
CONHECIMENTOS E PRÁTICAS

DE MORADORES DO DISTRITO FEDERAL, BRASIL,

EM RELAÇÃO À DOENÇA DE CHAGAS

E SEUS VETORES

Maicon Hitoshi Maeda^{1 e 2} e Rodrigo Gurgel-Gonçalves²

RESUMO

No Distrito Federal (DF) do Brasil, a vigilância dos vetores da doença de Chagas (DC) é baseada na participação comunitária. Como esta estratégia depende do conhecimento da população sobre os vetores, o objetivo deste estudo foi analisar conhecimentos e práticas de moradores do DF sobre triatomíneos e DC. A coleta de informações foi feita com 115 moradores por meio de entrevistas semiestruturadas. A maioria dos entrevistados reconheceu os triatomíneos adultos pelo nome “barbeiro”, porém não conhecia seus hábitos alimentares nem sua forma de reprodução. Ninguém soube relatar o tempo de vida desses insetos. Segundo os entrevistados, os triatomíneos vêm do mato e são mais frequentes na estação chuvosa. A maioria dos moradores participantes disse que os triatomíneos transmitem a DC e que, ao encontrá-los na casa e/ou no quintal, a prática mais comum tem sido matar os insetos. Entre as medidas de controle, destacaram-se a limpeza do ambiente e o uso de inseticidas. O coração foi apontado, pelos entrevistados, como o principal órgão comprometido pela doença. Embora o conhecimento dos moradores tenha se mostrado satisfatório, são necessárias medidas educativas para aprimorar a vigilância dos triatomíneos no DF.

DESCRITORES: Doença de Chagas. Vigilância entomológica. Participação comunitária.

ABSTRACT

Knowledge and practices about Chagas disease and its vectors of residents of the Federal District in Brazil

In the Federal District of Brazil (FD), Chagas disease vector surveillance is based on community participation, and this strategy depends on the knowledge of the population in relation to the vectors. The objective of this study was to analyze the knowledge and practices of residents of rural and urban

1 Pós-graduação em Medicina Tropical, Núcleo de Medicina Tropical, Universidade de Brasília (UnB).

2 Laboratório de Parasitologia Médica e Biologia de Vetores, Faculdade de Medicina, UnB.

Autor para correspondência: Dr. Rodrigo Gurgel Gonçalves, Laboratório de Parasitologia Médica e Biologia de Vetores, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília-DF, CEP: 70904-970, Caixa Postal: 4569. E-mail: rgurgel@unb.br

Recebido para publicação em: 2/11/2011. Revisto em: 27/2/2012. Aceito em: 16/3/2012.

areas on triatomine bugs and Chagas disease (CD). Data collection was conducted with 115 residents, using semi-structured interviews. Most interviewees recognized adult triatomines by the name “barbeiro”, however they did not know about feeding habits and reproduction of these insects, nor about how long these insects live. For most of the interviewees the triatomines come from the forest, and they are more frequent during the rainy season. Most respondents understood that the triatomines transmit CD. The main practice reported by residents in relation to dealing with triatomines in the house was killing the insects. Cleanliness of the environment and use of insecticides were the main control measures reported. The heart was the main organ affected by the disease according to residents. Despite that the knowledge shown by the residents was considered satisfactory, educational measures are needed to improve entomological surveillance of CD in the FD.

KEY WORDS: Chagas disease. Entomological surveillance. Community participation.

INTRODUÇÃO

A doença de Chagas (DC) é uma infecção crônica e potencialmente fatal que ocorre, principalmente, na América Latina (Coura & Viñas, 2010), causada pelo protozoário hemoflagelado *Trypanosoma cruzi* (Chagas, 1909). Este parasito pode ser transmitido por meio de: transfusão sanguínea, transplante de órgãos, transmissão vertical e oral, porém a principal forma de transmissão é a vetorial, a partir das fezes de insetos da subfamília Triatominae (Lent & Wygodzinsky, 1979).

De acordo com estimativas da Organização Panamericana de Saúde, em 2005, 20% da população da América Latina estava em risco de infecção (109 milhões de pessoas), cerca de 7,7 milhões de pessoas estavam infectadas (aproximadamente 2 milhões no Brasil) (Rassi et al., 2010). A principal estratégia de controle é a prevenção da transmissão vetorial por meio da redução e/ou eliminação de triatomíneos domiciliados. O programa de controle da transmissão vetorial da DC, em nível nacional, foi estruturado a partir de 1975 e, em 2006, o Brasil recebeu a Certificação pela Interrupção da DC pelo *Triatoma infestans* (Silveira & Dias, 2011). Atualmente, a transmissão vetorial é considerada residual, ocorrendo por intermédio de espécies nativas com potencial de domiciliação. Nesse cenário, a vigilância entomológica com participação comunitária, ou seja, com o envolvimento dos moradores das localidades para informar a presença de insetos suspeitos em suas casas é indispensável. Essa importância diz respeito não apenas à sustentabilidade das ações, mas também ao fato de que é o método mais sensível de pesquisa entomológica para triatomíneos em situações em que sua densidade populacional domiciliada é mínima (Silva et al., 2011; Abad-Franch et al., 2011).

Mesmo após terem recebido o certificado de eliminação do *T. infestans*, alguns estados, como Goiás (Oliveira & Silva, 2007), Piauí (Gurgel-Gonçalves et al., 2010) e Pernambuco (Silva et al., 2012), mantêm uma vigilância entomológica rotineira com pesquisa dos agentes de endemias nas casas de localidades/municípios com maior risco de transmissão, determinado com base em avaliações de estratificação de risco (Silveira, 2004). Outros estados, como Minas Gerais e São Paulo, priorizam a vigilância realizada com participação comunitária (Villela et al., 2008; Silva et al., 2011).

No Distrito Federal (DF), a vigilância dos vetores da DC foi sistematizada na década de 1980 com uma rede de postos de informação de triatomíneos (PITs). Ante a descentralização das ações de saúde da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em 1999, as atividades de pesquisa, controle e vigilância de triatomíneos passaram a ser realizadas pela Secretaria Estadual de Saúde - Diretoria de Vigilância Ambiental do Distrito Federal (SES/DIVAL). A vigilância mantém a estratégia de participação comunitária com uma rede de 64 PITs em escolas e postos de saúde nas regiões administrativas do DF. Nesse modelo, a população encaminha os insetos para exames laboratoriais e os agentes de saúde realizam pesquisa nas casas com notificação de triatomíneos, além de eventual controle por meio de inseticidas. As espécies de triatomíneos sinantrópicos registradas no DF são: *Panstrongylus megistus*, *P. geniculatus*, *P. diasi*, *Rhodnius neglectus*, *Triatoma pseudomaculata* e *T. sordida*. Oficialmente, *T. infestans* nunca foi registrado em casas nos limites do DF desde a instalação da vigilância entomológica (Assis, 1999; Knox & Oliveira, 2003; Maeda et al., 2012), tampouco a transmissão autóctone da DC foi comprovada (Silveira & Vinhaes, 1998).

Para a vigilância entomológica com participação comunitária alcançar melhores resultados e evitar subnotificações, faz-se necessário que os moradores saibam reconhecer o triatomíneo e seu papel na transmissão do *T. cruzi* (Silva et al., 2004). Villela et al. (2008), em Minas Gerais, e Silva et al. (2004), em São Paulo, indicaram que muitos moradores não sabem o que fazer caso encontrem triatomíneos em seus domicílios. Estudos na área rural de municípios do noroeste do estado do Paraná (Falavigna-Guilherme et al., 2002) verificaram um grande desinteresse por parte dos moradores em relação aos triatomíneos. No mesmo estado, profissionais de saúde foram avaliados e observou-se desconhecimento sobre aspectos relevantes da DC como transmissão e prevenção (Colosio et al., 2007). Por outro lado, estudos feitos nas cidades de Mambai e Posse, no estado de Goiás, revelaram que a maioria dos indivíduos tinha conhecimento sobre esses vetores e também sobre a DC (Bizerra et al., 1981; Williams-Blanger et al., 1999; Silveira et al., 2009). O desconhecimento a respeito dos vetores da doença de Chagas pode dificultar a detecção precoce desses insetos e, conseqüentemente, prejudicar a eficiência da vigilância entomológica com participação comunitária. Dessa forma, o presente estudo analisa conhecimentos e práticas dos moradores de duas áreas administrativas do DF sobre identificação, biologia e controle dos triatomíneos e também sobre características da DC.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal sobre conhecimentos e práticas de moradores do DF em relação aos triatomíneos e DC, realizado entre setembro de 2010 e abril de 2011 em duas áreas administrativas do DF: Águas Claras (SHA) e Planaltina (NRT). No presente estudo, o conhecimento foi definido como recordação de fatos específicos ou compreensão a respeito do assunto e a prática, como a tomada de decisão para executar uma ação (Kaliyaperumal, 2004).

Planaltina foi a primeira região administrativa criada no DF, com 1.534,70 km², distante 38 km do centro de Brasília e a população estimada é de 141.997 habitantes (Codeplan, 2007a). O Núcleo Rural de Tabatinga (NRT), localizado nesta região, apresenta uma área de 10.357,20 hectares, dividida em 264 chácaras (de 20 a 50 hectares), onde vivem 865 pessoas. A principal fonte de renda é a agropecuária. Já Águas Claras, área urbana que inclui o Setor Habitacional de Arniquireiras (SHA), possui uma área de 31,5 km² e fica a 19 km de distância do centro de Brasília. A estimativa da população é de 43.623 habitantes. Cerca de 90% das ruas estão asfaltadas. Dados da Codeplan (2007b) mostram que a maioria das moradias possui abastecimento de água e rede de esgoto.

Para a seleção dos participantes do estudo, considerou-se uma amostra de 40 propriedades no NRT e 52 no SHA. Foram incluídos no estudo os habitantes considerados aptos para responder às questões e que estavam na residência no momento da visita do inquérito. Dessa forma, foram entrevistados 115 indivíduos de ambos os gêneros, com 7 anos de idade ou mais, sendo 52 no SHA e 63 no NRT.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas sobre um conjunto de características da doença e do vetor, visando determinar o grau de conhecimento a respeito dos determinantes fundamentais da transmissão da DC. Antes de cada entrevista, era realizado um teste projetivo (Costa Neto et al., 2005) que consistia na apresentação de espécimes de triatomíneos provenientes do Laboratório de Parasitologia Médica e Biologia de Vetores (LPMBV) da Universidade de Brasília (UnB) para verificar se os moradores reconheciam os insetos. Para cada casa, foi preenchido um protocolo com as características domiciliares e peridomiciliares com objetivo de tornar conhecido o perfil das construções.

Os indivíduos participantes desta pesquisa firmaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando em fornecer as informações aos pesquisadores, uma vez que o projeto fora aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UnB. O material etnográfico (gravações, transcrições, fotografias) está guardado no LPMBV da UnB.

As respostas foram avaliadas de forma quantitativa. Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva, expressa na forma de frequência e percentagem.

RESULTADOS

Quanto às características das casas amostradas em Planaltina e Águas Claras, observou-se que não houve diferença em relação ao tipo de parede, diferentemente quanto ao piso e o teto das casas que, em Águas Claras, apresentaram melhor estrutura e acabamento. Todos os domicílios amostrados eram servidos de eletricidade. A média de habitantes e cômodos nas casas foi similar nas duas áreas, porém as casas de Planaltina eram mais antigas. Em relação aos animais no peridomicílio, observou-se uma maior frequência e variedade em Planaltina

(Tabela 1). Os percentuais relativos a gênero e idade dos moradores entrevistados em Águas Claras e Planaltina foram similares, mas, quanto ao grau de escolaridade, foram maiores em Águas Claras (Tabela 2).

Tabela 1. Características das casas amostradas nas regiões administrativas de Águas Claras (área urbana) e Planaltina (área rural), Distrito Federal, Brasil.

Característica	Águas Claras - SHA		Planaltina - NRT	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Parede				
Tijolo com reboco	49	(94)	37	(93)
Tijolo sem reboco	1	(2)	2	(5)
Madeira	2	(4)	1	(2)
Piso				
Cerâmica	41	(79)	16	(40)
Cimento	11	(21)	23	(58)
Madeira	0	(0)	1	(2)
Teto				
Com laje	25	(48)	9	(23)
Sem laje	27	(52)	31	(77)
Média de cômodos		7		7
Média de janelas		7		7
Média do tempo de construção (anos)		12		20
Média de habitantes por casa		5		4
Com rede de energia elétrica	52	(100)	40	(100)
Animais presentes no peridomicílio				
Suínos	0	(0)	10	(9)
Equinos e bovinos	1	(2)	14	(13)
Caprinos	0	(0)	3	(3)
Canídeos	31	(60)	37	(35)
Felinos	8	(15)	12	(11)
Aves	12	(23)	31	(29)

Tabela 2. Perfil populacional dos participantes do estudo.

	Águas Claras - SHA		Planaltina - NRT	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Gênero				
Feminino	30	(58)	33	(52)
Masculino	22	(42)	30	(48)
Faixa etária				
7-25	3	(6)	8	(13)
26-50	32	(61)	37	(59)
51-85	17	(33)	18	(28)
Nível de escolaridade				
Não alfabetizado	6	(12)	7	(11)
Ensino fundamental	15	(29)	40	(64)
Ensino médio	21	(40)	11	(17)
Ensino superior	10	(19)	5	(8)

Tabela 3. Conhecimentos sobre os triatomíneos, segundo os entrevistados das regiões administrativas de Águas Claras (área urbana) e Planaltina (área rural), Distrito Federal, Brasil.

Questões sobre os triatomíneos	Águas Claras - SHA (n=52)		Planaltina - NRT (n=63)	
	Nº	(%)	Nº	(%)
O (A) senhor (a) conhece isso?				
Sim	40	(77)	54	(86)
Não	12	(23)	9	(14)
Por quais nomes eles são chamados aqui na região?				
Barbeiro, Percevejo, Chupão, Bicudo e outros*	47	(89)	50	(79)
Não sabe	6	(11)	13	(21)
Sabe dizer o que ele come?				
Sangue	18	(35)	28	(44)
Não	34	(65)	35	(56)
Sabe dizer quanto tempo ele vive?				
Sim	0	(0)	0	(0)
Não	52	(100)	63	(100)
Sabe dizer como eles nascem?				
Ovo	8	(15)	12	(19)
Não	44	(85)	51	(81)
Sabe dizer de onde ele vem?				
Mato	15	(29)	21	(33)
Entulho	2	(4)	7	(11)
Casas de barro	0	(0)	3	(5)
Não	35	(67)	32	(51)
Em qual época do ano ele é mais frequente?				
Chuvosa	22	(42)	20	(32)
Seca	5	(10)	13	(20)
Não sabe	25	(48)	30	(48)
Ele causa alguma doença?				
Sim	52	(100)	60	(95)
Não	0	(0)	3	(5)
Se sim, qual o nome da doença?				
Doença de Chagas	44	(85)	42	(67)
Não sabe	8	(15)	21	(33)
Onde você viu da última vez?				
Dentro da casa	6	(12)	10	(16)
Galinheiro e/ou quintal	7	(13)	11	(17)
Mato	2	(4)	6	(10)
Nunca viu na região	37	(71)	36	(57)
O que você faz quando o encontra em casa ou no quintal?				
Mata o inseto apenas	35	(67)	33	(52)
Captura o inseto e/ou avisa o centro de saúde	17	(33)	30	(48)

* Outros: fincão, procotó, fin-fin, sugador, flamengo e besouro.

A maioria dos entrevistados reconheceu os triatomíneos adultos pelo nome “barbeiro”, porém outros nomes foram citados (Tabela 3). Quanto ao hábito

alimentar dos triatomíneos, a maioria dos entrevistados não sabia que esses insetos se alimentam de sangue. Nenhum morador soube relatar o tempo de vida dos triatomíneos. Os dados mostraram que poucos sabiam como ocorre a reprodução deste vetor. A maioria dos entrevistados da área urbana não sabia de onde os triatomíneos vêm, mas os da área rural citaram com maior frequência que eles vêm do mato, do entulho e das casas de barro (Tabela 3). Nas duas regiões, os entrevistados relataram que os triatomíneos são mais frequentes na estação chuvosa (Tabela 3). A maioria dos entrevistados sabia que os barbeiros transmitem uma doença conhecida como DC. Embora alguns moradores já houvessem presenciado triatomíneos dentro da casa, no quintal e no mato, a maioria deles nunca havia visto um triatomíneo na região em estudo. Quando perguntados sobre o que fazem ao encontrar um inseto em casa e/ou no quintal, a maioria respondeu que “apenas mataria”, entretanto as práticas de capturar o inseto e/ou avisar o centro de saúde também foram citadas (Tabela 3).

Tabela 4. Conhecimentos sobre a doença de Chagas, segundo os entrevistados das regiões administrativas de Águas Claras (área urbana) e Planaltina (área rural), Distrito Federal, Brasil.

Questões sobre a doença de Chagas	Águas Claras - SHA (n=52)		Planaltina - NRT (n=63)	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Como a doença é transmitida?				
Contato com o barbeiro	46	(88)	50	(79)
Não sabe	6	(12)	13	(21)
Sabe o que deve ser feito para evitar a doença?*				
Limpeza do ambiente	41	(53)	44	(51)
Borrição das casas com inseticida	7	(9)	24	(28)
Melhoria das casas	7	(9)	3	(3)
Vigilância dos insetos nas casas	3	(4)	2	(2)
Não sabe	19	(25)	14	(16)
Sabe dizer quais órgãos são afetados pela doença?*				
Coração	33	(62)	31	(48)
Intestino	1	(2)	6	(9)
Esôfago	1	(2)	1	(2)
Não sabe	18	(34)	26	(41)
A doença tem cura?				
Sim	8	(15)	22	(35)
Não	33	(64)	32	(51)
Não sabe	11	(21)	9	(14)

*Alguns entrevistados citaram mais que uma resposta, dessa forma o número de respostas é maior que o número de entrevistados.

Entre as medidas de controle citadas nas duas localidades, destacaram-se limpeza do ambiente e uso de inseticidas (Tabela 4). Os entrevistados disseram que

a transmissão ocorre a partir do contato com os triatomíneos e que o órgão mais afetado pela DC é o coração. A maioria dos entrevistados respondeu que não existe cura para a DC (Tabela 4). Acerca da origem do conhecimento sobre os triatomíneos no DF, destacaram-se a informação escolar (SHA: 27%, NRT: 5%), a televisão (SHA: 14%, NRT: 8%) e os agentes de saúde, também citados, porém com menor frequência.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Considerando a baixa ocorrência de triatomíneos sinantrópicos no DF (Maeda et al., 2012) e o fato de que a transmissão vetorial autóctone da DC ainda não foi registrada nesta unidade da federação, a premissa era que o conhecimento relacionado aos triatomíneos e à DC pelos moradores seriam insatisfatórios. Entretanto, os moradores das áreas urbana e rural do DF (Águas Claras e Planaltina, respectivamente) apresentaram bom conhecimento em relação aos triatomíneos e seu papel na transmissão da DC.

A diversidade de nomes populares atribuídos aos triatomíneos no DF pode ser explicada pela migração de pessoas de outros estados brasileiros (Carvalho, 2008), as quais trazem consigo vocábulos e expressões regionais. De nosso conhecimento, essa foi a primeira vez em que os vocábulos *fin-fin* e *flamengo* foram utilizados para descrever os triatomíneos no Brasil. Segundo os entrevistados, o nome flamengo foi atribuído aos triatomíneos em virtude das cores predominantes no inseto (preto e vermelho, no caso de *P. megistus*, a principal espécie encontrada no DF), fazendo referência às cores de um conhecido clube de futebol do Brasil.

A hematofagia ocorre em todas as fases de desenvolvimento dos triatomíneos, mas a maioria dos entrevistados revelou desconhecer esse hábito alimentar. A falta de conhecimento sobre a biologia dos triatomíneos representa um risco para a população, que acaba não tomando as medidas de prevenção necessárias.

O “mato” foi citado com mais frequência ao se referirem à origem dos triatomíneos. A dispersão ativa, realizada pelos triatomíneos principalmente por meio do voo, é de grande importância epidemiológica, pois está relacionada à invasão das casas por espécimes silvestres (Forattini et al., 1979). De acordo com Garcia-Zapata & Marsden (1993), fatores de risco como a falta de higiene, a desordem intradomiciliar e a presença de animais dentro das habitações podem ser responsáveis pela persistência de focos de triatomíneos nas áreas rurais. Quanto à sazonalidade, a maioria dos moradores relatou que os triatomíneos aparecem mais nas casas na estação chuvosa, o que está de acordo com os dados de coleta de triatomíneos registrados mensalmente pela SES/DIVAL/DF (Maeda et al., 2012).

A maioria dos entrevistados de ambas as localidades do DF reconheceu que os triatomíneos transmitem a DC, resultado semelhante ao apresentado em

municípios endêmicos no nordeste de Goiás (Williams-Blangero et al., 1999; Silveira et al., 2009). No Paraná, 98% dos médicos demonstraram esclarecimento quanto à transmissão vetorial e 79% quanto à transfusional. A forma congênita foi relatada por 21% destes profissionais. Uma pequena percentagem dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem conhecia os mecanismos de transmissão da DC (Colosio et al., 2007). Em Mambai-GO, quase todos os moradores relataram que os triatomíneos são os responsáveis por transmitir a DC e 56% reconheceram a importância do controle dos vetores (Bizerra et al., 1981). Após quase 30 anos de controle neste município, Silveira et al. (2009) apontam progressivo desinteresse da população pelo tema da DC e atribuem como causa deste comportamento a redução da participação das escolas na vigilância e a limitação dos serviços de saúde para a notificação e controle dos vetores secundários da região.

A prática de matar os triatomíneos logo que são encontrados, frequentemente citada pelos entrevistados, não ajuda a vigilância da DC, pois os insetos devem ser encaminhados vivos para a realização dos exames parasitológicos. Essa informação deveria ser transmitida aos moradores pelos agentes de endemias, os quais devem orientá-los sobre os procedimentos de segurança ao coletar os insetos, tornando a vigilância entomológica mais eficiente. Resultados semelhantes foram observados por Silva et al. (2004) em São Paulo e por Falavigna-Guilherme et al. (2002) no Paraná. Futuros estudos que investiguem os motivos pelos quais os moradores matam os triatomíneos em vez de guardá-los e entregá-los para os agentes de saúde devem ser realizados para o aprimoramento dos programas de educação em saúde.

Segundo os entrevistados, o órgão mais afetado pela DC é o coração, o que está de acordo com estudos realizados em municípios do nordeste de Goiás (Williams-Blangero et al., 1999; Silveira et al., 2009). Não existe cura para a DC segundo a maioria dos entrevistados no DF. Em Posse-GO, área endêmica da DC, 64% dos entrevistados reconheceram a existência de medicamentos para tratamento da doença, porém a maioria deles disse que o tratamento só é eficaz na fase aguda (Williams-Blangero et al., 1999). No Paraná, 69% dos médicos revelaram desconhecer a existência do benzonidazol e 16% comentaram sobre sua toxicidade e abandono do tratamento por grande parte dos pacientes em virtude dos efeitos colaterais (Colosio et al., 2007). Embora haja divergências quanto aos índices de cura no tratamento etiológico da DC, há consenso sobre a sua utilidade, dependendo da fase da doença, da idade do paciente e das condições associadas. A comprovação de cura, especialmente na fase crônica, depende de fatores como o tempo de seguimento e os exames utilizados (Ministério da Saúde, 2005).

A educação em saúde deve ser incluída como um componente dos programas de vigilância, enfatizando-se a importância dos triatomíneos como transmissores, da melhoria dos domicílios e da participação da comunidade (Avila et al., 1998; Abad-Franch et al., 2011). Muitos estudos mostram que, frequentemente, o conhecimento sobre vetores em área endêmica é pobre e isso

prejudica o desenvolvimento de programas de controle (Evans et al., 1993; Aikins et al., 1994). Outros estudos indicam que a educação em saúde deve considerar o contexto social e cultural da comunidade. A falha da vigilância e/ou controle de doenças parasitárias muitas vezes ocorre porque a comunidade, mesmo sabendo informações básicas e preventivas, não pratica as medidas informadas (Moraes Neto et al., 2010). Porém, a utilização de metodologias educacionais adequadas favorece a transformação do conhecimento em atitudes e práticas preventivas pela comunidade que, efetivamente, passa a colaborar na vigilância e controle das doenças (Briceño-León, 1996; Reis et al., 2006; Pereira et al., 2012).

Dados de áreas endêmicas mostram que calendários e cartazes são meios de comunicação eficazes para a divulgação de informações sobre a DC e seus vetores (Silveira et al., 2009). Outros trabalhos recomendam estimular a participação da comunidade por meio da televisão e de estações de rádio locais (Schofield, 1985). Garcia-Zapata (1991) lembra que as crianças são as melhores comunicadoras em um programa de controle. Além disso, uma revisão recente indica que um sistema de vigilância entomológica baseado na participação da comunidade precisa de ações específicas de comunicação e educação em saúde de longo prazo (Abad-Franch et al., 2011). No DF, a produção de materiais informativos e educativos de qualidade, como manuais, cartilhas, folhetos, cartazes e vídeos, poderia incentivar a vigilância entomológica com participação comunitária, assim como a intensificação da comunicação entre moradores e agentes de saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos mestrandos do Núcleo de Medicina Tropical da UnB: CR Silva, EIM Renoier, JM Pereira, LN Barros, MC Uwingabire, MC Vinhaes e V Medeiros, que ajudaram na aplicação dos questionários nos domicílios amostrados.

REFERÊNCIAS

1. Abad-Franch F, Vega MC, Rolon MS, Santos WS, Rojas de Arias A. Community Participation in Chagas Disease Vector Surveillance: Systematic Review. *PLoS Negl Trop Dis* 5: e1207, 2011.
2. Aikins MK, Pickering H, Greenwood, BM. Attitudes to malaria, traditional practices and bednets (mosquito nets) as vector control measures: a comparative study in five West African countries. *J Trop Med Hyg* 97: 81-86, 1994.
3. Assis AL. Vigilância epidemiológica da doença de Chagas no Distrito Federal. Brasília [Monografia de especialização em Saúde Coletiva – FS/UNB], 1999.
4. Avila MG, Martinez HM, Ponce C, Ponce E, Soto HR. Chagas disease in the central region of Honduras: Knowledge, beliefs and practices. *Rev Panam Salud Publica* 3: 158-163, 1998.
5. Bizerra JF, Gazzana MR, Costa CH, Mello DA, Marsden PA. A survey of what people know about Chagas' disease. *World Health Forum* 2: 394-397, 1981.
6. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. *Cad Saúde Pública* 12: 7-30, 1996.
7. Carvalho ARC. Migrantes em Brasília: os motivos, as dores e os sonhos numa perspectiva clínica. Brasília [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura - UNB], 2008.

8. Chagas CRJ. Nova Trypanozomíase humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi* n. gen., n. sp., agente etiológico de nova entidade morbida no homem. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1: 159-218, 1909.
9. CODEPLAN. Coletânea de informações socioeconômicas. Região administrativa RA VI, 2007a. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000_226.pdf. Acesso em 27/04/11.
10. CODEPLAN. Coletânea de informações socioeconômicas. Região administrativa RA XX, 2007b. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000_226.pdf. Acesso em 27/04/11.
11. Colosio RC, Falavigna-Guilherme AL, Gomes ML, Marques DSO, Lala ERP, Araujo SM. Conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas entre profissionais de saúde – Paraná, Brasil. *Cienc Cuid Saude* 6: 355-363, 2007.
12. Costa Neto EM, Lago APA, Martins CDAC. O “louva-a-deus-de-cobra”, *Phibalosoma* sp. (Insecta, Phasmida), segundo a percepção dos moradores de Pedra Branca, Santa Terezinha, Bahia, Brasil. *Sitientibus Ser Cienc Biol* 5: 33-38, 2005.
13. Coura JR, Viñas PA. Chagas disease: a new worldwide challenge. *Nature* 465: S6-S7, 2010.
14. Evans DB, Gelband H, Vlassoff C. Social and economic factors and the control of lymphatic filariasis: a review. *Acta Trop* 53: 1-26, 1993.
15. Falavigna-Guilherme AC, Costa AL, Batista O, Pavanelli GC, Araújo SM. Atividades educativas para o controle de triatomíneos em área de vigilância epidemiológica do Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Pública* 18: 1543-1550, 2002.
16. Forattini OP, Santos JLF, Ferreira OA, Silva EOR, Rabello EX. Aspectos ecológicos da tripanossomíase americana: XVI - dispersão e ciclos anuais de colônias de *Triatoma sordida* e de *Panstrongylus megistus* espontaneamente desenvolvidas em ecótopos artificiais. *Rev Saude Pública* 13: 299-313, 1979.
17. Garcia-Zapata MTA. A divulgação científica no controle de doenças tropicais: Um ponto de vista. *Comunicação e Sociedade* 10: 103-114, 1991.
18. Garcia-Zapata MTA, Marsden PD. Chagas' disease: Control and surveillance through use of insecticides and community participation in Mambá, Goiás, Brazil. *Epidemiol Bull* 27: 265-279, 1993.
19. Gurgel-Gonçalves R, Pereira FCA, Lima IP, Cavalcante RR. Distribuição geográfica, infestação domiciliar e infecção natural de triatomíneos (Hemiptera: Reduviidae) no Estado do Piauí, Brasil. *Rev Pan-Amaz de Saude* 1: 57-64, 2010.
20. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *AECS Illumination* 4: 7-9, 2004.
21. Knox MB, Oliveira C. Distribuição de triatomíneos vetores de Doença de Chagas no DF-1996/2002. *VII Congresso Brasileiro de Saude Coletiva*; 2003 29 jul-2 ago; Rio de Janeiro, Brasil: Abrasco, 2003.
22. Lent H, Wygodzinsky P. Revision of the Triatominae (Hemiptera, Reduviidae) and their significance as vectors of Chagas Disease. *Bull Am Mus Nat Hist* 163: 520-529, 1979.
23. Maeda MH, Knox MB, Gurgel-Gonçalves R. Occurrence of synanthropic triatomines (Hemiptera: Reduviidae) in the Federal District, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* 45: 71-76, 2012.
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, Uberaba, MG. *Rev Soc Bras Med Trop* 38: 1-29, 2005.
25. Moraes Neto AH, Pereira AP, Alencar M de F, Souza PR Jr, Dias RC, Fonseca JG, Santos CP, Almeida JC. Prevalence of intestinal parasites versus knowledge, attitudes, and practices of inhabitants of low-income communities of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro State, Brazil. *Parasitol Res* 107: 295-307, 2010.
26. Oliveira AW, Silva IG. Distribuição geográfica e indicadores entomológicos de triatomíneos sinantrópicos capturados no Estado de Goiás. *Rev Soc Bras Med Trop* 40: 204-208, 2007.
27. Pereira AP, Alencar MF, Cohen SC, Souza-Júnior PR, Cecchetto F, Mathias LS, Santos CP, Almeida JC, de Moraes Neto AH. The influence of health education on the prevalence of intestinal parasites in a low-income community of Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro State, Brazil. *Parasitol* 8: 1-11, 2012.

28. Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto, JA. Chagas disease. *Lancet* 375: 1388-1402, 2010.
29. Reis DC, Gazzinelli A, Silva CAB, Gazzinelli MF. Health education and social representation: an experience with the control of tegumentary leishmaniasis in an endemic area in Minas Gerais, Brazil. *Cad Saúde Pública* 22: 2301-2310, 2006.
30. Schofield CJ. Control of Chagas' disease vectors. *Brit Med Bull* 41: 187-194, 1985.
31. Silva EOR, Rodrigues VLCC, Silva RA, Wanderley DMV. Programa de Controle da Doença de Chagas no Estado de São Paulo, Brasil: o controle e a vigilância da transmissão vetorial. *Rev Soc Bras Med Trop* 44: 74-84, 2011.
32. Silva MBA, Barreto AVMS, Silva HA, Galvão C, Rocha DS, Jurberg J, Gurgel-Gonçalves R. Synanthropic triatomines (Hemiptera, Reduviidae) in the State of Pernambuco, Brazil: Geographical distribution and natural *Trypanosoma* infection rates between 2006 and 2007. *Rev Soc Bras Med Trop* 45: 60-65, 2012.
33. Silva RA, Carvalho ME, Koyanagui PH, Poloni M, Sampaio SMP, Rodrigues VLCC. Pesquisa sistemática positiva e relação com conhecimento da população de assentamento e reassentamento de ocupação recente em área de *Triatoma sordida* (Hemiptera, Reduviidae) no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 20: 555-561, 2004.
34. Silveira AC. Enfoque de risco em atividades de control de triatomíneos. *Rev Patol Trop* 33: 193-206, 2004.
35. Silveira AC, Dias JCP. O controle da transmissão vetorial. *Rev Soc Bras Med Trop*. 44: 52-63, 2011.
36. Silveira AC, Rezende DF, Nogaes AM, Cortez-Escalante JJ, Castro C, Macêdo V. Avaliação do sistema de vigilância entomológica da doença de Chagas com participação comunitária em Mambai e Buritinópolis, Estado de Goiás. *Rev Soc Bras Med Trop* 42: 39-46, 2009.
37. Silveira AC, Vinhaes M. Atlas da epidemiologia e do controle de doenças endêmicas no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 31: 15-60, 1998.
38. Villela MM, Pimenta DN, Lamounier PA, Dias JP. Avaliação de conhecimentos e práticas que adultos e crianças têm acerca da doença de Chagas e seus vetores em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 25: 1701-1710, 2008.
39. Williams-Blanger S, VandeBerg JL, Teixeira ARL. Attitudes towards Chagas' disease in an endemic Brazilian community. *Cad Saúde Pública* 15: 7-13, 1999.