apresentar um novo aspecto epidemiológico associado aos fatores de risco da DCA nos últimos 16 anos, identificando que tal doença continua sendo negligenciada nas áreas endêmicas. Com base nos dados coletados e interpretados, espera-se que os resultados deste estudo contribuam para novas investigações epidemiológicas sobre a patologia no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Viganó L. Revisão bibliográfica sobre diagnóstico laboratorial da doença de Chagas [trabalho de conclusão de curso]. Araraquara (SP): Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências Farmacêuticas; 2023. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/a3c24b67-a6cb-4ae0-9aa0-e3bec5e05d0c/content>

2. Cruz-Saavedra L, Vallejo GA, Guhl F, et al. Transcriptomic changes across the life cycle of *Trypanosoma cruzi* II. PeerJ [Internet] 2020; 8:e8947 <https://doi.org/10.7717/peerj.8947>

3. Organização Mundial da Saúde. Chagas disease (American trypanosomiasis) – fact sheet. WHO. [Internet]. 2024. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis))

4. Souza SB, Oliveira A, Godinho GA, et al. Perfil epidemiológico da doença de Chagas aguda na região norte do Brasil no ano de 2015-2019. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet] 2021; 13(7) <https://doi.org/10.25248/reas.e8200.2021>

5. Moraes JC, Mota ACC, Araújo ICV, et al. Registro epidemiológico da doença de chagas aguda no município de Belém-Pará no período de 2007 a 2017. Brazilian Journal of Health Review [Internet] 2020; 3(4): 9117-9127. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-152>

6. Bruneto EG, Fernandes-Silva MM, Toledo-Cornell C, et al. Case-fatality From Orally-transmitted Acute Chagas Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. Clinical infectious diseases [Internet] 2021; 72,6: 1084-1092. <https://doi.org/10.1093/cid/cia>

7. Rosa ML, Carvalho LC, Rosa RS, et al. Perfil demográfico e epidemiológico da doença de chagas aguda. Revista Científica Multidisciplinar [Internet] 2023; 4(11) <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i11.4239>

8. II Consenso Brasileiro em doença de Chagas, 2015 [Internet]. Brasília: Epidemiologia e Serviços de Saúde; 2016. 25:7-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/JrVJ3sYXSCYbvZdh8cH4Dqy/?format=pdf&lang=pt>

9. Felix EBG, Ferreira CMM, Santos LA, et al. Doença de chagas no Brasil: estudo transversal com base nos dados referentes ao período de 2017-2018. Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia [Internet] 2020; 8(2): 561-570. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/765>

10. Souza DSM, Araujo MTF, Garcez PS, et al. Aspectos Anatomopatológicos da Miocardite Chagásica Aguda por Transmissão Oral. Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet] 2016; 107(1): 77-80. <https://doi.org/10.5935/abc.20160110>

11. Cavalcanti GLP, Rolim DB, Pires Neto RJ, et al. Microepidemia da doença de Chagas aguda por transmissão oral no Ceará. Cad Saúde Colet [Internet] 2009; 17(4): 911-921. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/154493/artigochagas\\_2009-911-921.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/12/154493/artigochagas_2009-911-921.pdf)

12. Silva GG, Aviz GB, Monteiro RC. Perfil epidemiológico da Doença de Chagas aguda no Pará entre 2010 e 2017. Pará Research Medical Journal [Internet] 2019; 4: 1-6. <https://doi.org/10.4322/prmj.2019.029>

13. Andrade JKS, Ferreira MGQL, Oliveira EHS, et al. Microbiological quality of açai pulps marketed in a state of northeastern Brazil. Brazilian Journal of Development [Internet] 2020; 6(3): 12215-12227. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-182>

14. Oliveira RC, Souza EDG, Freitas EVS, et al. Epidemiological profile of Acute Chagas Disease in the State of Pará from 2016 to 2020. Research, Society and Development [Internet] 2022; 11(10): e493111033197. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.33197>

15. Franco-Paredes C, Villamil-Gómez WE, Schultz J, et al. A deadly feast: Elucidating the burden of orally acquired acute Chagas disease in Latin America – Public health and travel medicine importance. Travel Medicine and Infectious Disease [Internet] 2020; 36: 101565. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101565>

16. Santos TBL, Silva LMC, Reis FVF, et al. Doença de Chagas aguda no município de Belém/Pará. ARACÊ [Internet]. 2024; 6(3):8673-86. <https://doi.org/10.56238/arev6n3-256>
17. Garcia SB. Doença de Chagas: os 100 anos da descoberta e a atualidade do pensamento do seu descobridor. Arq Gastroenterol [Internet] 2009; 46(4): 249–51. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032009000400001>
18. Mizoguti IL, Koiama JR, Passos JP. Doença de Chagas: A culpa é do Açaí. Boletim informativo da Universidade de São Paulo [Internet] 2018; 1(1): 1-10. Disponível em: <https://fcf.usp.br/arquivos/Boletins/Boletim%20Informativo%20-%20Doenca%20de%20Chagas%20-%20Final.pdf>
19. Almeida ML, Almeida ML, Rodrigues DCN, et al. Epidemiologia da Doença de Chagas aguda no Brasil entre 2013 e 2023. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet] 2024; 24(4): e15955. <https://doi.org/10.25248/reas.e15955.2024>
20. Cutrim FSRF, Almeida IA, Gonçalves EGR, et al. Doença de Chagas no Estado do Maranhão, Brasil: registro de casos agudos no período de 1994 a 2008. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [Internet] 2010; 43(6): e705–e708. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000600021>
21. Alencar MMF, Santos Filho, RAB, Hirschheiter CA, et al. Epidemiologia da Doença de Chagas aguda no Brasil de 2007 a 2018. Research, Society and Development [Internet] 2020; 9(10): e8449109120-e8449109120. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9120>

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

**Gisele Marques de Carvalho** contribuiu para a pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, elaboração de tabelas, conclusões, revisão e estatísticas. **Júlia da Silva Brito** contribuiu para a pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, elaboração de tabelas, conclusões, revisão e estatísticas. **Juliane Cristine Ferreira Pires** contribuiu para a pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, elaboração de tabelas, conclusões, revisão e estatísticas. **Rafaela Macedo Assis** contribuiu para a pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, elaboração de tabelas, conclusões, revisão e estatísticas. **Lucas Araújo Ferreira** contribuiu para a administração de projetos, pesquisa bibliográfica, redação do resumo, introdução, metodologia, discussão, interpretação e descrição dos resultados, conclusões, revisão e estatísticas.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

**Como citar este artigo:** Carvalho GM, Brito JS, Pires JCF, Assis RM, Ferreira LA. Cenário Epidemiológico da Doença de Chagas Aguda no Brasil (2007-2022). Rev Epidemiol Control Infect [Internet]. 13º de março de 2026; 16. Disponível em: <https://seer.unisc.br/index.php/epidemiologia/article/view/20287>