

Evolução epidemiológica e perfil de transmissão da doença de Chagas aguda em Abaetetuba e Barcarena, Pará: Série histórica (2007-2024).

Núbia Cristina Gonçalves Casais¹ Lagerson Mauad Freiras²



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n5p927-941>

Artigo recebido em 22 de Maio e publicado em 22 de Julho de 2026

REVISÃO INTEGRATIVA EPIDEMIOLÓGICA

RESUMO

Introdução: A doença de Chagas, é uma antropozoonose, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, configura-se como um dos principais desafios de saúde pública na América Latina, sendo classificada pela Organização Mundial da Saúde como uma doença tropical negligenciada de alta morbimortalidade e que afeta mais de 7 milhões de indivíduos no mundo. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico e a evolução dos casos de Doença de Chagas Aguda no período de 2007 a 2024, identificando os padrões de transmissão e os grupos populacionais de maior risco em municípios do Estado do Pará. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa epidemiológica, um estudo descritivo e retrospectivo, que utilizou dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, no período de 2007 a 2024. **Resultados:** A série histórica evidenciou maior magnitude de casos em Abaetetuba, com picos em 2012 (63 casos), em 2022 (68 casos) e 2024 (55 casos). Em Barcarena, apresentou um menor número de notificações, sendo seu maior pico em 2024 (29 casos). A transmissão oral predominou, representando entre 72,5% e 88,6% dos casos notificados. Houve predominância do sexo masculino e da faixa etária de 20 a 59 anos, além de elevada concentração de casos em áreas urbanas. **Conclusão:** Os municípios analisados permanecem como áreas prioritárias para vigilância, especialmente diante da persistência da transmissão oral na região amazônica.

¹UNIPLAN - Centro Universitário Planalto do Distrito Federal - Barcarena - Pará.

²UFPA – Universidade Federal do Pará - Altamira - Pará.



Palavras-chave: Vigilância em Saúde, Epidemiologia, Doença de Chagas Aguda, Transmissão Oral.

ABSTRACT

Introduction: Chagas disease is a zoonotic parasitic infection caused by the protozoan *Trypanosoma cruzi*. It remains one of the major public health challenges in Latin America and is classified by the World Health Organization as a neglected tropical disease associated with substantial morbidity and mortality, affecting more than 7 million people worldwide. **Objective:** To analyze the epidemiological profile and temporal trends of Acute Chagas Disease cases from 2007 to 2024, identifying transmission patterns and population groups at higher risk in municipalities of Pará State, Brazil. **Methods:** This integrative epidemiological review employed a descriptive, retrospective design based on secondary data obtained from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the Pará State Department of Public Health (SESPA), covering the period from 2007 to 2024. **Results:** The historical series demonstrated a higher burden of Acute Chagas Disease cases in Abaetetuba, with incidence peaks in 2012 (63 cases), 2022 (68 cases), and 2024 (55 cases). Barcarena presented a lower number of reported cases, with its highest peak recorded in 2024 (29 cases). Oral transmission was the predominant route, accounting for 72.5% to 88.6% of all reported cases. Most cases occurred among males and individuals aged 20–59 years, with a high concentration of infections in urban areas. **Conclusion:** The municipalities analyzed remain priority areas for epidemiological surveillance, particularly in light of the persistent oral transmission of Acute Chagas Disease in the Brazilian Amazon.

Keywords: *Health Surveillance, Epidemiology, Acute Chagas Disease; Epidemiology; Oral Transmission*

Instituição afiliada – ¹Docente na Universidade Planalto do Distrito Federal (UNIPLAN), Barcarena - Pará.

² **Docente e pesquisador** Universidade Federal do Pará (UFPA) – campus Altamira - Pará.

Autor correspondente: Núbia Cristina Gonçalves Casais

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC), é uma antropozoonose, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, configura-se como um dos principais desafios de saúde pública na América Latina, sendo classificada pela Organização Mundial da Saúde como uma doença tropical negligenciada de alta morbimortalidade e que afeta mais de 7 milhões de indivíduos no mundo (WHO, 2026).

Identificadas por Carlos Chagas em 1909, a DC vem sendo estudada ao longo dos anos e até o presente estudo foram elucidadas algumas vias de transmissão na literatura e dentre elas destacam-se a via vetorial clássica, mas também a doença pode ser transmitida por outras formas como a via transfusional ou transplante de órgãos, via ocupacional, via vertical ou congênita e pela via oral (Neves, 2020).

No cenário brasileiro, embora o controle vetorial tenha reduzido a transmissão domiciliar clássica por triatomíneos colonizadores, observa-se um crescimento progressivo dos casos agudos, concentrados predominantemente na região Norte, onde a transmissão oral assumiu papel central na dinâmica epidemiológica da doença (LEITÃO et al., 2025; SILVA et al., 2020; SANTANA et al., 2019).

Atualmente, a região da Amazônia brasileira é considerada endêmica para a ocorrência da DC, com registro de casos esporádicos e surtos caracterizados como microepidemias familiares, observados com maior frequência em áreas urbanas (SOUZA; MONTEIRO, 2022).

O estado do Pará consolida-se como a unidade federativa de maior magnitude para a Doença de Chagas Aguda (DCA) no Brasil. Diferentemente do modelo epidemiológico histórico de transmissão vetorial domiciliar, a dinâmica atual da doença no estado caracteriza-se pela predominância da transmissão oral, principalmente associada ao consumo de alimentos regionais contaminados durante as etapas de manipulação e processamento artesanal, especialmente do açaí e da bacaba (SANTANA et al., 2019; SILVA et al., 2020; COSTA et al., 2026).

Essa dinâmica é fortemente impulsionada por determinantes socioambientais (Neves, 2020), e também pelos fatores de risco ocupacionais, observando-se que o número de casos no estado sustenta um índice alto de casos notificados nas últimas décadas e com forte concentração na Macrorregião I (BARBOSA et al., 2025; COSTA et al., 2026; SANTANA et al., 2019). Essa organização territorial em Macrorregiões no Pará é fruto do desenho de regionalização estabelecido pela Resolução CIB-SUS/PA nº 090/2013 e ratificado pelas diretrizes nacionais de planejamento regional (BRASIL, 2021).

Assim, a Região de Saúde Tocantins, pertencente a Macrorregião I, segundo a Resolução CIB-SUS/PA nº 090/2013, é um território que se destaca pela maior magnitude de casos no Pará, respondendo por cerca de 33% de todas as notificações de DCA estaduais em períodos recentes. A região abrange municípios com alta densidade populacional e intensa atividade extrativista, o que exige da gestão em saúde uma

vigilância constante das estimativas populacionais para o cálculo preciso de indicadores de incidência (FAPESPA, 2024; MARTINS et al., 2024).

Portanto, dentro da abrangência da Região de Saúde Tocantins estão os municípios de Abaetetuba e Barcarena, que juntos apresentam um cenário de alerta da transmissão oral com base em dados epidemiológicos. Embora os padrões de ocorrência da DCA apresentem heterogeneidade entre os municípios paraenses, evidências recentes apontam que determinados territórios da Região de Saúde Tocantins mantêm condições particularmente favoráveis à persistência da transmissão (NASCIMENTO et al., 2021).

Aspectos relacionados à intensa circulação de produtos extrativistas, à expansão urbana acelerada e às transformações ambientais observadas na Amazônia têm sido associados à manutenção da cadeia epidemiológica da doença, especialmente em localidades com forte dependência econômica do processamento e comercialização de frutos regionais (MARTINS et al., 2024; NASCIMENTO et al., 2021).

Nesse contexto, Abaetetuba e Barcarena configuram-se como municípios estratégicos para a compreensão da dinâmica contemporânea da DCA no Pará. Além de integrarem a região de saúde com maior concentração de notificações do estado, esses municípios representam cenários distintos de ocupação territorial, urbanização e atividades produtivas, permitindo analisar como fatores socioambientais e econômicos influenciam os padrões de transmissão da enfermidade (SILVA et al., 2020; NASCIMENTO et al., 2021; MARTINS et al., 2024).

Assim, justifica-se que a análise da evolução epidemiológica nesta região é fundamental, pois o perfil de acometimento, focado majoritariamente em adultos jovens em idade economicamente ativa, gera impactos sociais expressivos. Além disso, o diagnóstico oportuno na fase aguda representa uma janela de oportunidade vital para o tratamento etiológico eficaz, evitando a evolução para cardiopatias chagásicas graves e formas crônicas incapacitantes que elevam as taxas de letalidade acima da média nacional (BARBOSA et al., 2025). Sendo o objetivo, analisar o perfil epidemiológico e a evolução dos casos de Doença de Chagas Aguda no período de 2007 a 2024, identificando os padrões de transmissão e os grupos populacionais de maior risco nos municípios de Abaetetuba e Barcarena no Estado do Pará.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma revisão da literatura, um estudo descritivo e retrospectivo, que utilizou dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-Net/DATASUS). A análise abrange o período histórico de 2007 a 2024, além dos dados atualizados de 2024 disponíveis nas bases de dados de acesso público da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA). As variáveis epidemiológicas investigadas incluem: sexo, faixa etária, zona de residência e provável modo de infecção.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados oficiais como SciELO

(*Scientific Electronic Library Online*), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PubMed e Google Acadêmico, além das consultas ao SINAN-Net. Para a seleção dos artigos, foram utilizados os descritores e suas combinações: “Doença de Chagas Aguda”; “Epidemiologia”; “Transmissão Oral”; “Vigilância em Saúde”; “Pará”.

Os critérios de inclusão foram estudos publicados nos anos de 2019 a 2026 que abordassem sobre doença de chagas no Pará; dados públicos de casos notificados de doença de Chagas Aguda no SINAN-Net nos anos de 2007 a 2024 por município de notificação do estado do Pará. Foram considerados apenas os casos classificados como confirmados, conforme critérios diagnósticos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS), independentemente da forma clínica. Foram excluídos os casos notificados como descartados ou inconclusivos, bem como registros identificados como duplicados. Também foram excluídos os casos cuja informação referente ao município de residência esteja ausente ou apresente inconsistências que inviabilizam a adequada classificação territorial no recorte definido.

Os dados epidemiológicos foram tabulados em planilha eletrônica da *Microsoft Excel* e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e porcentagens (%). Realizou-se uma análise comparativa entre as pesquisas publicadas sobre o tema. Os critérios de confronto incluíram: período do estudo, escopo geográfico (localidade), modo de transmissão predominante, perfil sociodemográfico (sexo e faixa etária) e os principais contribuições de cada autor.

Por se tratar de um estudo que faz uso de dados de domínio públicos, são dispensadas de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Durante a elaboração deste manuscrito foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial, exclusivamente como apoio à revisão textual, ao aprimoramento da redação científica e à organização do manuscrito. Todas as decisões relacionadas ao delineamento metodológico, à seleção e interpretação dos estudos, à discussão dos resultados e às conclusões foram realizadas pelos autores, que assumem integral responsabilidade pelo conteúdo científico apresentado.

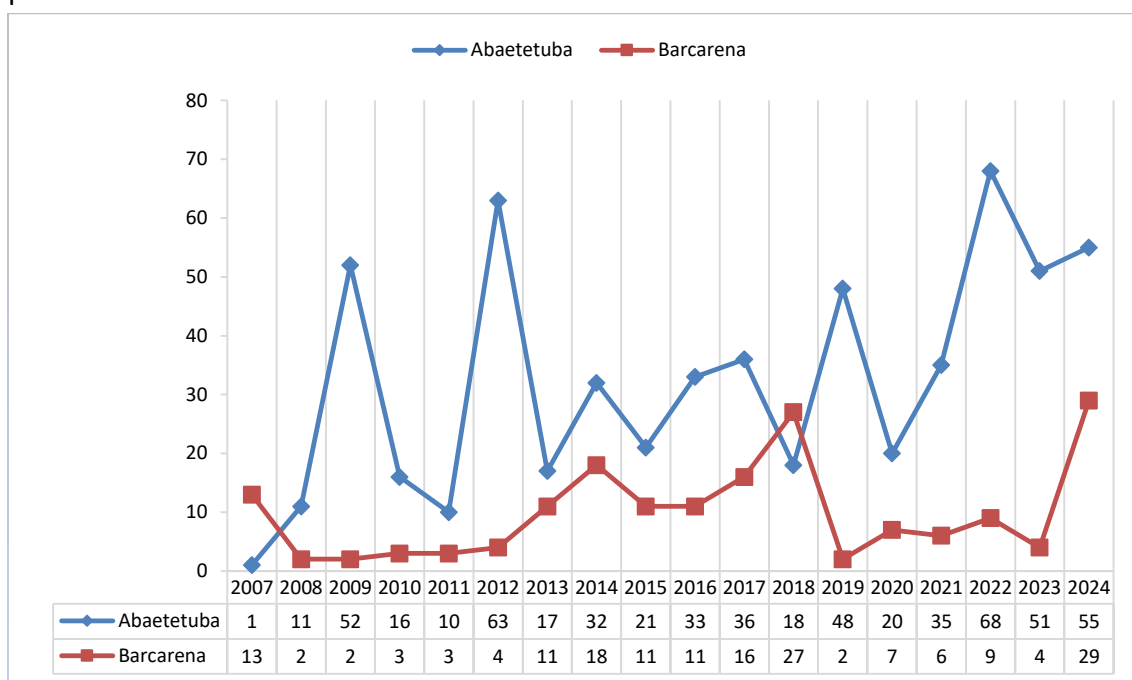
RESULTADO E DISCUSSÃO

Como primeiros resultados encontrados na pesquisa, entre os anos de 2007 a 2024, verificou-se que o cenário epidemiológico da DCA é caracterizado por oscilações temporais e ocorrência de picos epidêmicos intercalados, refletindo tanto mudanças sazonais nos padrões das vias de transmissão da doença quanto nas melhorias da sensibilidade nos sistemas de vigilância sob as diretrizes nacionais de planejamento regional (BRASIL, 2021; LEITÃO et al., 2025).

A análise dos dados históricos obtidos no sistema de notificação do MS o Sina-Net, mostrou que os municípios de Abaetetuba e Barcarena, mantiveram-se em evidência no estado do Pará, apresentando dinâmicas distintas de notificações de transmissão de DCA durante todo período analisado.

O desempenho dos registros de DCA do município de Abaetetuba mostrou-se flutuante, iniciando a série histórica com apenas 1 caso em 2007 e atingindo seus maiores picos nos anos de 2012 (63 casos) e 2022 (68 casos), encerrando o período em 2024 com 55 casos notificados. Em contrapartida, Barcarena apresentou historicamente volumes menores de notificações, com picos evidentes em 2018 (27 casos) e em 2024 (29 casos), evidenciando um acréscimo de notificações nesse último ano após um período de estabilização em patamares baixos entre 2019 e 2023 (**Figura 1**).

Figura 1: Casos confirmados de DCA notificado segundo Município de notificação no período de 2007-2024



Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan-Net, 2026.

Embora os dados oficiais apontem volumes historicamente menores de notificações em Barcarena quando comparados aos de Abaetetuba, tais resultados devem ser interpretados com cautela. Em áreas endêmicas da Amazônia, oscilações abruptas e registros persistentemente reduzidos podem refletir limitações na sensibilidade da vigilância epidemiológica, dificuldades no diagnóstico em tempo hábil e possível subnotificação dos casos, especialmente em municípios submetidos a intensas transformações socioambientais e urbanas. Nesse contexto, a baixa frequência de notificações não deve ser interpretada, isoladamente, como indicativo de menor circulação do *T. cruzi*, mas analisada em conjunto com as características territoriais e operacionais da vigilância em saúde (SILVA et al., 2020; MENEZES et al., 2019).

Para Souza e Monteiro (2022), estes municípios se destacam entre as lideranças

das notificações de DCA no estado do Pará. Dados da Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) de 2024 demonstram que esses municípios vêm mantendo volumes expressivos de notificações no cenário estadual, especialmente Abaetetuba, pois do total de 475 casos registrados no estado do Pará de 2024, os dois municípios somaram 84 registros, sendo 55 em Abaetetuba e 29 em Barcarena. Além disso, os municípios de Ananindeua (47), Breves (45), Curralinho (43) e Cametá (41) também se posicionam no topo das cinco localidades com os maiores históricos de notificações de DC no estado.

Entretanto, no que se refere aos dados de 2024, observa-se uma discreta divergência entre as fontes oficiais de informação, uma vez que o SINAN-Net registra 29 casos de DCA em Barcarena pela busca de casos confirmados de DCA por Município de notificação e Ano 1º Sintomas, enquanto os dados consolidados pela SESPAs indicam 39 notificações no mesmo período (PARÁ, 2025). Essa diferença pode estar relacionada à dinâmica de consolidação e atualização das bases de dados epidemiológicos, incluindo possíveis duplicidades, notificações em diferentes níveis de atenção e integração parcial entre sistemas de informação em saúde.

A partir de 2023, a vigilância foi expandida para incluir a notificação obrigatória de casos crônicos de DC através do sistema e-SUS Notifica, visando dimensionar a distribuição da doença e planejar a assistência à saúde longitudinal. Por isso, considera-se que parte dessas variações pode decorrer da interface com o e-SUS Notifica, especialmente em cenários onde há registros iniciais ou complementares de casos que posteriormente são reclassificados ou consolidados no SINAN, o que pode influenciar a contabilização final dos casos de DCA no território (BRASIL, 2025).

Nesse contexto, a recorrente presença de Barcarena entre os municípios com destaque em números de notificações de DCA no estado demonstra que a transmissão da doença permanece ativa e com forte relação às condições socioambientais complexas. A literatura aponta que a expansão urbana desordenada, as modificações ambientais e a dinâmica econômica baseada no extrativismo regional contribuem para a manutenção de cenários favoráveis à circulação do *T. cruzi*, e tais fatores contribuem para a ocorrência de casos agudos, reforçando a necessidade de vigilância epidemiológica contínua e de estratégias integradas de controle voltadas às especificidades da realidade amazônica (MARTINS et al., 2024; NASCIMENTO et al., 2021).

Ademais, a centralização do diagnóstico nas zonas urbanas e a frequente demora no diagnóstico precoce na fase aguda segundo Menezes et al. (2019) corroboram para a invisibilidade dos casos iniciais e informação no sistema. Considerando que a dispersão do *T. cruzi* e a dinâmica de urbanização da doença, já mencionadas, são realidades compartilhadas na Região de Saúde Tocantins. No entanto, para Silva et al. (2020), a aparente redução ou estabilização de casos em municípios, como observado em Barcarena, em determinados anos pode refletir vazios de vigilância ativa, e não necessariamente a ausência de transmissão no território.

Porém, para melhor realizar a inferência entre estudos selecionados, foram

encontrados alguns estudos na literatura científica abordando sobre o tema. De tal modo, foram selecionados um total de 13 trabalhos sobre a DCA no Pará, 09 estudos foram estudos científicos publicados entre 2019 à 2026, os 4 restantes foram base de dados obtidos no período de 2007 a 2024 como as normativas, boletins epidemiológicos de sites oficiais da SESPA, Ministério da Saúde (MS) e o banco de dados das notificações compulsórias do sistema SINAN para compor a pesquisa (**Quadro 1**).

Quadro 1: Comparativa de estudos sobre doença de Chagas Aguda (DCA)

Principais Autores (Ano)	Período do estudo	Escopo Geográfico	Via de Transmissão predominante	Sexo/faixa etária	Principais contribuições
Santana et al. (2019)	2017-2018	Amazônia Brasileira	Via Oral	Fem. (80%) / 1-65 anos	Confirma a predominância oral via frutos e microepidemias familiares.
Silva et al. (2020)	2010-2017	Estado do Pará	Via Oral (72,5%)	N/I	O número de casos no Pará triplicou; evidência da urbanização da doença.
Nascimento et al. (2021)	2012-2016	Região de Saúde Tocantins (PA)	Via Oral (88% geral)	Masc. (56,9%) / 20-39 anos	Forte associação entre infecção oral e residentes de áreas urbanas (94%).
Souza e Monteiro (2022)	2007-2020	Estado do Pará	Via Oral (78%)	Masc. (54%) / 20-59 anos	Abaetetuba (333 casos) e Barcarena (139) lideram a série histórica.
Graça et al. (2022)	2018	Município Amazônico - Abaetetuba	N/I	Não houve predominância de sexo / 20-59 anos	Evidenciou elevada vulnerabilidade socioeconômica dos pacientes com DCA, caracterizada por baixa renda e baixa escolaridade, reforçando a influência dos determinantes sociais na ocorrência da doença.
Martins et al. (2024)	2017-2021	Pará (13 Regiões de Saúde)	Via Oral (87,6%)	Masc. (54,1%) / 20-59 anos	Região Tocantins (PA) foi a mais prevalente, com 405 casos.

Barbosa et al. (2025)	2014-2023	Estado do Pará	Via Oral (87,4%)	Masc. (54,1%) / 20-39 anos	Concentração de 88% dos casos na Macrorregional I (inclui a região Tocantins).
Leitão et al. (2025)	2013-2023	Brasil (Nacional)	Via Oral (crescent e no Norte)	Masc. (54,2%) / 20-59 anos	Crescimento sustentado de casos; picos de agosto a novembro.
Costa et al. (2026)	2015-2023	Estado do Pará	Via Oral (88,6%)	Masc. (54,3%) / 20-39 anos	Consolidação da via oral como principal forma de contágio no estado.

Legenda: N/I: não identificado DCA: Doença de Chagas Aguda Fem.: Feminino Masc.: Masculino

Fonte: Protocolo do estudo, 2026

Notadamente a transmissão oral foi identificada como predominante em praticamente todos os estudos incluídos nesta pesquisa, como de Martins et al. (2024) e Nascimento et al. (2021), que avaliaram essa variável, apresentando percentuais progressivamente elevados ao longo dos anos.

Sendo assim, a principal mudança no paradigma epidemiológico da região é a consolidação desta via oral como o modo predominante de transmissão. Costa et al. (2026) afirmam que 88,6% dos casos no Pará ocorrem por essa via, superando largamente a média histórica nacional. A pesquisa de Santana et al. (2019) reforça que a ingestão de alimentos contaminados, como o suco de açaí e a bacaba, é a rota crítica de infecção na Amazônia.

O predomínio da transmissão oral acompanha a evolução epidemiológica recente da DCA no Brasil, caracterizada por crescimento sustentado das notificações. Leitão et al. (2025) registraram aumento de 64 casos em 2013 para 292 casos em 2023, com maior concentração entre os meses de agosto e novembro. No estado do Pará, essa tendência mostra-se ainda mais expressiva, mantendo a unidade federativa como principal área de ocorrência da doença no país e reforçando seu papel central na epidemiologia nacional da DCA (SILVA et al., 2020; MARTINS et al., 2024; BARBOSA et al., 2025).

Um achado importante e fundamental é que a Região Tocantins revela uma especificidade em relação a modulação da via de transmissão oral, e um alerta para essa concentração nas áreas com urbanização, onde Nascimento et al. (2021) destaca que 94% dos infectados são residentes em áreas urbanas e a forma de transmissão foi por via alimentos contaminados, e não mais nos modelos antigos, cuja veiculação estaria centrada na periferia e áreas rurais ou silvestres pela via vetorial. Esse fenômeno também é discutido por Silva et al. (2020), que observaram que o número de casos no Pará triplicou na última década, indicando que a logística de transporte de frutos das

várzeas para os centros urbanos exporta o parasita para as cidades.

Estudos desenvolvidos na Região Tocantins têm demonstrado que a interação entre modificações ambientais, mobilidade populacional e processamento de alimentos de origem regional exerce papel relevante na manutenção da circulação do *T. cruzi*, reforçando a necessidade de investigações epidemiológicas direcionadas para esses territórios. Em conjunto, as evidências apresentadas por Silva et al. (2020), Nascimento et al. (2021) e Martins et al. (2024) demonstram que a persistência da DCA na Amazônia resulta da interação entre fatores ambientais, expansão urbana, circulação de alimentos regionais e vulnerabilidades territoriais, exigindo estratégias intersetoriais que integrem vigilância epidemiológica, segurança dos alimentos e educação em saúde.

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao comportamento temporal irregular da DCA observado nos municípios analisados. A série histórica analisada de 2007 e 2024 evidenciou que a ocorrência da doença não apresentou comportamento linear de crescimento ou redução, mas ciclos sucessivos de recrudescimento e diminuição das notificações (BRASIL, 2026). Nos estudos de Barbosa et al. (2025) notou-se que essa dinâmica sazonal atinge seu pico invariavelmente no segundo semestre, entre os meses de agosto a novembro, ocasião que coincide com a safra regional do açaí e a maior circulação do parasita nas áreas de processamento do fruto.

O município de Abaetetuba apresenta no panorama histórico elevados registros nos anos de 2012 e 2022, no entanto, entre este período (2013 a 2021) nota-se redução relativa, sem que houvesse interrupção da transmissão. Situação semelhante pode ser observada em Barcarena, onde, apesar do menor número absoluto de notificações, verificam-se sucessivos registros ao longo de praticamente toda a série analisada. Esse comportamento sugere que a DCA permanece endêmica na Região Tocantins, apresentando surtos episódicos sobre uma base persistente de transmissão, característica compatível com o padrão descrito para a Amazônia brasileira, onde fatores ambientais, sazonais e relacionados ao processamento de alimentos influenciam diretamente a dinâmica de ocorrência da doença (SANTANA et al., 2019; SILVA et al., 2020; LEITÃO et al., 2025).

Analisando o perfil de gênero afetado pela DCA no Pará, no que tange ao perfil sociodemográfico dos casos, a conforme quadro 1 dos estudos analisados, há uma marcante predominância no sexo masculino, padrão este validado por 66,7% dos autores (6 de 9 estudos). Quanto à faixa etária, observou-se um padrão bastante consistente entre os estudos analisados (NASCIMENTO et al., 2021; SOUZA E MONTEIRO, 2022; MARTINS et al., 2024; BARBOSA et al., 2025; LEITÃO et al., 2025).

Dos trabalhos que analisaram a faixa etária predominante em DCA, um total de 7 (77,8%) estudos apontam o acometimento da doença em adultos jovens e indivíduos em idade economicamente ativa, variando entre 20 e 39 anos ou entre 20 e 59 anos. Apenas o estudo de Santana et al. (2019) trouxe uma amplitude muito maior e contraditório, englobando de crianças a idosos com faixa etária de 1 a 65 anos, e gênero biológico majoritariamente feminino, contradizendo os demais estudos. No entanto,

esse cenário epidemiológico sugere uma forte relação da transmissão com atividades laborais e extrativistas na região, divergindo do padrão de microepidemias puramente domiciliares.

Corroborando esse perfil epidemiológico, Graça et al. (2022), ao investigarem pacientes diagnosticados com DCA no município de Abaetetuba, identificaram importante vulnerabilidade socioeconômica entre os acometidos, caracterizada pelo predomínio de baixa escolaridade, ausência ou baixa renda familiar e idade média de 33 anos. Diferentemente da maioria dos estudos realizados no estado do Pará, os autores não observaram predominância entre os sexos, evidenciando distribuição equivalente entre homens e mulheres. Esses achados reforçam que a ocorrência da DCA na Amazônia transcende os aspectos biológicos da infecção, estando intimamente relacionada aos determinantes sociais da saúde, que influenciam tanto a exposição aos fatores de risco quanto o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento.

Essa homogeneidade dos resultados fortalece a robustez das evidências disponíveis sobre a DCA no Pará e reduz a possibilidade de que os padrões observados sejam decorrentes de eventos isolados ou limitações metodológicas específicas. Os achados descritos por Nascimento et al. (2021), Martins et al. (2024), Barbosa et al. (2025) e Costa et al. (2026) demonstram elevada concordância quanto ao perfil epidemiológico da doença, reforçando a consolidação de um modelo de transmissão predominantemente oral na região amazônica paraense e a necessidade de estratégias de vigilância em saúde direcionadas aos grupos populacionais e territórios de maior risco.

Além disso, os achados reunidos nesta revisão demonstram uma importante transformação no perfil epidemiológico tradicional da DC. Historicamente associada à transmissão vetorial em ambientes rurais e habitações precárias, a DCA passou a apresentar características distintas na região amazônica, estando cada vez mais relacionada ao consumo de alimentos contaminados e à ocorrência de casos em áreas urbanizadas. A elevada frequência de infecções entre residentes urbanos, observada por Nascimento et al. (2021), associada ao crescimento das notificações descrito por Silva et al. (2020), sugere que a circulação do *T. cruzi* acompanha as cadeias produtivas e comerciais dos frutos amazônicos. Dessa forma, o controle da doença ultrapassa as estratégias clássicas de combate ao vetor, tornando indispensável a integração entre vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e segurança alimentar.

Por fim, considerando os achados tanto na literatura quanto em dados públicos registrados pelos próprios municípios afetados com a DC em seu território, torna-se importante corroborar para o fortalecimento das orientações sobre a prevenção e monitoramento da DC no território paraense, ressalta-se ainda que esta discussão deve servir para que gestores locais em Abaetetuba e Barcarena implementem vigilância sanitária rigorosa sobre batedores artesanais e garantam o diagnóstico precoce, visto que o atraso na detecção urbana agrava o prognóstico dos pacientes (PARA, 2025).

Apesar dos avanços na compreensão do perfil epidemiológico da infecção por *T.*

cruzi na Amazônia, permanecem escassos estudos que integrem, em uma mesma abordagem, a caracterização clínico-epidemiológica, a distribuição espacial dos casos e a análise do contexto territorial relacionado à cadeia artesanal produtiva do açaí. Nesse cenário, o presente estudo busca contribuir para o preenchimento dessa lacuna, fornecendo evidências que possam subsidiar o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária na Região de Saúde Tocantins.

CONCLUSÃO

Os municípios de Abaetetuba e Barcarena permanecem como áreas de atenção para a DCA, exigindo vigilância sanitária rigorosa sobre batedores artesanais de açaí e ações de educação em saúde. Embora o Pará registre redução geral nos casos em 2024, mas a alta incidência nestes municípios reforça a necessidade de manter o monitoramento de municípios vulneráveis e garantir o diagnóstico precoce para evitar a evolução para as complicações da fase crônica, como a cardiopatia chagásica. Diante disso, torna-se importante a veiculação deste estudo como uma ferramenta estratégica de comunicação em saúde ao traduzir dados densos em informações acessíveis, promovendo o engajamento social, fortalecendo as práticas de prevenção coletiva e auxiliando os gestores na tomada de decisões rápidas e assertivas para o controle da Doença de Chagas na região.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, S B. et al. Doenças de chagas aguda nas regiões de saúde do estado do Pará: uma série histórica. **ARACÊ**, [S. l.], v.7, n.7, p.38831–38846, 2025. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/6673>. Acesso em 30 jan. 2026
2. BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução de Consolidação CIT nº 1**, de 2 de junho de 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2021/rsc0001_02_06_2021.html. Acesso em 30 jan. 2026
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença de Chagas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas>. Acesso em 03 fev. 2026
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Informações de Saúde (TABNET): Doenças e Agravos de Notificação – SINAN**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 4 jul. 2026.
5. COSTA, RB et al. Análise do perfil epidemiológico da transmissão oral da doença de chagas aguda no Pará entre os anos de 2015 a 2023. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, [s. l.], v. 26, e22781, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reac.e22781.2026>. Acesso em 03 fev. 2026
6. GRAÇA, et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico da doença de Chagas aguda em um município amazônico. **Saúde Coletiva (Barueri)**, Barueri, v. 12, n. 73, p. 9704-9713, 2022. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2022v12i73p9704-9713. Disponível em:

<https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2302>.

Acesso em 10 de jun. 2026

7. LEITÃO, VR et al. Análise epidemiológica da doença de chagas aguda no Brasil (2013-2023): padrões temporais, sazonais e por sexo em adultos de 20 a 59 anos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 7, n. 11, p. 1789-1803, 2025.

Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n11p1789-1803>. Acesso em 30 jan. 2026

8. MARTINS, JCN et al. Análise epidemiológica da doença de chagas aguda nas 13 regiões de saúde do estado do Pará entre os anos de 2017 e 2021. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 24, n. 12, e18364, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e18364.2024>. Acesso em 30 jan. 2026

9. NASCIMENTO, LPGR et al. Prevalência da doença de chagas associada ao modo de infecção. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 26, e73951, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.73951>. Acesso em 26 jan. 2026

10. NEVES, DP. **Parasitologia Humana**. 11 ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2020

11. Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA). **Anuário Estatístico do Pará 2024: População total, estimativas populacionais e censo demográfico 2020 a 2024**. Belém: FAPESPA, 2024. Disponível em: <https://fapespa.pa.gov.br>. Acesso em 09 mai. 2026

12. Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA). **Pará registra redução nos casos de doença de Chagas em 2024**. Belém: SESP, 10 fev. 2025. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br>. Acesso em 09 mai. 2026

13. PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **Resolução CIB-SUS/PA nº 090**, de 12 de junho de 2013. Repactua o desenho de Regionalização do Estado do Pará. Belém, PA: SESP, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br>. Acesso em 03 jun. 2026

14. SANTANA, RAG et al. Oral Transmission of Trypanosoma cruzi, Brazilian Amazon. **Emerging Infectious Diseases**, v. 25, n. 1, p. 132-135, jan. 2019. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/25/1/18-0646_article. Acesso em 15 mai. 2026

15. SILVA, GG et al. Perfil epidemiológico da Doença de Chagas aguda no Pará entre 2010 e 2017. **Pará Research Medical Journal**, v. 3, n. 3, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/prmj.2019.029>. Acesso em 09 mai. 2026

16. SOUZA, DSM; MONTEIRO, MRCC. **Doença de Chagas: manual de recomendações para o diagnóstico, tratamento e seguimento ambulatorial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. das Autoras, 2022. Disponível em: <https://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/Manual-de-recomendacao-para-o-diagnostico-tratamento-e-seguimento-ambulatorial.-2%C2%B0Edicao.pdf>. Acesso em 09 mai. 2026

17. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Doença de Chagas (tripanossomíase americana)**. Geneva: World Health Organization, 14 abr. 2026. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/chagas-disease>.

Acesso em 03 de jun. 2026



Evolução epidemiológica e perfil de transmissão da doença de Chagas aguda em Abaetetuba e Barcarena, Pará: Série histórica (2007-2024).

Casais, N.C.G; Freitas, L.M, 2026