


DOENÇA DE CHAGAS NO BRASIL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE À LUZ DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.044-017>

Débora dos Santos da Silva

Pós-graduada em Saúde Pública com Ênfase em ESF
Faculdade Venda Nova do Imigrante - FAVENI, Rosário do Sul RS
E-mail: deborasantos_rb@hotmail.com

Cinthy Carlene Souza Ferreira Quaresma

Graduada em Biomedicina
Universidade Federal do Pará - UFPA, Belém PA
E-mail: cinthya_quaresm@outlook.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3435268203090218>

Larissa de Paula Dias Barroso

Graduanda em Enfermagem
Universidade do Vale do Sapucaí Pouso Alegre - UNIVÁS, Pouso Alegre MG
E-mail: larissadiasbarroso@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/6035223166912712>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5830-2663>

Kelly Cristina Alberto Oliveira

Pós-graduada em Enfermagem Obstétrica na Modalidade Residência em Enfermagem Obstétrica
Universidade Federal do Pará - UFPA, Belém PA
E-mail: kellyksdalberto@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3639121144713490>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2352-925X>

Íris Eccard Camara

Graduanda em Medicina
Faculdade de Medicina de Petrópolis - UNIFASE, Petrópolis, RJ
E-mail: iriseccard445@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3479753533578245>

Lady Dayane da Silva Quiroz

Pós-graduada em Saúde da Família
Centro Universitário Santa Terezinha - CEST, São Luís MA
E-mail: ladydayane27@yahoo.com.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4202-2191>

Francimary Cibelly Melo Rodrigues

Graduanda em Farmácia
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Olho D'água PB
E-mail: francimaryrodrigues3825@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1329179306079283>

Humberto Rabelo

Professor do Departamento de Computação e Tecnologia da UFRN
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal RN

E-mail: hlabeloufrn@gmail.com

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4563502602959752>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2246-1073>

RESUMO

A Doença de Chagas permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, sendo fortemente influenciada por determinantes sociais, econômicos e ambientais. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico da doença no país e avaliar as estratégias de educação em saúde à luz dos determinantes sociais da saúde. Trata-se de uma revisão integrativa, com abordagem epidemiológica, realizada a partir de buscas nas bases SciELO, PubMed e Latindex, além de documentos oficiais, no período de 2022 a 2026. Os resultados evidenciaram distribuição heterogênea da doença, com maior concentração nas regiões Norte e Nordeste, predominância em adultos e idosos, e associação com baixa escolaridade e populações racialmente vulnerabilizadas. Observou-se, ainda, a transição do perfil de transmissão, com destaque para a via oral em determinadas regiões. No que se refere à educação em saúde, identificou-se que estratégias participativas e contextualizadas apresentam maior efetividade, embora ainda enfrentem desafios relacionados à continuidade, articulação intersetorial e adequação sociocultural. Conclui-se que a persistência da Doença de Chagas está diretamente relacionada às desigualdades sociais, sendo necessário o fortalecimento de políticas públicas integradas, com ênfase na educação em saúde e na equidade. O estudo contribui para a compreensão ampliada da doença e para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de enfrentamento.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde; Doença de Chagas; Educação em saúde; Epidemiologia; Saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas, também denominada tripanossomíase americana, configura-se como um importante problema de saúde pública na América Latina, com expressiva relevância no Brasil devido à sua elevada carga histórica, social e epidemiológica. Trata-se de uma enfermidade causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, transmitida principalmente por vetores triatomíneos, embora outras formas de transmissão, como transfusional, congênita e oral, também sejam reconhecidas (Sousa *et al.*, 2024; Hochberg; Montgomery, 2023). Apesar dos avanços no controle vetorial, a doença permanece como desafio persistente, sobretudo em populações vulneráveis, refletindo desigualdades estruturais e limitações no acesso aos serviços de saúde (WHO, 2024; OPAS, 2023).

No contexto brasileiro, a Doença de Chagas apresenta características epidemiológicas complexas, marcadas pela transição do perfil de transmissão vetorial clássica para formas associadas à ingestão de alimentos contaminados, especialmente na região amazônica (Brasil, 2024). Ademais, estimativas recentes apontam para uma prevalência significativa de casos crônicos distribuídos heterogeneamente entre os municípios, evidenciando a persistência da doença mesmo após décadas de intervenções sanitárias (Laporta *et al.*, 2024). Essa heterogeneidade espacial está fortemente associada a fatores ambientais, socioeconômicos e culturais, que influenciam tanto a exposição ao vetor quanto o acesso ao diagnóstico e tratamento (Lino; Azeredo; Oliveira, 2024).

Sob a perspectiva clínica, a Doença de Chagas apresenta evolução bifásica, compreendendo uma fase aguda frequentemente assintomática ou oligossintomática, seguida por uma fase crônica que pode evoluir para formas graves, especialmente a cardiomiopatia chagásica, considerada a principal causa de morbimortalidade associada à doença (Jimenez; Winokur, 2023; Marin-Neto *et al.*, 2023). Essa condição impacta significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados e sobrecarrega os sistemas de saúde, reforçando a necessidade de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e manejo clínico adequado (Santos; Costa; Silva, 2025).

Entretanto, para além dos aspectos biomédicos, a Doença de Chagas deve ser compreendida à luz dos determinantes sociais da saúde, os quais englobam condições de moradia, renda, escolaridade, acesso a serviços de saúde e contextos socioculturais. Historicamente associada à pobreza rural e à precariedade habitacional, a doença mantém-se como marcador de iniquidades sociais, perpetuando ciclos de vulnerabilidade e exclusão (Gomes, 2022; Pereira-Silva; Mello; Araújo-Jorge, 2022). Nesse sentido, a invisibilidade social dos portadores crônicos, muitas vezes negligenciados pelas políticas públicas, constitui um dos principais entraves ao enfrentamento efetivo da enfermidade.

Diante desse cenário, emerge a necessidade de abordagens integradas que articulem vigilância epidemiológica, atenção à saúde e ações de educação em saúde, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade. A educação em saúde configura-se como ferramenta estratégica para a promoção do conhecimento, fortalecimento da autonomia dos indivíduos e incentivo à adoção de práticas preventivas (Aguiar *et al.*, 2022; Oliveira; Barbosa; Rodrigues, 2023). Experiências desenvolvidas em comunidades ribeirinhas e quilombolas demonstram que intervenções educativas contextualizadas podem contribuir significativamente para a redução de riscos e melhoria dos indicadores de saúde (Jesus *et al.*, 2025).

Apesar dessas iniciativas, observa-se que as estratégias de educação em saúde ainda enfrentam desafios relacionados à sua efetividade, continuidade e adequação sociocultural, especialmente em territórios marcados por desigualdades estruturais. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel fundamental na implementação de ações educativas e no acompanhamento longitudinal dos pacientes, sendo essencial para a consolidação de práticas integrais e resolutivas (Dariva, 2023; Brasil,

2021).

Dessa forma, delimita-se como problema de pesquisa a persistência da Doença de Chagas no Brasil, mesmo diante dos avanços no controle e nas políticas públicas, evidenciando lacunas na abordagem dos determinantes sociais da saúde e na efetividade das estratégias de educação em saúde. Questiona-se, portanto, em que medida as ações educativas têm contribuído para a redução da incidência e melhoria das condições de vida das populações afetadas, considerando as especificidades epidemiológicas e sociais da doença.

O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico da Doença de Chagas no Brasil e avaliar as estratégias de educação em saúde implementadas, à luz dos determinantes sociais da saúde. Busca-se, assim, compreender as relações entre fatores sociais, ambientais e culturais e a dinâmica da doença, bem como identificar potencialidades e limitações das ações educativas no enfrentamento desse agravo.

A relevância desta pesquisa justifica-se pela necessidade de aprofundar a compreensão sobre uma doença historicamente negligenciada, que ainda representa importante desafio para a saúde pública brasileira. Ao integrar a análise epidemiológica com a avaliação de estratégias educativas e dos determinantes sociais, o estudo contribui para a formulação de políticas mais equitativas e eficazes, alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que se refere à integralidade e à equidade da atenção.

Por fim, destaca-se que o enfrentamento da Doença de Chagas requer abordagens intersetoriais e sustentáveis, que considerem não apenas os aspectos clínicos e epidemiológicos, mas também as dimensões sociais que perpetuam sua ocorrência. Nesse sentido, estratégias inovadoras e culturalmente sensíveis, aliadas ao fortalecimento da vigilância em saúde e da educação em saúde, mostram-se fundamentais para a redução das desigualdades e para o controle efetivo da doença no Brasil (Hernández-Flores *et al.*, 2025).

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo epidemiológico, de abordagem qualitativa e quantitativa, do tipo revisão integrativa da literatura, com o objetivo de analisar o perfil epidemiológico da Doença de Chagas no Brasil, bem como avaliar as estratégias de educação em saúde à luz dos determinantes sociais da saúde. Esse tipo de estudo permite a síntese de evidências científicas disponíveis, favorecendo a compreensão ampliada do fenômeno investigado e subsidiando a tomada de decisão em saúde.

A pesquisa foi norteada pela seguinte pergunta: quais são as características epidemiológicas atuais da Doença de Chagas no Brasil e de que forma as estratégias de educação em saúde têm contribuído para seu enfrentamento, considerando os determinantes sociais da saúde no período de 2022 a 2026?

Para a construção do estudo, realizou-se uma busca sistematizada nas bases de dados científicas

Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latindex e PubMed, além da consulta a documentos oficiais disponibilizados por órgãos governamentais brasileiros, como o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A inclusão dessas fontes justifica-se pela relevância e confiabilidade das informações, especialmente no que se refere a dados epidemiológicos e diretrizes em saúde pública.

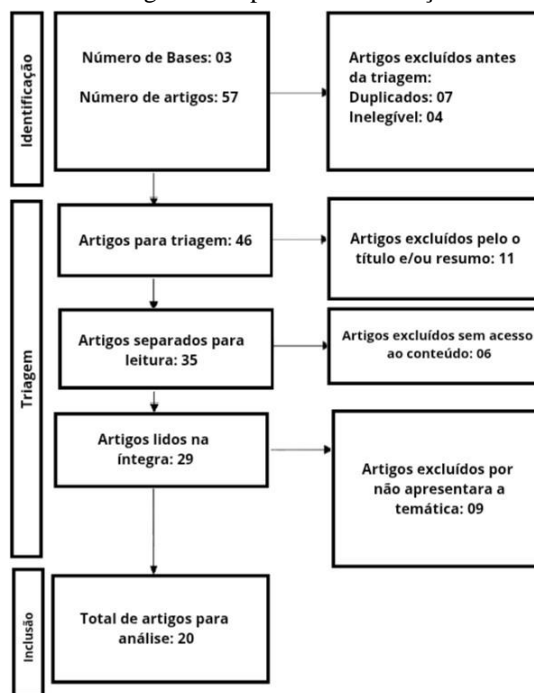
Foram utilizados descritores controlados e não controlados, combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, nos idiomas português e inglês. Dentre os principais descritores, destacam-se: “Doença de Chagas”, “Epidemiologia”, “Educação em Saúde”, “Determinantes Sociais da Saúde”, “Chagas Disease”, “Epidemiology”, “Health Education” e “Social Determinants of Health”. A estratégia de busca foi adaptada conforme as especificidades de cada base de dados, visando ampliar a sensibilidade e especificidade dos resultados.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos científicos completos, publicados entre os anos de 2022 e 2026; estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol; pesquisas que abordassem aspectos epidemiológicos da Doença de Chagas no Brasil ou estratégias de educação em saúde relacionadas à doença; além de documentos oficiais atualizados que tratassem de diretrizes, protocolos e dados epidemiológicos. Por outro lado, foram excluídos estudos duplicados, artigos que não apresentassem relação direta com o tema proposto, publicações anteriores ao recorte temporal estabelecido, resumos simples, editoriais, cartas ao leitor e trabalhos sem acesso ao texto completo.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em etapas sequenciais: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão. Inicialmente, os estudos foram identificados nas bases de dados a partir da estratégia de busca definida. Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos para exclusão dos artigos irrelevantes. Posteriormente, os textos completos foram analisados quanto à adequação aos critérios estabelecidos. Ao final, os estudos selecionados compuseram a amostra da revisão.

A sistematização do processo de busca e seleção dos estudos está representada na Figura 1, que ilustra o fluxograma das etapas metodológicas adotadas, desde a identificação dos registros até a inclusão final dos artigos analisados.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos



Fonte: Autoria própria (2026)

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, permitindo a organização e interpretação das informações em categorias analíticas relacionadas ao perfil epidemiológico da doença, aos determinantes sociais da saúde e às estratégias de educação em saúde. Essa abordagem possibilitou identificar padrões, lacunas e convergências na literatura, contribuindo para uma análise crítica e fundamentada.

Por fim, ressalta-se que foram respeitados os princípios éticos da pesquisa científica, com a devida citação das fontes utilizadas, conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), garantindo a fidedignidade e integridade das informações apresentadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão integrativa evidenciam que a Doença de Chagas permanece como importante problema de saúde pública no Brasil, apresentando distribuição heterogênea e fortemente influenciada por determinantes sociais, ambientais e estruturais. A análise dos estudos selecionados no período de 2022 a 2026 permitiu identificar padrões epidemiológicos relevantes, além de lacunas persistentes nas estratégias de enfrentamento, especialmente no que se refere à educação em saúde e à equidade no acesso aos serviços.

No que tange à distribuição geográfica, observa-se que a ocorrência da doença varia significativamente entre as regiões brasileiras, com maior concentração de casos nas regiões Norte e Nordeste, sobretudo em áreas rurais e comunidades tradicionais. Essa distribuição está associada tanto à

presença de vetores quanto às condições socioambientais favoráveis à transmissão, como habitações precárias e dificuldades no acesso a serviços de saúde (Brasil, 2024; OPAS, 2023). Ademais, a região amazônica tem se destacado pelo aumento de casos relacionados à transmissão oral, especialmente por meio do consumo de alimentos contaminados, como o açaí (Santos; Costa; Silva, 2025).

A Figura 2 apresenta a distribuição do número de casos confirmados por região, evidenciando a predominância nas regiões Norte e Nordeste, seguidas pelo Centro-Oeste, enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentam menor incidência, porém com significativo contingente de casos crônicos.

Figura 2 – Número de casos confirmados por região

Ano 1º Sintoma(s)	1 Região Norte	2 Região Nordeste	3 Região Sudeste	4 Região Sul	5 Região Centro-Oeste	Total
TOTAL	1.923	49	16	11	10	2.009
2019	22	-	-	-	1	23
2020	162	1	4	-	1	168
2021	324	9	1	4	2	340
2022	387	16	7	2	3	415
2023	526	9	3	4	1	543
2024	502	14	1	1	2	520

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net (2026)

No que se refere à variável sexo, os estudos analisados demonstram discreta predominância do sexo masculino entre os casos confirmados, o que pode estar relacionado a fatores ocupacionais, como maior exposição a ambientes rurais e atividades agrícolas, além de menor adesão aos serviços de saúde por parte dos homens (Lino; Azeredo; Oliveira, 2024). No entanto, destaca-se que a doença acomete ambos os sexos de forma significativa, sendo necessário considerar abordagens de cuidado que contemplem as especificidades de gênero.

A Figura 3 ilustra a distribuição dos casos confirmados por sexo, evidenciando a diferença percentual entre homens e mulheres, ainda que não haja discrepância acentuada entre os grupos.

Figura 3 – Número de casos confirmados por sexo

Ano 1º Sintoma(s)	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	1.077	932	2.009
2019	9	14	23
2020	106	62	168
2021	178	162	340
2022	208	207	415
2023	294	249	543
2024	282	238	520

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net (2026)

Em relação à faixa etária, verifica-se maior prevalência da Doença de Chagas em indivíduos adultos e idosos, especialmente acima dos 40 anos, refletindo o caráter crônico da doença e a exposição passada a condições de maior risco de transmissão (Laporta *et al.*, 2024). Esse achado está em consonância com o

DOENÇA DE CHAGAS NO BRASIL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE À LUZ DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

histórico de controle vetorial no Brasil, que reduziu a incidência em gerações mais jovens, mas manteve elevada a carga de doença entre indivíduos infectados anteriormente.

A Figura 4 apresenta a distribuição dos casos por faixa etária, destacando a predominância em adultos de meia-idade e idosos, o que reforça a necessidade de estratégias específicas de acompanhamento clínico para esse grupo populacional.

Figura 4 – Número de casos confirmados por faixa etária

Ano 1º Sintoma(s)	<1 Ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-59	60-64	65-69	70-79	80 e +	Total
TOTAL	28	94	141	166	167	673	529	60	61	68	22	2.009
2019	1	5	2	1	2	7	4	-	-	1	-	23
2020	-	4	10	9	10	64	61	2	2	4	2	168
2021	5	14	22	28	30	108	95	9	10	16	3	340
2022	5	21	23	39	24	139	107	21	18	14	4	415
2023	11	33	43	38	57	175	134	16	14	15	7	543
2024	6	17	41	51	44	180	128	12	17	18	6	520

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net (2026)

No que concerne à escolaridade, observa-se que a maior parte dos casos está concentrada em indivíduos com baixo nível de instrução, especialmente aqueles com ensino fundamental incompleto ou sem escolaridade formal. Esse dado evidencia a relação direta entre a Doença de Chagas e os determinantes sociais da saúde, uma vez que menores níveis educacionais estão associados à menor compreensão sobre medidas preventivas, menor acesso à informação e maior vulnerabilidade social (Aguiar *et al.*, 2022).

A Figura 5 demonstra a distribuição dos casos confirmados segundo a escolaridade, evidenciando a predominância em indivíduos com baixa escolaridade, o que reforça a necessidade de estratégias de educação em saúde acessíveis e adaptadas ao contexto sociocultural dessas populações.

Figura 5 – Número de casos confirmados por escolaridade

Ano 1º Sintoma(s)	Ign/Branco	Analfabeto	1ª a 4ª série incompleta do EF	4ª série completa do EF	5ª a 8ª série incompleta do EF	Ensino fundamental completo	Ensino médio incompleto	Ensino médio completo	Educação superior incompleta	Educação superior completa	Não se aplica	Total
TOTAL	333	66	344	116	298	100	151	296	43	88	174	2.009
2019	1	-	3	3	4	1	1	4	-	-	6	23
2020	30	6	23	11	33	12	7	21	4	12	9	168
2021	56	14	60	21	49	12	23	57	7	13	28	340
2022	56	12	89	18	68	28	34	61	4	10	35	415
2023	101	20	80	26	75	21	45	71	19	25	60	543
2024	89	14	89	37	69	26	41	82	9	28	36	520

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net (2026)

No que diz respeito à variável raça/cor, os estudos apontam maior incidência entre populações autodeclaradas pardas e pretas, refletindo desigualdades históricas e estruturais no acesso à saúde, moradia e condições de vida adequadas (Pereira-Silva; Mello; Araújo-Jorge, 2022). Esse cenário evidencia a interseccionalidade entre fatores sociais e epidemiológicos, reforçando a necessidade de políticas públicas

que promovam equidade e justiça social.

A Figura 6 apresenta a distribuição dos casos confirmados por raça/cor, destacando a maior proporção entre populações negras e pardas, em consonância com a literatura analisada.

Figura 6 – Número de casos confirmados por raça

Ano 1º Sintoma(s)	Ign/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
TOTAL	29	139	122	7	1.687	25	2.009
2019	-	3	-	-	19	1	23
2020	1	14	3	-	144	6	168
2021	5	30	19	1	280	5	340
2022	9	23	24	1	353	5	415
2023	8	41	34	3	451	6	543
2024	6	28	42	2	440	2	520

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net (2026)

Além das variáveis sociodemográficas, a análise dos estudos permitiu identificar aspectos relevantes relacionados às estratégias de educação em saúde. Observa-se que intervenções educativas desenvolvidas em contextos comunitários, especialmente em áreas rurais, ribeirinhas e quilombolas, apresentam resultados positivos no aumento do conhecimento sobre a doença, na adoção de práticas preventivas e na busca por diagnóstico e tratamento (Jesus *et al.*, 2025). No entanto, essas ações ainda são pontuais e carecem de maior sistematização e continuidade.

Nesse sentido, o Quadro 1 sintetiza as principais estratégias de educação em saúde identificadas nos estudos analisados, bem como seus impactos e limitações no contexto brasileiro.

Quadro 1 – Síntese das estratégias de educação em saúde na Doença de Chagas

Estratégia de Educação em Saúde	Principais Ações Desenvolvidas	Impactos Observados	Limitações Identificadas	Referências
Educação comunitária participativa	Desenvolvimento de rodas de conversa, oficinas dialógicas e atividades educativas contextualizadas, com valorização dos saberes populares e utilização de linguagem acessível, considerando as especificidades socioculturais dos territórios	Ampliação significativa do conhecimento sobre formas de transmissão, prevenção e controle da doença; fortalecimento do protagonismo comunitário e incentivo à adoção de práticas preventivas sustentáveis	Descontinuidade das ações educativas, fragilidade no suporte institucional e limitação de recursos para manutenção de iniciativas a longo prazo	Jesus <i>et al.</i> , 2025; Aguiar <i>et al.</i> , 2022

DOENÇA DE CHAGAS NO BRASIL: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE À LUZ DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Ações educativas no âmbito da Atenção Primária à Saúde	Realização de atividades educativas individuais e coletivas, incluindo palestras, orientações durante consultas, visitas domiciliares e acompanhamento longitudinal, integrando educação e cuidado	Melhoria na identificação precoce de casos, fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários e maior adesão ao acompanhamento clínico	Sobrecarga de trabalho das equipes, limitada capacitação específica e fragilidades estruturais nos serviços de saúde.	Dariva, 2023; Brasil, 2021
Campanhas informativas institucionais	Elaboração e disseminação de materiais educativos, campanhas em mídias tradicionais e digitais e ações de sensibilização em âmbito nacional e regional	Aumento da visibilidade da doença e disseminação de informações básicas à população em geral	Comunicação frequentemente descontextualizada, com baixa efetividade em populações vulneráveis e dificuldade de alcance em áreas remotas	Brasil, 2024; OPAS, 2023
Educação em saúde no ambiente escolar	Inserção de conteúdos sobre a doença em atividades pedagógicas, projetos interdisciplinares e ações educativas voltadas à promoção da saúde no contexto escolar	Formação de sujeitos multiplicadores do conhecimento, sensibilização precoce e potencial impacto intergeracional na prevenção	Ausência de institucionalização curricular contínua e fragilidade na articulação entre setores da saúde e da educação	Oliveira; Barbosa; Rodrigues, 2023
Capacitação e educação permanente de profissionais de saúde	Promoção de cursos, treinamentos e atualizações técnico-científicas sobre diagnóstico, manejo clínico e vigilância epidemiológica da doença	Qualificação da assistência prestada, fortalecimento das ações de vigilância e maior resolutividade dos serviços de saúde	Acesso desigual às capacitações, descontinuidade das ações formativas e disparidades regionais na qualificação profissional	Santos; Costa; Silva, 2025

Educação em saúde orientada pelos determinantes sociais	Implementação de ações educativas integradas que abordam condições de vida, moradia, renda e acesso a serviços, articulando saúde com outras políticas públicas	Compreensão ampliada do processo saúde-doença, fortalecimento da autonomia dos indivíduos e maior adesão a práticas de cuidado	Dificuldades na operacionalização intersetorial, limitada integração entre políticas públicas e persistência de desafios estruturais.	Pereira-Silva; Mello; Araújo-Jorge, 2022
---	---	--	---	--

Fonte: Autoria própria (2026)

De modo geral, as estratégias mais eficazes são aquelas que consideram o contexto sociocultural das populações, utilizam linguagem acessível e promovem a participação ativa da comunidade. Por outro lado, ações verticalizadas e descontextualizadas tendem a apresentar menor efetividade, evidenciando a importância da abordagem territorial e da valorização dos saberes locais (Oliveira; Barbosa; Rodrigues, 2023).

Outro aspecto relevante identificado refere-se à atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento da Doença de Chagas. Estudos apontam que a APS desempenha papel central na identificação de casos, no acompanhamento de pacientes crônicos e na implementação de ações educativas, sendo fundamental para a consolidação de uma abordagem integral e contínua do cuidado (Dariva, 2023). Contudo, limitações estruturais, como escassez de recursos e capacitação profissional insuficiente, ainda representam desafios significativos.

Adicionalmente, destaca-se a persistência da invisibilidade social dos indivíduos acometidos pela doença, especialmente na fase crônica, o que contribui para o atraso no diagnóstico e para a baixa adesão ao tratamento (Pereira-Silva; Mello; Araújo-Jorge, 2022). Essa invisibilidade está diretamente relacionada a fatores sociais, como estigma, pobreza e exclusão, reforçando a necessidade de estratégias que integrem ações de saúde com políticas sociais mais amplas.

Por fim, os resultados evidenciam que, embora haja avanços no controle da Doença de Chagas no Brasil, ainda persistem desafios importantes relacionados à vigilância epidemiológica, ao acesso aos serviços de saúde e à efetividade das estratégias de educação em saúde. A superação desses desafios requer a adoção de abordagens intersetoriais, que considerem os determinantes sociais da saúde e promovam a equidade no acesso ao cuidado (Hernández-Flores *et al.*, 2025).

Dessa forma, a análise dos dados reforça a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da Doença de Chagas, com ênfase na integração entre vigilância, assistência e educação em saúde, visando à redução das desigualdades e à melhoria das condições de vida das populações afetadas.

A discussão dos achados evidencia que a Doença de Chagas permanece como um agravo complexo

e multifatorial, cuja persistência no Brasil está diretamente relacionada à interação entre fatores epidemiológicos, sociais e estruturais. Nesse sentido, a análise crítica dos resultados será estruturada em três eixos temáticos: (1) perfil epidemiológico e desigualdades regionais; (2) determinantes sociais da saúde e vulnerabilidade; e (3) estratégias de educação em saúde no contexto brasileiro. Tais dimensões permitem compreender a doença de forma ampliada, à luz das evidências científicas recentes e das transformações no cenário sanitário nacional.

3.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DESIGUALDADES REGIONAIS

O perfil epidemiológico da Doença de Chagas no Brasil evidencia uma distribuição espacial heterogênea, fortemente influenciada por desigualdades regionais históricas. Conforme destacam Sousa *et al.* (2024), embora o controle vetorial tenha apresentado avanços significativos nas últimas décadas, a doença mantém-se endêmica em diversas regiões, especialmente no Norte e Nordeste, onde condições socioambientais favorecem a manutenção da transmissão. Nessa perspectiva, Brasil (2024) ressalta que a persistência de casos está associada à coexistência de diferentes formas de transmissão, com destaque para a via oral, que tem se tornado predominante em determinadas localidades.

Santos, Costa e Silva (2025) enfatizam que a região amazônica apresenta crescente relevância epidemiológica, devido ao aumento de surtos associados ao consumo de alimentos contaminados, evidenciando uma mudança no perfil clássico da doença. Tal transformação impõe novos desafios à vigilância epidemiológica, que deve adaptar suas estratégias para contemplar essas dinâmicas emergentes. Paralelamente, Laporta *et al.* (2024) apontam que a elevada prevalência de casos crônicos em regiões como Sudeste e Centro-Oeste reflete a herança epidemiológica de períodos anteriores, nos quais a transmissão vetorial era mais intensa.

No que se refere às características sociodemográficas, Jimenez e Winokur (2023) destacam que a maior concentração de casos em adultos e idosos está relacionada ao longo período de latência da doença, bem como à evolução para formas crônicas, especialmente a cardiomiopatia chagásica. Esse cenário reforça a necessidade de estratégias de cuidado voltadas ao manejo de condições crônicas, com ênfase na integralidade da assistência. Além disso, Hochberg e Montgomery (2023) ressaltam que os fluxos migratórios internos têm contribuído para a urbanização da doença, ampliando sua distribuição geográfica e complexidade epidemiológica.

Dessa forma, observa-se que o perfil epidemiológico da Doença de Chagas no Brasil não pode ser analisado de maneira isolada, uma vez que está profundamente imbricado em contextos sociais e territoriais. A persistência de desigualdades regionais evidencia a necessidade de políticas públicas mais equitativas, capazes de responder às especificidades locais e reduzir as iniquidades em saúde.

3.2 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E VULNERABILIDADE

A análise dos determinantes sociais da saúde revela que a Doença de Chagas permanece fortemente associada a contextos de vulnerabilidade, sendo considerada uma doença negligenciada que reflete desigualdades estruturais. Nesse sentido, Gomes (2022) destaca que a historicidade da doença está intrinsecamente ligada à pobreza rural, à precariedade das condições habitacionais e à exclusão social, fatores que continuam a influenciar sua distribuição no território brasileiro.

Pereira-Silva, Mello e Araújo-Jorge (2022) enfatizam que a invisibilidade social dos indivíduos acometidos pela doença, especialmente na fase crônica, constitui um dos principais obstáculos ao seu enfrentamento. Segundo os autores, essa invisibilidade está relacionada à marginalização social, ao estigma e à baixa priorização da doença nas agendas de saúde pública, o que contribui para o subdiagnóstico e a baixa adesão ao tratamento. Nesse contexto, a doença ultrapassa o campo biomédico, configurando-se como expressão de desigualdades sociais persistentes.

Adicionalmente, Lino, Azeredo e Oliveira (2024) evidenciam a correlação entre fatores ambientais e sociais, como condições precárias de moradia, baixa renda e acesso limitado à educação, com o aumento do número de casos da doença. Esses determinantes não apenas favorecem a exposição ao vetor, mas também dificultam o acesso a informações e serviços de saúde, ampliando a vulnerabilidade das populações afetadas. Nesse sentido, a escolaridade emerge como variável relevante, uma vez que níveis educacionais mais baixos estão associados à menor compreensão sobre medidas preventivas e à menor utilização dos serviços de saúde.

No que concerne às desigualdades raciais, Pereira-Silva, Mello e Araújo-Jorge (2022) destacam que a maior incidência da doença em populações negras e pardas reflete o impacto do racismo estrutural na determinação das condições de saúde. A interseccionalidade entre raça, classe social e território evidencia que a Doença de Chagas afeta de forma desproporcional grupos historicamente marginalizados, reforçando a necessidade de políticas públicas que promovam equidade.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024) também ressalta que a Doença de Chagas permanece entre as principais doenças tropicais negligenciadas, afetando predominantemente populações em situação de pobreza e exclusão. Tal reconhecimento internacional reforça a necessidade de estratégias globais e locais que abordem não apenas os aspectos clínicos, mas também os determinantes sociais que sustentam a doença.

Dessa forma, compreende-se que a Doença de Chagas é expressão de um contexto social complexo, no qual desigualdades estruturais perpetuam sua ocorrência. O enfrentamento desse agravo requer, portanto, abordagens intersetoriais que articulem saúde, educação, habitação e assistência social, visando à redução das vulnerabilidades e à promoção da equidade.

3.3 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO

As estratégias de educação em saúde constituem elemento central no enfrentamento da Doença de Chagas, especialmente no que se refere à promoção do conhecimento, prevenção e fortalecimento da autonomia dos indivíduos. Nesse sentido, Aguiar *et al.* (2022) destacam que ações educativas baseadas em metodologias participativas e contextualizadas apresentam maior efetividade, uma vez que consideram as especificidades socioculturais das populações envolvidas.

Corroborando essa perspectiva, Jesus *et al.* (2025) evidenciam que intervenções realizadas em comunidades ribeirinhas e quilombolas contribuirão significativamente para o aumento do conhecimento sobre a doença e para a adoção de práticas preventivas. Segundo os autores, a valorização dos saberes locais e a utilização de linguagem acessível são fatores determinantes para o sucesso das ações educativas, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

Entretanto, Oliveira, Barbosa e Rodrigues (2023) ressaltam que as estratégias de educação em saúde ainda apresentam limitações importantes, como a descontinuidade das ações e a falta de articulação com outras políticas públicas. Essa fragmentação compromete a efetividade das intervenções, reduzindo seu impacto a longo prazo. Nesse contexto, a institucionalização de práticas educativas no âmbito dos serviços de saúde mostra-se fundamental para garantir sua sustentabilidade.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, Dariva (2023) destaca que a educação em saúde desempenha papel estratégico na identificação precoce de casos e no acompanhamento de pacientes, contribuindo para a integralidade do cuidado. No entanto, desafios como sobrecarga de trabalho das equipes, limitada capacitação específica e fragilidades estruturais nos serviços de saúde dificultam a implementação dessas ações de forma sistemática.

Além disso, Hernández-Flores *et al.* (2025) enfatizam que o enfrentamento efetivo da Doença de Chagas requer a integração entre diferentes setores, incluindo saúde, educação e assistência social. Segundo os autores, a ausência de articulação intersetorial constitui um dos principais entraves para o sucesso das estratégias educativas, evidenciando a necessidade de abordagens mais integradas e sustentáveis.

Outro aspecto relevante refere-se à adequação das estratégias educativas aos diferentes contextos socioculturais. A utilização de linguagem técnica e a desconsideração das especificidades locais podem limitar a compreensão das informações, especialmente em populações com baixa escolaridade. Nesse sentido, abordagens culturalmente sensíveis e participativas são fundamentais para ampliar o alcance e a efetividade das ações.

Portanto, a análise das estratégias de educação em saúde evidencia que, embora apresentem potencial significativo para o enfrentamento da Doença de Chagas, ainda enfrentam desafios relacionados à sua continuidade, articulação e adequação sociocultural. Superar essas limitações é essencial para promover mudanças sustentáveis e reduzir as desigualdades associadas à doença.

4 CONCLUSÃO

A Doença de Chagas permanece como um relevante problema de saúde pública no Brasil, evidenciando-se como um agravo complexo e multifatorial, profundamente influenciado por determinantes sociais, econômicos e ambientais. A partir da análise realizada, foi possível compreender que, apesar dos avanços nas políticas de controle e vigilância, a doença ainda apresenta elevada persistência, especialmente em populações socialmente vulnerabilizadas, o que reforça seu caráter de doença negligenciada.

Em resposta à pergunta norteadora, os achados demonstram que a doença apresenta distribuição heterogênea no território nacional, com maior concentração nas regiões Norte e Nordeste, além de forte associação com fatores como baixa escolaridade, condições precárias de moradia e desigualdades raciais. Ademais, verificou-se que as estratégias de educação em saúde, embora relevantes, ainda apresentam limitações quanto à sua efetividade, continuidade e adequação aos contextos socioculturais.

No que se refere aos objetivos propostos, o estudo alcançou a análise do perfil epidemiológico da Doença de Chagas no Brasil, evidenciando padrões relacionados à faixa etária, sexo, escolaridade e raça/cor, bem como identificou a influência dos determinantes sociais na manutenção da doença. Além disso, foi possível avaliar criticamente as estratégias de educação em saúde, destacando tanto seu potencial transformador quanto os desafios que limitam sua implementação efetiva.

Os principais resultados indicam que a persistência da Doença de Chagas está diretamente relacionada às desigualdades sociais estruturais, que favorecem a exposição ao risco e dificultam o acesso aos serviços de saúde. Observou-se, ainda, que a transição no perfil de transmissão, com aumento da via oral, impõe novos desafios à vigilância epidemiológica. No campo da educação em saúde, evidenciou-se que estratégias participativas e contextualizadas apresentam melhores resultados, embora ainda sejam insuficientemente sistematizadas no âmbito das políticas públicas.

Como contribuição, esta pesquisa amplia a compreensão da Doença de Chagas a partir de uma abordagem integrada, que articula aspectos epidemiológicos, sociais e educativos. Ao evidenciar a centralidade dos determinantes sociais da saúde, o estudo reforça a necessidade de políticas públicas mais equitativas e intersetoriais, além de subsidiar a atuação de profissionais de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária, no desenvolvimento de práticas educativas mais eficazes e contextualizadas.

Destaca-se, ainda, que o estudo contribui para o fortalecimento do debate científico sobre doenças negligenciadas, ao evidenciar a importância da educação em saúde como estratégia fundamental para a promoção da equidade e para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Além disso, ao sistematizar evidências recentes, a pesquisa oferece subsídios para a formulação de intervenções mais alinhadas às necessidades das populações afetadas.

Por fim, sugere-se que pesquisas futuras aprofundem a análise da efetividade das estratégias de

educação em saúde em diferentes contextos regionais, bem como investiguem intervenções intersetoriais que integrem saúde, educação e assistência social. Recomenda-se, ainda, o desenvolvimento de estudos longitudinais que avaliem o impacto dessas estratégias na redução da incidência da doença e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos, contribuindo para o avanço do conhecimento e para o fortalecimento das políticas públicas voltadas ao controle da Doença de Chagas no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Elaine Santos et al. Educação em saúde e a doença de Chagas: realidade de uma região no centro brasileiro. *Saúde Coletiva*, v. 12, n. 76, p. 10540-10557, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: doença de Chagas. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Consenso brasileiro em doença de Chagas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da doença de Chagas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- DARIVA, Heitor José Negri. Abordagem da doença de Chagas na atenção primária em saúde: um relato de caso. 2023.
- GOMES, André C. V. Chagas disease and its historicity. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 117, p. e210372, 2022.
- HERNÁNDEZ-FLORES, A.; ELÍAS-DÍAZ, D.; CUBILLO-CERVANTES, B.; IBARRA-CERDEÑA, C. N.; MORÁN, D.; ARNAL, A.; CHAVES, A. Fighting strategies against Chagas' disease: a review. *Pathogens*, v. 14, n. 2, p. 183, 2025.
- HOCHBERG, Natasha S.; MONTGOMERY, Susan P. Chagas disease. *Annals of Internal Medicine*, v. 176, n. 2, p. ITC17-ITC32, 2023.
- JESUS, K. L. G. de et al. Educação em saúde sobre doença de Chagas em comunidades ribeirinhas e quilombolas do estado do Pará: relato de experiência. *Revista Delos*, v. 18, n. 70, p. e6339, 2025.
- JIMENEZ, Angelica; WINOKUR, Emily J. Chagas disease cardiomyopathy. *Dimensions of Critical Care Nursing*, v. 42, n. 4, p. 202-210, 2023.
- LAPORTA, Gabriel Zorello et al. Estimativa de prevalência de doença de Chagas crônica nos municípios brasileiros. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 48, p. e28, 2024.
- LINO, E. D. dos S. M.; AZEREDO, S. C. das C. X.; OLIVEIRA, R. A. A. C. Análise de correlação entre

Débora dos Santos da Silva | Cinthya Carlene Souza Ferreira Quaresma | Larissa de Paula Dias Barroso | Kelly Cristina Alberto Oliveira | Íris Eccard Camara | Lady Dayane da Silva Quiroz | Francimary Cibelly Melo Rodrigues | Humberto Rabelo

fatores ambientais e sociais com o número de casos de doença de Chagas no Brasil. *Caderno Pedagógico*, v. 21, n. 5, p. e4539, 2024.

MARIN-NETO, José Antonio et al. Diretriz da SBC sobre diagnóstico e tratamento de pacientes com cardiomiopatia da doença de Chagas – 2023. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 120, n. 6, p. e20230269, 2023.

OLIVEIRA, Claudinei; BARBOSA, Vilma de Cássia Jordão; RODRIGUES, Gabriela Meira de Moura. Educação em saúde na prevenção da doença de Chagas. *Revista Liberum Accessum*, v. 15, n. 2, p. 292-302, 2023.