



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA,
INOVAÇÃO E TECNOLOGIA PARA A AMAZÔNIA –
CITA



AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO, CONHECIMENTO E
PRÁTICAS DA POPULAÇÃO ASSOCIADAS À DOENÇA DE
CHAGAS EM CAPIXABA, ACRE, BRASIL

WILAME GERMANO FLORÊNCIO

RIO BRANCO, AC

Março, 2024

WILAME GERMANO FLORÊNCIO

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO, CONHECIMENTO E
PRÁTICAS DA POPULAÇÃO ASSOCIADAS À DOENÇA DE
CHAGAS EM CAPIXABA, ACRE, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia, da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências e Inovação Tecnológica.**

Orientador: Prof. Dr. JADER DE OLIVEIRA

Coorientador: Prof. Dr. DIONATAS ULISES MENEGETTI

RIO BRANCO, AC
Março, 2024

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

- F639a Florêncio, Wilame Germano, 1995 -
Avaliação da percepção, conhecimento e práticas da população associadas à doença de chagas em Capixaba, Acre, Brasil / Wilame Germano Florêncio; orientador: Prof. Dr. Jader de Oliveira e co-orientador: Prof. Dr. Dionatas Ulises Menegetti. – 2024.
80 f.: il.; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-graduação em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia, Rio Branco, 2024.
Inclui referências bibliográficas e apêndice.
1. Tripanossomíase americana. 2. Educação em saúde. 3. Controle dos vetores. I. Oliveira, Jader de (orientador). II. Menegetti, Dionatas Ulises (orientador). III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA, INOVAÇÃO E TECNOLOGIA
PARA A AMAZÔNIA – CITA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO, CONHECIMENTO E
PRÁTICAS DA POPULAÇÃO ASSOCIADAS À DOENÇA DE
CHAGAS EM CAPIXABA, ACRE, BRASIL**

WILAME GERMANO FLORÊNCIO

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: 25 de março de 2024

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **JADER DE OLIVEIRA**
Data: 13/08/2024 18:33:13-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Jader de Oliveira (Presidente)
Universidade de São Paulo

Documento assinado digitalmente
 **JOAO ARISTEU DA ROSA**
Data: 14/08/2024 16:31:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. João Aristeu da Rosa
Universidade Estadual Paulista (UNESP). Campus de Araraquara

Documento assinado digitalmente
 **KAIO CESAR CHABOLI ALEVI**
Data: 13/08/2024 19:38:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Kaio Cesar Chaboli Alevi
Instituto Oswaldo Cruz- Rio de Janeiro

RIO BRANCO, AC
Março, 2024

À minha família, em especial à minha querida mãe Antonia Rosilene Germano da Silva, por sempre acreditar em mim e me impulsionar. Sua dedicação e apoio em minha vida sempre foram fundamentais para que eu acreditasse em meus sonhos. Ao meu pai, Joaquim Florêncio, pelos ensinamentos e apoio incondicional em toda a trajetória percorrida. À minha irmã, Wiliane Germano Florêncio, por me ajudar a prosseguir e demonstrar que eu sou capaz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me conceder a dádiva da vida, saúde, disposição e sabedoria para alcançar meu objetivo, realizando um sonho.

Meus pais, Antonia Rosilene Germano da Silva e Joaquim Florêncio, que sempre estiveram ao meu lado, proporcionando uma base de educação para que eu construísse meus sonhos.

Aos meus irmãos, Wiliane Germano Florêncio e Wilian Germano Florêncio por torcerem por mim e estarem sempre presentes em cada etapa até aqui.

À Universidade Federal do Acre (UFAC), em especial ao Programa de Pós-graduação em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia (CITA), pela oportunidade de realizar essa pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa.

Ao Professor Dr. Jader de Oliveira, meu orientador, expresso minha sincera gratidão pela orientação dedicada, pelos valiosos ensinamentos transmitidos com maestria, pela empatia demonstrada em todos os momentos e pela disposição incansável em auxiliar no que for necessário. Minha estima e admiração só aumentaram desde o início até este ponto da minha jornada de pesquisadora.

Ao meu coorientador, professor Dr. Dionatas Ulises de Oliveira Meneguetti, pela dedicação e paciência com que me conduziu pelo caminho da ciência.

À professora Dra. Mariane Albuquerque Lima Ribeiro pelo auxílio e ajuda na tomada de decisões na parte ética do trabalho.

Aos professores do CITA/UFAC pelos ensinamentos e conhecimentos científicos transmitidos.

Aos membros da banca de defesa, Dr. Kaio Cesar Chaboli Alevi e Prof. Dr. João Aristeu da Rosa, pelas valiosas contribuições neste trabalho.

Aos colegas do curso de mestrado pela amizade, companheirismo e compartilhamento dos conhecimentos. Em especial a Luciana Braga, que foi uma parceira nesses dois anos.

Ao Laboratório de Medicina Tropical da Universidade Federal do Acre e todas as pessoas vinculadas ao laboratório, que sempre estiveram disponíveis para auxiliar nesta pesquisa.

Aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Capixaba, Jardson da Silva Muniz, Gleisiane dos Santos Lima, Daniela Araújo Silva e Ramon Nascimento de Castro, por todo o apoio e disposição na coleta de dados.

À Juliana Abreu da Cunha, que esteve comigo em todas as fases dessa pesquisa, que foi meu ombro amigo, que me acolheu e ajudou, não permitindo que eu desistisse.

Às minhas amigas Érica da Rocha Rabelo e Sátilla Larissa Rocha, que voluntariamente me auxiliaram na aplicação do questionário por semanas no município de Capixaba, serei eternamente grata pela ajuda de vocês.

À população de Capixaba, pelo acolhimento e receptividade.

“A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo”.

Nelson Mandela, 2003

RESUMO

Introdução: A DC é uma condição infecciosa (com fase aguda e crônica) causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. Ela é considerada endêmica e é classificada pela OMS como uma DN, sendo a quarta doença parasitária mais prevalente em todo o mundo. Devido à sua transmissão, principalmente, por vetores e à sua ampla distribuição geográfica, o conhecimento sobre a diversidade de triatomíneos em uma região é considerado de fundamental importância para auxiliar na profilaxia da DC. Dessa forma, é crucial monitorar esses vetores com a participação da população, melhorando o sistema de informação disponível para a comunidade sobre a DC, bem como das suas formas de transmissão, o que pode reduzir a transmissão da infecção, uma vez que a participação ativa da comunidade na notificação de triatomíneos é essencial para manter o controle desses vetores domiciliares.

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos moradores do município de Capixaba, Acre, Brasil, sobre a DC e seus vetores. **Material e Método:** Essa pesquisa trata-se de um estudo descritivo de abordagem quali-quantitativa no município de Capixaba. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado contendo questões objetivas e abertas para adulto acima de 18 anos, sem indução a resposta. **Resultados:** O estudo revelou que a população de Capixaba apresenta um nível variado de conhecimento sobre a DC e seus vetores. Apenas uma parcela de entrevistados relatou a existência da doença e sua associação com triatomíneos (35,5%), indicando um nível de conscientização limitado. Além disso, há lacunas no conhecimento quanto à aspectos essenciais da DC, como suas formas de transmissão (64,80%). Quando questionados sobre medidas de prevenção e controle, a minoria dos entrevistados se mostrou ciente da importância da limpeza domiciliar (13%) e do uso de repelentes (3,25%). A adoção de medidas mais específicas, como a identificação e notificação de triatomíneos, ainda precisa ser impulsionada entre a comunidade. Quanto à identificação dos vetores, somente uma parcela dos entrevistados reconheceu esses insetos (46,50%), e a maioria desconhece as diferentes espécies associadas à doença (50,50%). Quanto ao consumo de frutos associados à DC, a maioria (95,50%) afirmou consumir pelo menos um dos frutos apresentados, enquanto mais da metade (62,60%) consome carne de caça. **Discussão:** Conforme os dados estratificados, verificou-se o hábito de consumo de frutos e carnes silvestres associadas à transmissão e reservatórios da DC, não obstante observou-se pouco conhecimento a respeito da transmissão oral da infecção. **Conclusão:** A população demonstrou um déficit de conhecimento relacionado a aspectos relevantes da infecção, o que pode estar relacionado à minoria dos moradores terem participado de atividades preventivas da doença. Logo, destaca-se a importância da adoção de políticas públicas educacionais direcionadas para a DC no município de Capixaba, Acre, Brasil que incorporem, principalmente, abordagens relacionadas com a profilaxia, diagnóstico e tratamento, permitindo que a população auxilie nas atividades de prevenção e monitoramento da DC, com base na ciência cidadão.

Palavras-chave: Tripanossomíase americana, Educação em saúde, Controle dos vetores, Triatominae.

ABSTRACT

Introduction: CD is an infectious condition (with acute and chronic phase) caused by the protozoan *Trypanosoma cruzi*. It is considered endemic and is classified by the WHO as an ND, being the fourth most prevalent parasitic disease worldwide. Due to its transmission, mainly by vectors, and its wide geographic distribution, knowledge about the diversity of triatomines in a region is considered of fundamental importance to assist in the prophylaxis of CD. Therefore, it is crucial to monitor these vectors with the participation of the population, improving the information system available to the community about CD, as well as its forms of transmission, which can reduce the transmission of the infection, since active participation of the community in reporting triatomines is essential to maintain control of these household vectors. **Objective:** To evaluate the knowledge of residents of the municipality of Capixaba, Acre, Brazil, about CD and its vectors. **Material and Method:** This research is a descriptive study with a qualitative and quantitative approach in the municipality of Capixaba. Data collection was carried out through the application of a semi-structured questionnaire containing objective and open questions for adults over 18 years of age, without inducing the response. **Results:** The study revealed that the population of Capixaba has a varied level of knowledge about CD and its vectors. Only a portion of interviewees reported the existence of the disease and its association with triatomines (35.5%), indicating a limited level of awareness. Furthermore, there are gaps in knowledge regarding essential aspects of CD, such as its forms of transmission (64.80%). When asked about prevention and control measures, a minority of respondents were aware of the importance of home cleaning (13%) and the use of repellents (3.25%). The adoption of more specific measures, such as the identification and notification of triatomines, still needs to be promoted among the community. Regarding the identification of the vectors, only a portion of those interviewed recognized these insects (46.50%), and the majority were unaware of the different species associated with the disease (50.50%). Regarding the consumption of fruits associated with CD, the majority (95.50%) stated that they consumed at least one of the fruits presented, while more than half (62.60%) consumed game meat. **Discussion:** According to the stratified data, there was a habit of consuming wild fruits and meats associated with the transmission and reservoirs of CD, although little knowledge was observed regarding the oral transmission of the infection. **Conclusion:** The population demonstrated a lack of knowledge related to relevant aspects of the infection, which may be related to the minority of residents having participated in preventive activities against the disease. Therefore, the importance of adopting public educational policies aimed at CD in the municipality of Capixaba, Acre, Brazil is highlighted, which mainly incorporate approaches related to prophylaxis, diagnosis and treatment, allowing the population to assist in prevention and CD monitoring, based on citizen science.

Keywords: American Trypanosomiasis, Health education, Vector control, Triatominae..

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Localização geográfica da área de estudo – município de Capixaba.	22

LISTA DE QUADROS E TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Perfil dos entrevistados, segundo sexo, raça/cor e faixa etária.	27
Tabela 2. Nível de escolaridade dos entrevistados residentes na área urbana do município de Capixaba.	27
Tabela 3. Renda mensal dos entrevistados, por domicílio.	28
Tabela 4. Informações sobre fonte de renda dos entrevistados.	28
Tabela 5. Informações sobre o município de nascimento dos entrevistados.	30
Tabela 6. Tipo de residência dos moradores do município de Capixaba	31
Tabela 7. Distribuição do tempo de residência dos participantes no município de Capixaba.	31
Tabela 8. Relação de municípios que os participantes residiram.	32
Tabela 9. Respostas dos entrevistados acerca do conhecimento do barbeiro.	33
Tabela 10. Respostas dos participantes sobre a presença do vetor nos domicílios.	34
Tabela 11. Respostas dos moradores sobre o local que deve ser encaminhado o barbeiro na região.	35
Tabela 12. Percepções dos moradores em relação ao medo do inseto barbeiro.	35
Tabela 13. Respostas dos moradores sobre conhecer indivíduos que já tenham sido picados pelo barbeiro.	36
Tabela 14. Conhecimentos e práticas dos moradores relativos às estratégias de prevenção do inseto barbeiro.	37
Tabela 15. Reconhecimento dos vetores da doença de Chagas por meio de prancheta de imagens.	38
Tabela 16. Conhecimento sobre a doença transmitida pelo barbeiro, segundo os entrevistados.	38
Tabela 17. Respostas dos participantes sobre o conhecimento de indivíduos com doença de Chagas ou já afetados pela doença.	39
Tabela 18. Percepção dos entrevistados sobre os problemas de saúde causados pela doença de Chagas.	40
Tabela 19. Conhecimento dos entrevistados sobre a forma de infecção da doença de Chagas.	41
Tabela 20. Condutas para evitar à infecção da doença de Chagas, apontadas pelos moradores de Capixaba, Acre, Brasil.	41
Tabela 21. Respostas dos entrevistados sobre participação de atividades preventivas à doença.	42
Tabela 22. Respostas dos entrevistados sobre atuais problemas de saúde.	43
Tabela 23. Respostas dos entrevistados quanto à realização de transfusão de sangue.	44
Tabela 24. Respostas dos entrevistados quanto o consumo de frutos provenientes de palmeiras.	45
Tabela 25. Respostas dos entrevistados sobre o modo de preparo dos frutos consumidos.	46
Tabela 26. Respostas dos entrevistados sobre a forma de consumo dos frutos.	46
Tabela 27. Respostas dos entrevistados sobre o modo de preparo dos frutos consumidos.	47
Tabela 28. Resposta dos entrevistados sobre a procedência dos frutos consumidos.	47

Tabela 29.	Respostas dos entrevistados sobre o consumo de carne de caça.	49
Tabela 30.	Resposta dos entrevistados sobre o falecimento de algum conhecido por causas desconhecidas.	50
Tabela 31.	Respostas dos entrevistados sobre o uso de mosquiteiro.	51

LISTA DE ABREVIATURAS

DC – Doença de Chagas

DCA – Doença de Chagas Aguda

DN – Doença Negligenciada

OMS – Organização Mundial da Saúde

SESACRE – Secretaria de Estado de Saúde do Acre

DALY – *Disability Adjusted Life Years* - Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade

E-SUS – Sistema de Prontuário Eletrônico

e-SUS APS – e-SUS Atenção Primária a Saúde

CD – *Chagas disease*

WHO – *World Health Organization*

PCDCh – Programa de Controle da doença de Chagas

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

UFAC – Universidade Federal do Acre

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	21
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	22
4.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA	22
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	23
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	24
4.4 COLETA DE DADOS	24
4.5 ANÁLISE DE DADOS	25
4.6 RISCOS	25
4.7 BENEFÍCIOS	26
4.8 QUESTÕES EPIDEMIOLÓGICAS	26
5. RESULTADOS.....	27
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO DOS ENTREVISTADOS	27
5.2 CONHECIMENTO DOS MORADORES SOBRE A DOENÇA DE CHAGAS E SEUS VETORES.	32
5.3 CONHECIMENTO DOS MORADORES SOBRE A DOENÇA DE CHAGAS E FONTES DE INFORMAÇÃO.	39
6 DISCUSSÃO.....	52
7 CONCLUSÃO.....	59
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	68
APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	76

1. INTRODUÇÃO

A doença de Chagas (DC), também conhecida como tripanossomíase americana, é uma doença parasitária tropical que representa um importante desafio de saúde pública, especialmente na América Latina (DIAS et al., 2016a). Ela é considerada uma doença negligenciada (DN), que, de forma geral, é um grupo diversificado de enfermidades que ocorrem em condições tropicais e subtropicais em 149 países e afetam mais de um bilhão de indivíduos que vivem em situação de pobreza no mundo (LIDIANI et al., 2019; WHO, 2020). Além do impacto significativo dos óbitos, as DN também desencadeiam uma série de condições que podem intensificar a pobreza em regiões afetadas, pois o desenvolvimento infantil, cognitivo, social e estrutural dos indivíduos dessas comunidades pode ser afetado (WHO, 2010, 2013; HOTEZ et al., 2014).

A DC foi descrita, em 1909, pelo médico sanitário brasileiro Carlos Ribeiro Justiniano Chagas, durante expedição à cidade de Lassance, no interior de Minas Gerais (CHAGAS, 1909). Esse marco ocorreu após o cientista analisar o sangue de uma criança que apresentava sinais agudos da infecção, no qual identificou um protozoário com características morfológicas semelhantes às encontradas no organismo dos triatomíneos (GARCIA, 2009).

O protozoário flagelado causador da DC é denominado *Trypanosoma cruzi* (CHAGAS, 1909) (Kinetoplastida, Trypanosomatidae) e é transmitido, principalmente, por insetos vetores conhecidos como triatomíneos (PARENTE et al., 2017). A transmissão vetorial é a via mais reconhecida de infecção em seres humanos (RASSI JR; RASSI; MARIN-NETO, 2010). Entretanto, existem outras formas de transmissão, tais como transplacentária, transfusão sanguínea, transplante de órgãos, alimentos contaminados e acidentes de laboratório (COURA, 2014), não sendo descartadas também, as possibilidades de contaminação por consumo de carne de caça contaminada (SANGENIS et al., 2016) e transmissão sexual (ARAUJO et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que existem em torno de seis a sete milhões de pessoas infectadas no mundo, principalmente, na América Latina (WHO, 2023a). Além disso, aproximadamente 4,6 milhões de pessoas podem estar infectadas por *T. cruzi* no Brasil, contudo, essa estimativa pode ser ainda maior, uma vez que, até o ano de 2020, apenas casos agudos eram obrigatoriamente notificados (BRASIL, 2023). Por conseguinte, a região Norte do Brasil apresenta endemicidade à doença, por exemplo, em 2020 foram confirmados

146 casos de doença de Chagas aguda (DCA) no Brasil, com letalidade de 2%, sendo a região Norte com a maior taxa de incidência da doença (0,74) – com uma representatividade de 138 casos confirmados, demonstrando prevalência de 95% (BRASIL, 2021).

Os vetores responsáveis pela transmissão da DC são hemípteros hematófagos da família Reduviidae, pertencentes à subfamília Triatominae (atualmente com 159 espécies), popularmente conhecidos como barbeiros (ALEVI et al., 2020; DALE; JUSTI; GALVÃO, 2021; ZHAO; GALVÃO; CAI, 2021). Das 30 espécies conhecidas na Amazônia, 11 estão presentes no estado do Acre, oito das quais identificadas entre os anos de 2013 e 2019 (MENEGUETTI et al. 2015; OLIVEIRA et al., 2019). Os triatomíneos são de grande relevância epidemiológica, devido à alta suscetibilidade à infecção por *T. cruzi* e a sua capacidade de invasão e colonização dos domicílios humanos, que aumenta o risco de transmissão da enfermidade (PARENTE et al., 2017).

Por se tratar de uma doença transmitida, principalmente, por vetores e ter vasta distribuição geográfica (MATTOS et al., 2017), o conhecimento da diversidade de triatomíneos presentes em uma região é de suma importância para a prevenção da DC, demonstrando a necessidade de realizar mais estudos sobre a ocorrência de triatomíneos que pode estar subestimada (MATTOS et al., 2017).

A implementação de um monitoramento efetivo desses triatomíneos, bem como o aprimoramento dos sistemas de informação destinados à comunidade, com foco no conhecimento da doença e prevenção da DC, tem o potencial de reduzir a incidência da DC (BRASIL, 2019), que, nos dias de hoje, ainda é considerada um problema de saúde pública de grande relevância (SOUZA, 2021). Além disso, não existem dados que indiquem o nível de entendimento da DC no município de Capixaba, Acre, Brasil, assim como em outros municípios, pois é sabido que o conhecimento popular desempenha um papel fundamental no controle e na prevenção dessa enfermidade.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A DC é considerada uma endemia de grande relevância para saúde pública na América Latina (SOUZA, 2021). Estima-se que afeta cerca de seis a sete milhões de pessoas no mundo, resultando em mais de seis a sete mil óbitos anuais, sendo classificada pela OMS como uma DN (WHO, 2023b). Essa DN está diretamente relacionada com populações em situação de pobreza e vulnerabilidade, muitas vezes vivendo em condições precárias de habitação, especialmente em áreas rurais (GASPE et al., 2020). Essa situação é agravada pela falta de investimento em pesquisa, vigilância e educação (WHO, 2013), pois mesmo após mais de um século desde sua descoberta, a DC ainda hoje assombra comunidades carentes e, além do mais, têm alcançado as cidades e populações mais privilegiadas economicamente, contribuindo para o aumento da incidência da doença (LIDIANI et al., 2019; WHO, 2020).

A descrição da DC ocorreu quando o cientista Carlos Chagas ao examinar o conteúdo intestinal de um inseto hematófago, observou a presença de um parasito flagelado, que o denominou *T. cruzi* em homenagem ao médico e epidemiologista Oswaldo Cruz (CHAGAS, 1909). O potencial agente infeccioso foi evidenciado quando o pesquisador examinou amostras de sangue da população local e confirmou a presença do tripanossomatídeo em uma criança febril de dois anos chamada Berenice (CHAGAS, 1909). Na atualidade, Carlos Chagas foi o primeiro e único cientista a descrever o ciclo completo de uma doença parasitária, isto é: descreveu o agente etiológico, identificou o vetor e caracterizou os aspectos clínicos no ser humano (GARCIA; DUARTE, 2016).

O agente etiológico da DC é um protozoário flagelado pertencente à ordem Kinetoplastida e família Trypanosomatidae, que possui como vetores os insetos hemípteros hematófagos da subfamília Triatominae (FONTES et al., 2021). Os triatomíneos são considerados como uma das principais formas de transmissão da DC ao ser humano (OPAS, 2020), uma vez que todas as espécies dessa subfamília são consideradas potenciais vetores de *T. cruzi* (GALVÃO, 2014). Os triatomíneos são popularmente conhecidos em diversas regiões do Brasil como barbeiro, chupão, chupança, fincão e bicudo (GALVÃO, 2014). Ao contrário de outras enfermidades transmitidas por vetores, o *T. cruzi* não é transmitido pela picada, mas pelas fezes ou urina contendo as formas infectantes (CHAGAS, 1909; GALVÃO, 2014).

Em 2016, o Brasil registrou a maior carga global de DALY, um indicador que mede os dias de vida perdidos ou vividos com a saúde comprometida devido à DC. Observou-se um

aumento na incidência da doença em regiões que anteriormente apresentavam uma baixa taxa de casos, como a região Norte do Brasil (MARTINS-MELO et al., 2016). O número de casos de DCA diagnosticados na região Norte aumentou significativamente nas últimas décadas, pois registrou um aumento de quase três vezes em apenas dez anos, passando de 13 casos em 2010 para 386 casos em 2019 (SINAN).

O aumento de casos e surtos na região Norte tem sido associado à ingestão de alimentos contaminados, principalmente o suco de açaí, caldo de cana e outros frutos típicos locais (PEREIRA et al., 2009; NOBRÉGA et al., 2009; PASSOS et al., 2012; SANTOS, 2014; FERREIRA et al., 2018). Essa forma de transmissão resulta em quadros clínicos agudos graves e aumento de taxas de mortalidade (RASSI JR; RASSI; MARIN-NETO, 2010; NOYA et al., 2016). Os casos de DCA apresentam um quadro clínico mais grave em comparação à infecção clássica por *T. cruzi*, manifestando sinais clínicos como inchaço no rosto e membros inferiores, sangramento, desconforto abdominal e danos ao coração (MENEZES, 2015).

Na Amazônia ocidental brasileira, até o momento, foram identificadas 18 espécies de triatomíneos silvestres, distribuídas em nove gêneros (MADEIRA et al., 2020). Atualmente, na região da Amazônia têm-se relatos de triatomíneos invadindo domicílios em busca de alimento e habitação, sendo atraídos tanto pela luminosidade, como por intervenção antropogênica (como procura de abrigo e alimento após o desmatamento de seu habitat natural), o que pode favorecer a ocorrência da DC em humanos (MASSARO; REZENDE; CAMARGO, 2008; JUNQUEIRA; GONÇALVES; MOREIRA, 2011; GALVÃO, 2014; JURBERG et al., 2014). Segundo Madeira et al. (2021), foram registrados 184 casos confirmados de DCA na Amazônia Ocidental no período de 2007 a 2018.

De acordo com a análise dos coeficientes de frequência, o estado Acre possui uma importância epidemiológica significativa no que se refere à DC, apresentando maior incidência da doença por habitante em comparação com o Amazonas (MADEIRA et al., 2021). Pesquisas epidemiológicas conduzidas pela SESACRE revelam um aumento nos casos de DCA no Acre (VERGARA-MEZA et al., 2022). Entretanto, existem poucos estudos científicos sobre a epidemiologia da DC no estado do Acre, pois, desde a década de 80, um caso autóctone foi registrado, o que sugere a existência de ocorrência dessa enfermidade e motivou a realização de estudos nessa região (OLIVEIRA et al., 2018).

Em 2016, o estado do Acre apresentou um coeficiente de frequência de DC significativamente alto, atingindo 3,06 casos por 100.000 habitantes, o que pode estar subestimado, considerando que, para cada caso agudo notificado na Amazônia, cerca de 20 a

100 casos não são reportados, o que aumenta a subnotificação e a gravidade da doença na região (OLIVEIRA et al., 2018). Até hoje, foram notificadas 11 espécies de triatomíneos no Acre, sendo grande parte das espécies associadas à infecção por *T. cruzi* nesse estado brasileiro (MENEGUETTI et al., 2014; BILHEIRO et al., 2018). Além disso, observa-se que a maioria das espécies descritas no estado foram encontradas em residências, mas sem características de domiciliação. Não obstante, vale mencionar que elas são potencialmente vetores da tripanossomatídeos (OLIVEIRA et al., 2020).

A transmissão vetorial do parasito para o homem e outros mamíferos, ocorre pelo contato da mucosa ou pele lesionada com as fezes/urina contaminadas, resultantes do repasto sanguíneo dos insetos hematófagos infectados (LIMA-CORDÓN et al., 2019; BERN et al., 2020). Quando os triatomíneos infectados por *T. cruzi* excretam as formas tripomastigotas metacíclicas junto com as fezes/urina, ao entrar na corrente sanguínea, o parasito pode infectar diferentes células, como macrófagos, células de Schwann, micróglia, fibroblastos e células musculares lisas estriadas, entre outros. Após infectá-las, o parasito sofre um processo de diferenciação no citoplasma, transformando-se em amastigota. As formas amastigotas se multiplicam por divisão binária até que a célula infectada fique repleta dela. Assim inicia uma nova diferenciação da forma amastigota para a forma tripomastigota. A grande quantidade de formas tripomastigotas de *T. cruzi*, juntamente com sua intensa mobilidade e outros processos moleculares leva à ruptura da célula, liberando as formas tripomastigotas no meio extracelular. Desse modo o parasito é capaz de infectar uma nova célula e se disseminar pelo restante do organismo, por meio da circulação sanguínea e linfática (SILVA et al., 2021). Os principais órgãos afetados pelo protozoário são o coração, o trato digestivo e os plexos nervosos (BRAZ et al., 2011). Os triatomíneos, por sua vez, se infectam ao se alimentarem do sangue de um hospedeiro infectado, incluindo seres humanos, cães, gatos, roedores comuns e cobaias domesticadas (SILVA et al., 2021).

A DC pode apresentar-se clinicamente em duas fases: aguda e crônica. A fase aguda é identificada pela presença de tripomastigotas no sangue e pelo aumento dos anticorpos IgM anti-*T. cruzi*. Durante essa fase, os indivíduos podem ser assintomáticos ou podem desenvolver febre, anorexia, mal-estar, aumento do fígado e do baço (BENZIGER; CARMO; RIBEIRO, 2017; LIDANI et al., 2017; GROOM; PROTOPAPAS; ZOCHIOS, 2017), fraqueza extrema, inchaço no rosto e nas pernas, vômitos e diarreia. É comum também a formação do Chagoma de inoculação ou sinal de Romana, que aparece algumas semanas após a entrada do parasito no organismo (CUNHA et al., 2018). Além disso, é possível ocorrer

alterações no sistema nervoso, que podem ser identificadas clinicamente como meningoencefalite chagásica aguda (BATISTA et al., 2008). A fase crônica é caracterizada pela presença de anticorpos IgG anti-*T. cruzi*. De acordo com Teixeira et al. (2006), as infecções crônicas geralmente não apresentam sintomas em cerca de dois terços da população humana. Contudo, quando complicações são observadas, pode-se apresentar alterações cardíacas, digestivas ou mistas (TEIXEIRA et al., 2006). Outrossim, também podem apresentar polineuropatia e acidente vascular cerebral (em cerca de 30 a 40% dos pacientes chagásicos crônicos) (PEREZ-MOLINA; MOLINA, 2018).

O período entre a fase aguda e a crônica é chamado de fase indeterminada – fase em que a maioria dos indivíduos com a DC se encontra (TANOWITZ et al., 2009; RASSI JR; RASSI; MARIN-NETO, 2010; GROOM PROTOPAPAS; ZOCHIOS, 2017; SIMÕES et al., 2018). De modo geral, a fase aguda da DC pode perdurar até dois meses, após esse período os pacientes entram em uma fase latente geralmente assintomática, e um terço desses pacientes pode desenvolver a forma crônica da DC (CUNHA et al., 2018). Segundo Robertson et al. (2016), a ausência de sintomas claros e a falta de conhecimento sobre a presença de triatomíneos podem dificultar o diagnóstico precoce da DC, atrasando, assim, o início do tratamento – que, no geral, é efetivo apenas na fase aguda da doença, resultando em graves lesões nos órgãos vitais (BENATTI; OLIVEIRA; BACAL, 2017), o que favorece a evolução da doença para forma crônica ou até mesmo levar à óbito (SILVA; AVIZ; MONTEIRO, 2020).

Ainda não existe um medicamento completamente eficaz para tratar a forma crônica da DC, e poucos medicamentos estão sendo testados em ensaios clínicos pela ausência de investimentos para produções (FERREIRA et al. 2019), principalmente por ser uma doença que atinge a população de baixa renda (BENATTI; OLIVEIRA; BACAL, 2017; GOSLING; GELAPE, 2019). Ademais, outros fatores influenciam no diagnóstico, controle e tratamento da DC, como o fato dessa enfermidade apresentar sintomas inespecíficos, a população afetada ter dificuldade em acessar serviços médicos de qualidade, e o método de diagnóstico por esfregaços de gota espessa ter baixa sensibilidade na detecção da doença (VERGARA-MEZA et al., 2022).

O início do combate a DC no Brasil foi por meio do controle dos vetores presentes no ambiente doméstico, tais ações foram conduzidas por meio de campanhas durante a década de 1950 e alcançaram toda a região endêmica por volta de 1980, mediante o PCDCh (SILVEIRA; PIMETA-JÚNIOR, 2011). Durante as duas primeiras fases, as ações de combate

foram realizadas de modo vertical com agentes visitando residências em busca de insetos e aplicando inseticidas de ação prolongada nas habitações de regiões endêmicas. Entretanto, devido à extensão das áreas a serem cobertas, esse método foi modificado, conforme explicado por Dias et al., (2016b), e a continuidade das iniciativas de prevenção e controle da DC passaram a contar com a conscientização e colaboração da população (VILLELA et al., 2009).

Desse modo, extrair informações sobre o conhecimento da população local em relação aos aspectos gerais da DC pode ser benéfico na promoção da conscientização e prevenção, além de auxiliar na tomada de decisões relacionadas a políticas públicas, promove a colaboração no combate aos vetores (ASSIS, 2022). Portanto, ações de vigilância e monitoramento com participação comunitária devem ser estruturadas e executadas, capacitando os moradores para reconhecer os triatomíneos e conhecer os aspectos da DC, visto que a prevalência dessa enfermidade pode estar subestimada em diferentes regiões do Brasil, uma vez que existem poucos investimentos em pesquisas entomo-epidemiológicas por ser uma DN. Isso é particularmente relevante para o município de Capixaba, situado em uma área endêmica para doença, que também faz fronteira com a Bolívia, outra região endêmica para a DC.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a percepção, o conhecimento e as práticas da população do município de Capixaba, Estado do Acre, Brasil sobre questões relacionadas à DC e seus vetores.

3.2 Específicos

Analisar o conhecimento dos moradores sobre os vetores, formas de transmissão, prevenção e sinais/sintomas referente à DC;

Identificar o comportamento dos moradores ao se depararem com os triatomíneos;

Verificar práticas de preparo de comidas/bebidas tradicionais, bem como a regularidade do consumo;

4. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa. O estudo foi realizado no município de Capixaba, localizado no interior do estado do Acre, região Norte do país (Figura 1), onde sua população estimada, em 2021, era de 12.280 habitantes, dos quais 53% homens e 47% mulheres (com densidade demográfica igual a 5.17 hab/km²) (IBGE, 2022). O município possui uma área territorial de 1.705,824 km², banhado pelo rio Abunã e Rio Acre. Além disso, município de Capixaba tem fronteira com Rio Branco ao norte e nordeste, ao sul com a Bolívia, a leste com o município de Plácido de Castro e a Bolívia e a oeste com o município de Xapuri (IBGE, 2022). O mapa apresentado foi desenvolvido por meio da aplicação QGIS¹, utilizando os arquivos shapefiles da base de dados do IBGE (2020).

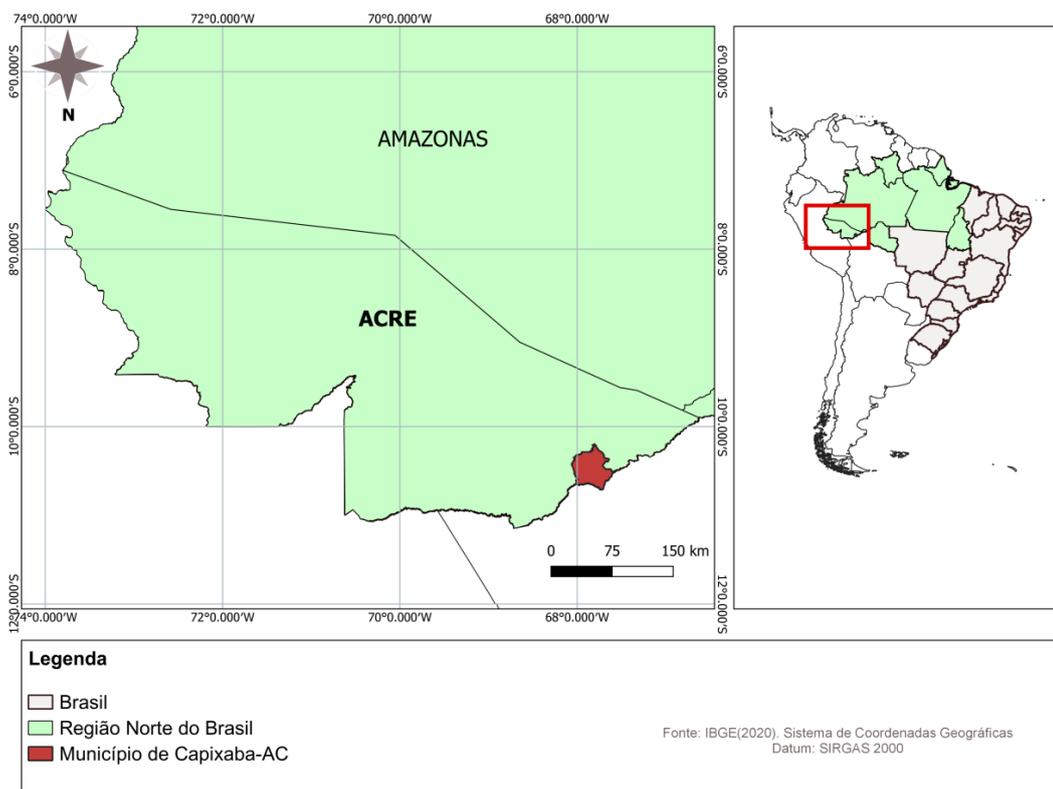


Figura 1- Localização geográfica da área de estudo.

Além disso, trata-se de uma pesquisa descritiva de levantamento exploratório e abordagem quantitativa e qualitativa com uso de questionário semiaberto e estudo

¹ https://qgis.org/pt_BR/site/

bibliográfico adaptado de Lara et al. (2021). Entre maio e agosto de 2023, foram realizadas visitas aos domicílios de Capixaba para convidar os moradores a serem voluntários no estudo. Aqueles que concordaram em participar assinaram o TCLE (APÊNDICE II). Os voluntários foram submetidos a um questionário. O estudo foi aprovado pelo CEP da Universidade Federal do Acre.

4.1 - Seleção da Amostra

O questionário foi aplicado aos residentes em área urbana do município de Capixaba, dirigido especificamente aos adultos (acima de 18 anos) responsáveis pelo lar no momento da visita, sendo, desta forma, um participante por domicílio. A abordagem ocorreu por meio de visita domiciliar, de maneira que os pesquisadores chegaram ao domicílio e um indivíduo presente na residência (maior de 18 anos), assinou o aceite para participar da pesquisa (TCLE) e em seguida, foi entrevistado.

Dados retirados do e-SUS APS informam a existência de 6.051 domicílios cadastrados no município de Capixaba, Acre. Sendo 2.341 em área urbana e 3.710 em área rural. O cálculo amostral foi feito por meio do EPIinfo² baseado a partir do número total de residências cadastrada no e-SUS no município do presente estudo, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. A amostra foi composta por 400 pessoas de 400 residências de Capixaba. De cada uma as residências foi aplicado o questionário a um morador apto a responder as questões e que estavam na residência no momento da visita para entrevista.

4.2 - Aspectos Éticos

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o presente trabalho seguiu os termos éticos acordados na Resolução n°466/12 e a Resolução n° 510/16, e aprovada pelo CEP da UFAC, CAAE: 66209422.3.0000.5010. Uma vez aprovado, a coleta de dados foi iniciada, por meio da aplicação de um questionário (APÊNDICE I).

Os moradores receberam explicações sobre os objetivos da pesquisa e foram convidados a participar da mesma. Após o indivíduo ter aceitado participar da pesquisa, um TCLE (APÊNDICE II) foi assinado pelo participante e pelos pesquisadores. Os nomes dos

² <https://www.cdc.gov/epiinfo/pc.html>

indivíduos permanecerão no anonimato, e após a assinatura do TCLE, foi preenchido o instrumento de coleta de dados. Vale mencionar que os pesquisadores realizaram a aplicação do questionário sem intenção de induzir qualquer resposta, assim as alternativas apresentadas no questionário foram criadas apenas para estratificar as respostas não sendo apresentada quaisquer alternativas aos entrevistados, com exceção de imagens de insetos.

4.3 - Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão: indivíduos acima de 18 anos e residentes na área de estudo;

Critérios de exclusão: indivíduos indígenas (acima de 18 anos); indivíduos adultos com alguma doença mental que dificulte o entendimento das perguntas e conseqüentemente a respostas.

4.4 - Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela aplicação de um questionário (APÊNDICE I) semiestruturado, realizada de modo oral, contendo questões objetivas e subjetivas, visando o levantamento de informações sobre as características da população (idade, sexo, cor da pele, escolaridade e estimativa de renda mensal), além de analisar questões sobre o inseto “barbeiro” (identificação correta dos mesmos), a atitude adotada ao se deparar com o inseto, a capacidade para identificar tal inseto como potencial transmissor de doença, o conhecimento geral sobre a DC (sinais, sintomas, formas de transmissão e prevenção), as possíveis ações de controle direcionadas ao inseto (vetor), bem como as medidas preventivas referentes a transmissão oral – na visão dos entrevistados.

A coleta foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, durante 90 dias, onde o mesmo (questionário), foi aplicado durante visitas domiciliares ao adulto que se encontrava na residência no momento da abordagem.

Durante a entrevista, executada por cinco profissionais de saúde, pranchas contendo fotografias coloridas de nove insetos que estavam indicados apenas por letras (de “A” a “J”) foram mostradas aos participantes, para avaliar se reconheciam o ‘barbeiro’. Além dos triatomíneos, os invertebrados apresentados nas figuras do questionário representavam os insetos que usualmente são confundidos com esses vetores, a saber, as letras A, B e C

representavam coleópteros que usualmente são confundidos com barbeiros, D e I percevejos predadores, E e J percevejo filófagos e F, G e H os triatomíneos. Após a tentativa de identificação do triatomíneo, seja ela feita de maneira correta ou incorreta, os pesquisadores abordaram (de maneira sucinta) quais insetos se encontram nas pranchas e quais, de fato, eram os vetores da DC.

Foi realizada a transcrição integral das entrevistas para os dados qualitativos, por planilha no Microsoft Excel, depois estruturados em um documento no programa Microsoft Word. Os participantes responderam as perguntas com linguagem próprio, e após foram decodificadas as respostas para nomenclatura científica.

4.5 - Análise dos Dados

Após a coleta, os dados foram transferidos para o Google Forms, que é um aplicativo que cria formulários por meio de uma planilha no Google Drive. É um serviço gratuito, sendo necessário apenas possuir uma conta no Gmail. Dessa forma, os formulários ficam armazenados no Servidor do Google, podendo ser acessado de qualquer lugar. Esses dados foram ainda tabulados, em seguida foi feito a análise descritiva utilizando número absoluto e relativo.

4.6 – Riscos

Os riscos relacionados a essa pesquisa são de cunho físico associado ao cansaço baixo, além de apresentar risco psíquico moderado relacionado a aborrecimento, vergonha ou desconforto ao responder o questionário; bem como a possibilidade de constrangimento ao responder as perguntas; medo de não saber responder ou de ser identificado (quebra de sigilo). Considerando que os pesquisadores utilizaram o aplicativo Google Forms, os mesmos compreendem que riscos relacionados a acesso não-autorizado, bem como exclusão de dados, modificação destes, invasão de privacidade, divulgação de dados confidenciais podem ocorrer, diante disto foi utilizado o e-mail institucional, se atentando a manter uma senha segura, habilitar a verificação em duas etapas para acesso a conta, além de realizar a utilização apenas das iniciais dos participantes (ao invés de identificação nominal) ao preencher o questionário, a fim de garantir o seu anonimato.

4.7 – Benefícios

A pesquisa em questão visou o levantamento de informações referente ao conhecimento acerca da DC e seus vetores no referido município, a fim de determinar se tal conhecimento e condutas eram, de fato, eficientes e disseminados; Com os dados coletados, foi possível avaliar o conhecimento da população a respeito da DC e seus vetores, além de realizar a capacitação com os ACS que passaram a ser replicadores de conhecimento, a fim de minimizar os problemas causados pela falta de informação e, conseqüentemente, desenvolver medidas de profilaxia dessa enfermidade.

4.8 - Questionário epidemiológico

O questionário epidemiológico semiestruturado apresentava questões objetivas e subjetivas que foram aplicadas, de acordo com o perfil dos entrevistados: dirigido ao provedor do domicílio (adulto responsável pelo lar), contendo questões sobre triatomíneos, DC e dados demográficos (biológicos, socioeconômicos e culturais); e dirigida aos demais moradores dos domicílios, com perguntas sobre dados demográficos, sendo aplicada a indivíduos maiores de 18 anos.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos entrevistados, e as perguntas foram feitas sem indução da resposta e sem leitura das alternativas. Nos casos em que os respondentes não souberam responder, essa opção foi marcada no questionário.

Esse item foi importante para apresentar de forma clara quais foram os procedimentos para a realização da pesquisa. Dessa forma, os procedimentos metodológicos foram escritos em etapas, a saber, caracterização da área de estudo, caracterização da pesquisa, instrumentos e coletas de dados, os sujeitos e os espaços da pesquisa, análise dos dados e método para base lógica de investigação.

5. RESULTADOS

5.1 - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO DOS ENTREVISTADOS

Participaram da pesquisa 400 moradores no município de Capixaba. Um residente por domicílio, com idade igual ou superior a 18 anos. Após a apresentação da pesquisa, as seguintes questões foram abordadas:

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados, segundo sexo, raça/cor e faixa etária.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	251	62,70%
Masculino	149	37,30%
Raça/Cor		
Parda	268	67%
Branca	65	16,30%
Preta	65	16,30%
Amarela	2	0,4%
Faixa Etária		
18 a 30 anos	110	27,50%
31 a 59 anos	204	51%
60 anos ou mais	86	21,50%
Total de entrevistados	400	100%

Quanto ao grau de instrução dos entrevistados 115 (28,70%) possuía ensino médio completo. Sendo que um número significativo (13,30%) não alfabetizado (Tabela 2).

Tabela 2 - Nível de escolaridade dos entrevistados residentes na área urbana do município de Capixaba.

Nível de Escolaridade	N	%
Não alfabetizado	53	13,3%
Ensino fundamental incompleto	97	24,3%
Ensino fundamental completo	24	6%

Ensino médio incompleto	28	7%
Ensino médio completo	115	28,7%
Ensino superior incompleto	21	5,2%
Ensino superior completo	62	15,5%

A maioria dos entrevistados, 255 pessoas (63,75%), possui renda familiar entre um a três salários mínimos. A minoria dos entrevistados possuía uma renda familiar acima de cinco salários mínimos (Tabela 3).

Tabela 3 - Renda mensal dos entrevistados, por domicílio.

Renda mensal da família (Receita Federal) – Valor do salário mínimo – 1.302,00 R\$:	Média de pessoas na casa	N	%
Acima de cinco salários mínimos	4,11	9	2,25%
De três a cinco salários mínimos	3,53	45	11,25%
De um a menos que de três salários mínimos	2,80	255	63,75%
Menos de um salário mínimo	3,18	74	18,5%
Não quer responder	3,70	17	4,25%

Em relação à renda familiar, os resultados obtidos revelam que 46,50% possui uma única fonte de sustento (Tabela 4). As principais fontes de sustento expostas foram aposentadoria por idade ou incapacidade (14,50%), abrangendo ainda atividades autônomas (11,25%) e programas sociais do governo (6,50%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Informações sobre fonte de renda dos entrevistados.

Pergunta	N	%
Única fonte de renda?		
Sim	186	46,50%
Não	145	36,30%
Não se aplica	69	17,30%
Ocupação?		

Aposentado	59	14,75%
Do lar	51	12,75%
Autônomo	45	11,25%
Funcionário público	28	7%
Recebe benefício	26	6,50%
Não trabalha	20	5%
Vendedor	19	4,75%
Professor	14	3,50%
Serviços gerais	13	3,25%
Diarista	12	3%
Motorista	15	3,75%
Auxiliar administrativo	7	1,75%
Pedreiro; ³ eletricitista; atendente	5	1,25%
Babá; recepcionista; gari	4	1%
Lava jato; micro empresário; merendeira; agricultor	3	0,75%
Agente de saúde; tec. de enfermagem; cuidador; doméstica; borracheiro; cozinheira; agente de endemias; pastor	2	0,50%
Assistente social; artesão; engenheiro agrônomo; pensionista; serralheiro; carpinteiro; pedreiro; vigilante; cabelereiro; construção civil; arrumador de ferro; mediador; pavimentação de ruas; decorador; monitor de escola; churrasqueiro; secretária; operador de caixa; gerente administrativo; assistente educacional; dentista e outros	1	0,25%
Há quanto tempo trabalha?		
Não se aplica	153	38,25%
Há mais de 20 anos	84	21%
16-20 anos	32	8%

³ As tabelas com separação por ponto e vírgula (;) representam respostas distintas que possuem o mesmo número de ocorrência. Por exemplo, na Tabela 4, observa-se que cinco pessoas afirmaram sua ocupação como pedreiro e outras cinco afirmaram trabalhar como eletricitistas, e assim sucessivamente.

11-15 anos	35	8,75%
6-10 anos	36	9%
3 – 5 anos	18	4,5%
1-2	15	3,75%
Menos de 1 ano	12	3%
Não quer responder	13	3,25%
Não sabe responder	2	0,50%

A maior parte dos entrevistados (89,9%) é natural de vários municípios do estado do Acre, dentre os quais se destacam Rio Branco (43%) e Xapuri, com 50 relatos (Tabela 5).

Tabela 5 - Informações sobre o município de nascimento dos entrevistados.

Município de Nascimento	N	%
Rio Branco – AC	175	43%
Xapuri – AC	50	12,50%
Capixaba – AC	41	10,25%
Senador Guimard – AC	22	5,50%
Brasileia – AC	15	3,75%
Sena Madureira – AC;	13	3,25%
Tarauacá – AC		
Boca do Acre – AC	9	2,25%
Plácido de Castro	7	1,75%
Cruzeiro do Sul – AC	5	1,25%*
Feijó – AC	4	1%
Porto Velho – RO; São Paulo – SP; Epitaciolândia – AC	3	0,75%
Assis Brasil – AC; Mundo Novo – MS; Extrema – RO	2	0,50%
Linhares – ES; Envira – AM; Cascavel – PR; Pará – PA; Catende – PE; Boca do Acre – AM; Fortaleza – CE; Pauini – AM; Copacabana – BO; Itacoatiara – AM; Bel Terra – PR; São Gabriel – ES; Bolívia; Porto Seguro – BA; Colorado do Oeste – RO; Paulatina – PR; Manreia – MG; Araçatuba – SP; São Miguel	1	0,25%

do Iguaçú – PR; Marechal Thaumaturgo – AC; Mato Grosso do Sul – MS;
 Corel – CE; Ipixuna – AM; Eirunepé -AM; Ariquemes – RO; Central de Santa
 Elena – MG; Caicó – Rio Grande do Norte; Colatina – ES; Sorocaba – SP;
 Rinópolis – SP; Guajara – RO

Quanto ao tipo de residência, dos participantes (48%) vive em casas de alvenaria, enquanto uma parcela menor (25,70%) possui casa totalmente de madeira (ver Tabela 6).

Tabela 1 - Tipo de residência dos moradores do município de Capixaba.

Tipo de Casa	N	%
Alvenaria	192	48%
Madeira	105	26,20%
Mista	103	25,70%

Com relação ao tempo de residência em Capixaba, observou-se que a maior parte dos entrevistados (38,20%) afirmou residir no município há mais de 20 anos, enquanto a minoria (6,50%) mora há a menos de 1 ano (Tabela 7).

Tabela 2- Distribuição do tempo de residência dos participantes no município de Capixaba.

Quanto tempo mora aqui	N	%
< de 1 ano	26	6,50%
1 – 2 anos	33	8,30%
3 – 5 anos	31	7,70%
6 – 10 anos	54	13,50%
11 – 15 anos	33	8,30%
16 – 20 anos	70	17,50%
> 20 anos	153	38,20%

Dos entrevistados, 266 (66,50%) afirmaram ter morado em outros municípios do estado do Acre, representando uma parcela significativa. Os municípios mais mencionados foram Rio Branco (46,99%), Senador Guiomard (15,02%), Xapuri (12,78%) e Sena Madureira (3,76%) (Tabela 8).

Tabela 3 – Relação dos municípios em que os participantes residiram.

Questão	N	%
Residiu em outros municípios		
Sim	266	66,50%
Não	134	33,50%
Quais? *4		
Rio Branco – AC	125	46,99%
Senador Guimard – AC	40	15,04%
Xapuri – AC	34	12,78%
Brasileia – AC	18	6,77%
Sena Madureira – AC	10	3,76%
Tarauacá – AC, Cruzeiro do Sul – AC	8	3,01%
Feijó – AC, Bolívia	7	2,63%
Epitaciolândia – AC	6	2,26%
Porto Acre – AC	5	1,88%
Boca do Acre – AC	4	1,5%
Acrelândia – AC	3	1,13%
Pimenta Bueno – RO; Assis Brasil – AC; Santa Rosa do Purus – AC; Mundo Novo – MS; Bujari – AC; Envira – AM; Vila Campinas – AC	2	0,75%
Extrema – RO; Fortaleza – CE; Campinas-AC; Ouro Petro- RO; Araçatuba – SP; Manoel Urbano – AC; Mato Grosso; Lábrea – AM; Nova Califórnia – RO; Pauini – AM; Mâncio Lima – AC; Para; Estrada 317; São Paulo – SP; Seringal São Luiz dos Palmares; Jordão – AC; Ariquemes – RO; Cuiabá – MG; Cacoal – RO; Toledo – PR; Reserva – PR; Humaitá –AM	1	0,78%

5.2 – CONHECIMENTO DOS MORADORES SOBRE A DOENÇA DE CHAGAS E SEUS VETORES

Quanto ao conhecimento dos moradores sobre a DC, a maioria das pessoas (73%) responderam ter ouvido falar do inseto barbeiro, (31,50%) foi por meio de rádio/TV, 73 (25%) na escola, 53 (17,80%) na internet e 46 (14,72%) por outras fontes de informação (como a zona rural, secretaria de saúde e faculdade) (Tabela 9). A maioria dos entrevistados adquiriu seu conhecimento sobre o barbeiro por meio de familiares e amigos (41,72%), seguidos de professores (17,93%) e apresentadores de TV ou rádio (14,48%).

⁴ * As tabelas indicam que os entrevistados podem ter apresentado mais de uma resposta, nesse sentido a soma das respostas não representará o número total de entrevistados (400)

Tabela 4- Respostas dos entrevistados acerca do conhecimento do barbeiro.

Pergunta	N	%
Você já ouviu Falar sobre o Barbeiro?		
Sim	292	73%
Não	108	27%
Onde ouviu falar sobre o Barbeiro? *		
Rádio/TV ⁵	92	31,50%
Escola	73	25%
Internet	52	17,80%
Vizinhança	43	14,72%
Casa	32	10,96%
Unidade de Saúde	21	7,19%
Zona Rural	6	2,05%
Universidade / Faculdade	4	1,37%
Secretaria de Saúde; Palestra; FUNASA	1	0,34%
Não sabe responder	21	7,19%
Quem falou sobre o inseto barbeiro? *		
Familiar/ Amigos	121	41,72%
Professor	52	17,93%
Apresentador (Radio ou TV)	42	14,48%
Profissional de Saúde	30	10,34%
Vizinho	22	7,58%
Palestrante	6	2,06%
Escritor	2	0,68
Técnico em Epidemiologia; Vendedores de Açai; Enfermeiro; Chefe	1	0,34%
Não sabe responder	17	5,82%

Dos participantes entrevistados, 1% dos entrevistados relataram ter encontrado o inseto barbeiro dentro de suas residências. Desses, três foram encontrados na sala e um no banheiro. Quanto aos peridomicílios, 5,50% dos entrevistados responderam ter encontrado o inseto, sendo que a maioria (36,36%) encontrou no quintal, conforme pode ser observado na tabela 10, vale ressaltar que o procedimento ao encontrar o barbeiro engloba todas as pessoas que encontraram no próprio domicílio e peridomicílio.

⁵ O uso de "/" nas tabelas indica alternativas que foram agrupadas assim as respostas dadas para cada categoria dividida por / foram somadas.

Ao encontrar o barbeiro, os entrevistados (46,15%) responderam ter matado o inseto, e uma parcela significativa 42,34% optaram por ignorar sua presença (Tabela 10).

Tabela 5 – Respostas dos participantes sobre a presença do vetor nos domicílios.

Pergunta	N	%
Você já encontrou o barbeiro na sua casa?		
Sim	4	1%
Não	347	86,75%
Não sabe responder	49	12,25%
Em qual cômodo da casa?		
Sala	2	75%
Banheiros	1	25%
Varanda	1	25%
Você encontrou o barbeiro fora de casa?		
Sim	22	5,50%
Não	318	79,50%
Não sabe responder	60	15%
Onde você encontrou?*		
Quintal	8	36,36%
Roçado	8	36,36%
Colônia	6	27,27%
O que você fez ao encontrar o barbeiro?*		
Matou o inseto	12	46,15%
Ignorou	11	42,30%
Veneno	1	3,84%
Jogou fora	2	7,69%

Ao serem questionados para onde os barbeiros deveriam ser encaminhados, a maioria (87,5%) não soube responder onde deveriam levar o inseto caso o encontrassem. Apenas 23

entrevistados (5,50%) informaram corretamente que o barbeiro deve ser encaminhado para a vigilância sanitária e/ou para a secretaria municipal de saúde (Tabela 11).

Tabela 6 - Respostas dos moradores sobre o local que deve ser encaminhado o barbeiro na região.

Pergunta	N	%
Você sabe para qual local deve ser encaminhado o barbeiro na região?		
Sim	50	12,50%
Não	350	87,50%
Para qual local deve ser encaminhado? *		
Vigilância Sanitária	14	28%
Posto de saúde	12	24%
Secretaria Municipal de Saúde	9	18%
FUNASA; gerência de endemias	3	6%
Vigilância Epidemiológica; laboratório; lixo	2	4%
Unidade de saúde; assistência de saúde; CRÁS, prefeitura	1	2%

Conforme apresentado na Tabela 12, 165 participantes (41,30%) expressaram medo em relação ao inseto barbeiro. Dentre os motivos mencionados, destaca-se a associação do barbeiro com a transmissão de doenças (79,39%), a percepção de que o barbeiro pode ser letal (7,87%), a preocupação com as picadas do inseto (7,27%), além de outros motivos, como o barbeiro ser perigoso, sua capacidade de contaminar alimentos e a indução de problemas na pele, entre outros.

Tabela 7 – Percepções dos moradores em relação ao medo do inseto barbeiro.

Pergunta	N	%
Você tem medo do barbeiro?		
Sim	166	41,50%
Não	234	58,50%
Porque você tem medo do barbeiro?*		
Porque transmite doença	131	78,91%

Pode ser letal	13	7,83%
Pica o ser humano	11	6,63%
Porque é perigoso	4	2,41%
Provoca reação quando pica; contamina o açai; queima a pele;	1	0,60%
Possui veneno; contagioso; não gosto de inseto; tenho nojo.		

Um indivíduo reportou ter sido picado pelo triatomíneo, enquanto 30 (7,50%) participantes afirmaram possuir conhecimento de pessoas que foram alvo de picadas do inseto. Dentro desse contingente, a maioria (60%) referiram-se a conhecidos ou amigos, a segunda maior ocorrência (30%) foi membros de suas próprias famílias. No segmento relacionado aos familiares, a maioria dos casos (33,33%) casos envolvendo tios (Tabela 13).

Tabela 8 - Respostas dos moradores sobre conhecer indivíduos que já tenham sido picados pelo barbeiro.

Pergunta	N	%
Conhece alguém que já foi picado pelo barbeiro?		
Sim	32	8%
Não	368	92,50%
Quem? *		
Amigo/conhecido	17	60%
Familiar	9	30%
Vizinho	5	16,66%
Qual Familiar?		
Tio	3	33,33%
Sogra; sobrinha; cunhado; avós; filho(a); primo	1	11,11%

No que diz respeito às medidas de prevenção adotadas pelos entrevistados em relação ao inseto barbeiro, a maioria das pessoas (21,25%) afirmou implementar ações para evitar o triatomíneo em suas residências. Dentre as práticas adotadas, destacaram-se a higienização dos domicílios e áreas circundantes (62,35%), o uso de repelente (15,29%) e a aplicação de inseticidas (10,59%), como mostrado na Tabela 14.

Tabela 9 - Conhecimentos e práticas dos moradores relativos às estratégias de prevenção do inseto barbeiro.

O que você faz para evitar o barbeiro?	N	%
Você faz alguma coisa para evitar os barbeiros?		
Sim	85	21,25%
Não	254	63,50%
Não sabe responder	51	12,75%
O que você faz para evitar o barbeiro? *		
Mantenho o domicílio / peridomicílio limpo	53	62,35%
Uso repelente	13	15,29%
Aplico veneno	9	10,59%
Mantenho a casa fechada a noite	6	7,06%
Mato o inseto; lava os alimentos	2	2,35%
Não sabe responder; usou desinfetante; não anda na zona rural; Queima entulho	1	1,18%

Quando mostradas as figuras de insetos, presente no formulário (Apêndice I), 221 (55,25%) dos participantes demonstraram o reconhecimento do vetor da DC. Contudo, dentre esse grupo de indivíduos que identificaram corretamente um dos insetos, 35 afirmaram nunca terem sido previamente informados sobre o mesmo, sugerindo, assim, um acerto aleatório. Nesse contexto, torna-se evidente que somente 186 pessoas (46,50%) possuíam conhecimento a respeito de pelo menos uma das três espécies de triatomíneo apresentada na prancheta, sendo as espécies que mais se destacaram: o H, com 79 ocorrências (19,80%), seguido pelo G, com 63 ocorrências, e o D, com 61 ocorrências (15,30%), como evidenciado na tabela 15.

Considerações: A questão exposta na tabela 15 foi considerada resposta correta se o participante identificasse, no mínimo, uma das três espécies de triatomíneos presentes nas imagens.

Tabela 10- Reconhecimento dos vetores da doença de Chagas por meio de prancheta de imagens.

Quais dos insetos é um barbeiro?	N	%
Letra A – Coleóptero	28	7%
Letra B – Coleóptero	17	4,30%
Letra C – Coleóptero	38	9,50%
Letra D – Percevejo predador	61	15,30%
Letra E – Percevejo fitófago	16	4%
Letra F – <i>Eratyrus mucronatus</i>	56	14%
Letra G – <i>Panstrongylus geniculattus</i>	63	15,70%
Letra H – <i>Rhodnius montenegrensis</i>	79	19,80%
Letra I – Percevejo predador	22	5,5%
Letra J – Percevejo fitófago	20	5%

Cerca de 54,50% dos entrevistados tinham conhecimento de que o triatomíneo é capaz de transmitir alguma enfermidade. Dentro desse grupo, 142 (65,14%) indivíduos conseguiram identificar de forma precisa a doença associada à transmissão pelo triatomíneo. Outras condições patológicas foram erroneamente mencionadas, incluindo leishmaniose com 6 (2,75%) registros, doença respiratória, dengue e doença cardiológica, cada uma com uma menção (0,44%), conforme apresentado na tabela 16.

Tabela 11- Conhecimento sobre a doença transmitida pelo barbeiro, segundo os entrevistados.

Perguntas	N	%
Você sabia antes da entrevista que o barbeiro transmite alguma doença?		
Sim	218	54,5%
Não	182	45,5%
Qual doença ele transmite?		

Doença de Chagas	142	65,14%
Leishmaniose	6	2,75%
Dengue, cardiológica, veneno, doença respiratória	1	0,46%
Não sabe responder	68	31,19%

5.3 – CONHECIMENTO DOS MORADORES SOBRE A DOENÇA DE CHAGAS E FONTES DE INFORMAÇÃO.

Quanto ao conhecimento dos moradores sobre a DC, constatou-se que 49 (12,25%) afirmaram conhecer alguém que já teve a DC, sendo a maioria amigos/conhecidos (53,06%), seguido por familiares (26,53%) e vizinhos (16,32%) (Tabela 17).

Tabela 12- Respostas dos participantes sobre o conhecimento de indivíduos com doença de Chagas ou já afetados pela doença.

Resposta	N	%
Conhece alguém que tem ou teve a doença de Chagas		
Sim	49	12,25%
Não	351	87,75%
Quem? *		
Amigo/conhecido	26	53,06%
Familiar	13	26,53%
Vizinho	8	16,32%
Não sabe responder	1	2,04%

Quanto ao conhecimento dos problemas de saúde que a doença pode causar, apenas 15% afirmaram estar cientes. Dentre essas, a maioria (25%) mencionou o acometimento cardíaco e febre. Outros sintomas relatados foram ferimentos na pele (15%), cefaleia e arritmias (8,33%) (Tabela 18).

Tabela 13 - Percepção dos entrevistados sobre os problemas de saúde causados pela doença de Chagas.

Pergunta	N	%
Você sabe quais problemas/situações de saúde a doença pode causar no ser humano?		
Sim	60	15%
Não	340	85%
Quais problemas/situações de saúde você poderia citar? *		
Febre; cardiomegalia	15	25%
Ferimento na pele	9	15%
Cefaleia; arritmias	5	8,33%
Mancha no corpo; astenia	4	6,66%
Falta de ar; náuseas; taquicardia; edema na face; hepatomegalia	3	5%
Dor no corpo	2	3,33%
Dor abdominal; dor nas articulações; vômito; falta de apetite; esplenomegalia; problema respiratório; perda de sensibilidade; Paraplegia; Icterícia; falência dos órgãos; câncer; erupção cutânea; morte; trombose; paralisia	1	1,66%
Não sabe responder	1	1,66%

Com relação à possibilidade de cura da infecção chagásica, a maioria dos entrevistados 193 (48,30%) expressou acreditar na cura, enquanto 95 (23,80%) acreditam na sua incurabilidade e 112 (28%) declararam desconhecimento sobre o tema (Tabela 19).

Além disso, 188 pessoas (53,20%) afirmaram ter conhecimento das vias de transmissão da DC. Entre as formas de transmissão identificadas, a picada de triatomíneo lidera sendo relatada em 72,87% dos casos, seguida pela ingestão de alimentos contaminados (27,13%), contato com fezes do barbeiro (10,11%), exposição à urina do barbeiro (6,91%) (Tabela 19).

Tabela 14 - Conhecimento dos entrevistados sobre as formas de infecção da doença de Chagas.

Perguntas	N	%
Você sabe como “pega” a doença de Chagas?		
Sim	188	53,20%
Não	212	64,80%
Como pega a doença de Chagas? *		
Picada	137	72,87%
Alimentos contaminados	51	27,13%
Fezes do barbeiro	19	10,11%
Urina do barbeiro	13	6,91%
Contato com o barbeiro	8	4,26%
Transplante de órgão; transmissão vertical; ovos do barbeiro; pelo; mosquito; ferimentos na pele; açai	1	0,53%
Não sabe responder	4	2,13%

No que concerne às estratégias de prevenção da DC, 84 dos entrevistados (21,00%) afirmaram estar cientes das medidas preventivas. Entre essas práticas, destaca-se evitar o contato com o barbeiro 21 (25%), atenção à procedência dos alimentos 20 (23,81%), manutenção da limpeza do ambiente e dos alimentos 15 (17,86) e o uso de mosquiteiros 14 (16,67%) (Tabela 20).

Tabela 15 – Condutas para evitar à infecção da doença de Chagas, apontadas pelos moradores de Capixaba, Acre, Brasil.

Pergunta	N	%
Você sabe como evitar a doença de Chagas?		
Sim	84	21%
Não	243	60,75%

Não sabe responder	73	18,25%
Como evitar a doença de Chagas? *		
Não ter contato com o barbeiro	21	25%
Saber a procedências dos alimentos	20	23,81%
Manter a limpeza	15	17,86%
Uso mosquiteiro	14	16,67%
Lavar os alimentos	7	8,33%
Matar o inseto; Evitar o habitat do barbeiro	3	3,57%
Usar inseticida/ veneno; Queimar entulhos no quintal; Usar repelente	2	2,38%
Tomar vacina ou remédio; Não ter casa de Barro; Usar roupa adequada na mata; Usar ar condicionado; Evitar a picada; Construir casa longe de palmeiras; Cuidado com a água	1	1,19%
Não sabe responder	4	4,76%

Quanto à participação em atividades relacionadas à DC, apenas 29 dos entrevistados (7,25%) afirmaram ter participado. Dentre essas participações, a maioria (72,41%) ocorreu na escola. No que diz respeito ao tipo de atividade, palestras foram citadas pela maioria dos entrevistados (79,31%) (Tabela 21).

Em relação ao período de participação, a maioria (13,79%) aconteceu entre 6-10 anos ou 3-5 anos atrás, e abrangendo ainda os períodos de 11-15 anos ou 16-20 anos (6,90%) (Tabela 21).

Tabela 16 - Respostas dos entrevistados sobre participação de atividades preventivas à doença.

Pergunta	N	%
Você já participou de alguma atividade acerca da prevenção da Doença de Chagas?		
Sim	29	7,25%
Não	371	92,75%

Que atividade você participou? *

Palestra	23	79,31%
Roda de conversa	2	6,90%
Aula e/ou trabalho	1	3,45%
Não sabe responder	2	6,90%

Onde?

Escola	21	72,41%
Faculdade/mestrado	2	6,90%
Centro cultural; casa dos idosos; vizinhança; posto de saúde	1	3,45%
Não sabe responder	2	6,90%

Quando?

1-2	1	3,45%
3 – 5 anos	4	13,79%
6-10 anos	4	13,79%
11-15 anos	2	6,90%
16-20 anos	2	6,90%
Não sabe responder	11	37,93%

Dos entrevistados, 116 (29%) relataram alguma queixa de saúde. Entre essas queixas, destacam-se hipertensão, com 33 ocorrências (28,44%), outras opções apresentadas pelos moradores incluíram problemas na coluna 24 (20,68%), cefaleia 13 (11,20%), dor no corpo 7 (6,03%), e dor nos ossos 6 (5,17%) (Tabela 22).

Tabela 17 - Respostas dos entrevistados sobre atuais problemas de saúde.

Perguntas	N	%
Atualmente você tem alguma queixa de saúde?		
Sim	116	29%
Não	266	66,50%
Não sabe responder	18	4,50%

Quais queixas de saúde você tem? *

Hipertensão	33	28,45%
Problema na coluna	24	20,69%
Cefaleia	13	11,21%
Dor no corpo	7	6,03%
Dor nos ossos	6	5,17%
Problema nos rins	5	4,31%
Glicose alta; Artrose; gastrite	4	3,45%
Dor nas articulações; artrite reumatoide; labirintite;	3	2,59%
Febre; falta de ar; reumatismo; problema na tireoide; pedra nos rins; esquecimento; asma; problema cardíaco; bursite; erupção cutânea	2	1,72%
Dor abdominal, arritmia, hérnia; problema de vista; constipação; hérnia; visão audição e voz falha; colides; confusão mental; esquizofrenia; coordenação motora afetada; ansiedade; dor na garganta; intoxicação alimentar; síndrome do túnel do carpo; dor no estômago; depressão; nódulo; gripe; anemia; obesidade; fibromialgia; insônia; bronquite; astenia; lúpus; colesterol alto; problema pulmonar; diabetes; esteatose hepática; inflamação no ouvido; sequelas de paralisia infantil	1	0,86%

Dentre os participantes, 31 (7,80%) relataram ter passado por uma transfusão de sangue. Desse grupo, a maioria (41,93%) afirmaram que a transfusão ocorreu entre os 16 e 20 anos, seguido pelo período entre os 6 e 10 anos (12,90%). Quatro entrevistados não souberam fornecer essa informação (Tabela 23). Nenhum dos entrevistados foi submetido a transplante de órgãos.

Tabela 18 - Respostas dos entrevistados quanto à realização de transfusão de sangue.

Perguntas	N	%
Já foi submetido a transfusão de sangue?		
Sim	31	7,8%

Não	366	91,50%
Não sabe responder	3	0,75%
Quando?		
Menos de 1 ano	2	6,45%
1-2	3	9,67%
3 – 5 anos	3	9,67%
6-10 anos	4	12,90%
11-15 anos	2	6,45%
16-20 anos	13	41,93%
Não sabe responder	4	12,90%

Quanto ao consumo de frutos associados à DC, 383 (95,50%) afirmaram consumir pelo menos um dos frutos apresentados, 53% dos entrevistados consumiam cana de açúcar, 41% consumiam bacaba, 24,50% consumiam buriti, 30,30% consumiam patoá, 92,50% consumiam açaí (Tabela 24).

Tabela 19 - Respostas dos entrevistados quanto o consumo de frutos associados à DC.

Consome o fruto?	Sim		Não	
	N	%	N	%
Cana de açúcar	212	53%	188	47%
Bacaba	164	41%	236	59%
Buriti	98	24,50%	302	75,50%
Patoá	121	30,30%	279	69,80%
Açaí	370	92,50%	30	7,50%
Consome pelo menos 1 dos frutos	383	95,75%	17	4,25%

Quanto à forma de consumo, a maioria dos entrevistados afirmou que os frutos consumidos são preparados de forma caseira, um padrão que se repetiu para todos os tipos de frutos, como demonstrado na Tabela 25.

Tabela 20- Respostas dos entrevistados sobre o modo de preparo dos frutos consumidos.

Qual o modo de preparo? *	Caseiro		Industrial	
	N	%	N	%
Cana de açúcar	204	96,23%	7	3,30%
Bacaba	160	97,56%	4	2,43%
Buriti	97	98,97%	2	2,04%
Patoá	121	100%	0	0%
Açaí	360	97,29%	9	2,43%

Em relação à frequência de consumo dos diferentes frutos, a maioria dos entrevistados consome os frutos anualmente. No tocante ao consumo do açaí, um número considerável de entrevistados (32,70%) consome mensalmente. (Tabela 26).

Tabela 21 - Respostas dos entrevistados sobre a forma de consumo dos frutos.

Frequência de consumo	Diariamente		Semanalmente		Mensalmente		Anualmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cana de açúcar	13	6,13%	16	7,54%	32	15,09%	148	69,81%
Bacaba	2	1,21%	11	6,70%	20	12,19%	130	79,26%
Buriti	1	1,02%	6	6,12%	11	11,22%	80	81,63%
Patoá	2	1,65%	9	7,43%	9	7,43%	101	83,47%
Açaí	30	8,11%	75	20,27%	121	32,70%	142	38,37%

No que se refere ao modo de preparo, a maioria dos entrevistados (84%) respondeu que consome cana de açúcar na forma de caldo. No caso do consumo de bacaba, buriti, patoá e açaí, as maiorias dos entrevistados optam em consumir esses frutos na forma de vinho, que significa que é consumido puro, sem adição de água e condimentos (Tabela 27).

Tabela 22 - Respostas dos entrevistados sobre o modo de preparo dos frutos consumidos.

Qual o modo de preparo?*	Caldo	Vinho	Suco	Sorvete	Picolé	Mel/Doce/ Açúcar/ Caroço	Creme	In Natura
Fruto	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%	N/%
Cana de açúcar	178 (83,96%)	-	-	-	-	119 (56,13%)	-	26 (12,26%)
Bacaba	-	146 (89%)	21 (13%)	3 (2%)	1 (1%)	-	2 (1%)	-
Buriti	-	83 (84%)	16 (16%)	2 (2%)	3 (3%)	3 (3%)	1 (1%)	6 (6%)
Patoá	1 (1%)	110 (91%)	13 (11%)	1 (1%)	1 (1%)	-	1 (1%)	3 (2%)
Açaí	-	319 (85%)	45 (12%)	80 (22%)	65 (18%)	-	66 (18%)	6 (2%)

Quanto à procedência dos frutos, a maioria é proveniente do município de Capixaba, seguida pela cidade de Rio Branco. No caso da cana de açúcar, Brasileia também se destacou como a terceira maior fonte de origem, com duas ocorrências (0,9%).

No que diz respeito à bacaba, destacam-se os municípios de Etitaciolândia e Tarauacá. Quanto ao buriti, o município de Cruzeiro do Sul e Tarauacá foram as principais fontes de origem, com duas ocorrências cada. No caso do patoá, houve menções de origens como Bolívia e Etitaciolândia. Por fim, no que concerne ao açaí, a cidade de Porto Velho se destacou como fonte de origem, com duas ocorrências (Tabela 28).

Tabela 23 - Resposta dos entrevistados sobre a procedência dos frutos consumidos.

Procedência*	Cana de Açúcar		Bacaba		Buriti		Patoá		Açaí	
Cidade	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Capixaba	189	89,15%	150	91,4%	80	81,6%	104	85,9%	357	97,5%

Rio Branco	13	6,13%	4	2,4%	7	7,1%	3	2,5%	3	0,81%
Senador Guiomard	1	0,47%	1	0,6%	-	-	-	-	-	-
Porto Velho	1	0,47%	1	0,6%	1	1%	1	0,8%	2	0,54%
Epitaciolândia	1	0,47%	2	1,2%	-	-	-	-	1	0,27%
São Luiz do Remanso	1	0,47%	1	0,6%	-	-	1	0,8%	-	-
Brasiléia	2	0,47%	1	0,6%	1	1%	1	0,8%	-	-
Boca do Acre	1	0,47%	-	-	-	-	-	-	-	-
Epitaciolândia	-	-	-	-	-	-	2	1,7%	-	-
Bolívia	-	-	-	-	-	-	2	1,7%	1	0,27%
Feijó	-	-	-	-	1	1%	-	-	-	-
Tarauacá	-	-	2	1,2%	2	2%	1	0,8%	-	-
Seringal	-	-	-	-	1	1%	1	0,8%	-	-
Piauí	-	-	-	-	1	1%	-	-	-	-
Jordão	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,27%
Campinas	-	-	-	-	-	-	1	0,8%	-	-
Xapuri	-	-	-	-	-	-	1	0,8%	1	0,27%
Espirito Santo	-	-	-	-	-	-	1	0,8%	-	-
Cruzeiro do Sul	-	-	1	0,6%	2	2%	-	-	-	-
Não informado	1	0,47%	-	-	-	-	-	-	-	-

Mais da metade dos participantes (62,60%) consome carne de caça, e entre as variedades de carnes consumidas, destacam-se o tatu (72,17%), a paca (67,34%), o porco do mato (65,32%), e a cutia (39,92%). Quanto ao modo de preparo, a maioria das pessoas (42,90%) consomem a carne de caça cozida e a minoria (8,47%) optam por prepará-la guisada. No que se refere ao período de consumo a maioria (37,50%) consumiram a carne há menos de 1 ano (Tabela 29).

Tabela 24 - Respostas dos entrevistados sobre o consumo de carne de caça.

Quais?	N	%
Tem o hábito de comer carne de caça?		
Sim	250	62,5%
Não	146	36,50%
Não quer responder	4	1%
Quais?*		
Tatu	179	71,60%
Paca	167	66,80%
Porco do Mato	162	64,80%
Queixada	105	42,00%
Cutia	99	39,60%
Capivara	80	32,00%
Jabuti	69	27,60%
Jacaré	64	25,60%
Anta	58	23,20%
Veado	57	22,80%
Macaco	10	4,00%
Nambu	4	1,60%
Onça; Carneiro; Pássaro; Capoeira; Cobra; Jacu	1	0,40%
Não sabe responder	1	0,40%
Como é o preparo desta carne de caça?*		
Guisada	21	8,40%
Cozida	166	66,40%
Assada	73	29,20%
Frita	143	57,20%
Lembra qual foi a última vez?		
Sim	167	41,75%

Não	112	28%
Não se aplica	110	27,50%
Quando? (mês/ano)		
<1 ano	150	89,82%
1-2	10	5,99%
3 – 5 anos	7	4,19%
6-10 anos	3	1,8%
11-15 anos	1	0,6%
>20	2	1,20%

Quanto ao falecimento de algum familiar e/ou amigo por causas desconhecidas, 22 entrevistados relataram ocorrências. Dentro desse grupo, a maioria (36,36%) não conseguiu fornecer informações sobre os sintomas observados. No entanto, entre os sintomas relatados, destaca-se febre (27,27%) e dor no corpo (18,18%) (Tabela 30).

Tabela 25 - Resposta dos entrevistados sobre o falecimento de algum conhecido por causa desconhecidas.

Perguntas	N	%
Teve algum familiar ou amigo que faleceu devido uma morte desconhecida?		
Sim	22	5,50%
Não	365	91,30%
Não sabe responder	13	3,20%
O que este seu familiar sentia/apresentava (sinais/sintomas)?*		
Febre	5	27,72%
Dor no corpo	4	18,18%
Cefaleia; Vômito; Dor abdominal	3	13,64%
Dor nas articulações; Câncer	2	9,09%
Astenia; Mancha no corpo; Diarreia; Náuseas; Taquicardia;	1	4,55%

Arritmias; Erupção Cutânea; Falta de Apetite; Hepatomegalia;
Ascite; Cardiomegalia; Hipertensão; Tontura; Palidez; Dor no
peito; Tremor; Pneumonia; Gastrite; Tuberculose; rouquidão

Não sabe responder 8 36,36%

Por fim, quanto ao uso de mosquiteiro, apenas 69 pessoas (17,25%) afirmaram utilizá-lo, sendo que a maioria utiliza fechado (69,56%) (Tabela 31).

Tabela 26- Respostas dos entrevistados sobre o uso de mosquiteiro.

Como você usa o mosquiteiro?	N	%
Você usa mosquiteiro?		
Sim	69	17,25%
Não	331	82,75%
Como você usa o mosquiteiro?		
Fechado	48	69,56%
Rasgado/Furado	7	10,14%
Parcialmente fechado	14	20,28%

6. DISCUSSÃO

A pesquisa realizada por Rosenthal et al. (2020) destaca lacunas no conhecimento da população sobre a DC e seus vetores, apesar de ter sido descrita em 1909. Isso ressalta a necessidade de aumentar a conscientização e a educação pública sobre essa condição de saúde. Como destacado por Dias et al. (2016), a participação comunitária desempenha um papel crucial na prevenção, captura e notificação de triatomíneos. Pela mobilização da comunidade, é possível implementar estratégias eficazes de controle e vigilância da doença.

Além disso, ao analisar o perfil sociodemográfico dos entrevistados neste estudo, é possível identificar padrões importantes que podem influenciar a compreensão e abordagem da DC. Por exemplo, fatores como nível educacional, acesso aos serviços de saúde e condições de moradia podem afetar a percepção e o comportamento das pessoas em relação à doença. Portanto, políticas e programas de saúde pública devem ser adaptados para levar em consideração essas variáveis sociodemográficas, visando uma abordagem mais eficaz e inclusiva no combate à enfermidade.

No contexto específico de Capixaba, os dados demográficos destacam que a maioria dos moradores está na faixa etária de 31 a 59 anos (IBGE, 2022), como confirmado pelas assinaturas no termo de consentimento. Surpreendentemente, apesar da predominância da população masculina, a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino. Essa discrepância pode influenciar a eficácia das estratégias de conscientização e prevenção, pois pode indicar diferentes padrões de acesso aos serviços de saúde e níveis de informação entre os gêneros.

Além disso, a principal fonte de renda reportada pelos entrevistados foi a aposentadoria, o que está alinhado com a faixa etária registrada. No entanto, é preocupante notar que uma parcela significativa dos entrevistados não concluiu o ensino médio (50,50%) ou o ensino fundamental (37,78%). Essa baixa escolaridade e as condições econômicas correlatas estão intimamente ligadas às taxas de transmissão da DC, como observado por Marques et al. (2010).

Portanto, a compreensão desses padrões sociodemográficos é crucial para direcionar intervenções educacionais e de conscientização que sejam culturalmente sensíveis e acessíveis para a população de Capixaba, visando reduzir as lacunas de conhecimento sobre a DC e promover uma participação comunitária mais eficaz na prevenção e controle da doença e seus vetores.

A maioria dos entrevistados, representando 28,7%, possui ensino médio completo, indicando um nível moderado de instrução na amostra. No entanto, é preocupante observar que 13,3% dos entrevistados não possuem alfabetização. Essa disparidade educacional ressalta a importância de estratégias educacionais direcionadas para garantir que informações sobre saúde, incluindo a prevenção da tripanossomíase, sejam acessíveis a todos os segmentos da população.

Considerando que a tripanossomíase americana está estreitamente relacionada ao nível educacional, às condições financeiras precárias e também à moradia em situações desfavoráveis, torna-se evidente que os fatores sociais desempenham um papel significativo na redução da qualidade de vida e no aumento do risco de contaminação. Essa interseção entre fatores sociais e saúde é destacada pela Fiocruz (2017) e Santos et al. (2022), evidenciando a complexidade do desafio enfrentado no controle da infecção.

Em relação à renda familiar, a grande maioria dos entrevistados, totalizando 63,75%, possui renda familiar entre um e três salários mínimos. Isso sugere que uma parte substancial da população está situada em uma faixa de renda baixa a intermediária, o que pode indicar um potencial vulnerabilidade socioeconômica. Essa condição pode dificultar o acesso a cuidados de saúde adequados e medidas preventivas, aumentando assim o risco de contaminação e perpetuando a transmissão da doença. Essa faixa de renda sugere limitações no acesso a serviços de saúde de qualidade, educação e condições de vida adequadas, além de influenciar diretamente na qualidade de vida e na adoção de práticas preventivas.

Por outro lado, é preocupante notar que 18,5% dos entrevistados estão vivendo com renda familiar inferior a um salário mínimo. Esta parcela da população enfrenta condições precárias, o que pode acarretar em desafios consideráveis no acesso aos serviços de saúde essenciais, à informação adequada sobre prevenção e tratamento da enfermidade (SANTOS et al., 2022).

A carência financeira pode limitar ainda mais a capacidade desses indivíduos em garantir condições habitacionais adequadas, acesso à água potável e saneamento básico, fatores cruciais na prevenção da propagação da DC (FIOCRUZ, 2017).

Além disso, os dados mostram que apenas 2,25% dos entrevistados têm renda acima de cinco salários mínimos, o que representa uma minoria com condições financeiras mais confortáveis. Esses dados ressaltam a importância crítica de considerar as disparidades socioeconômicas, pois influenciam diretamente na educação e conhecimento da população, como descreve Santos et al. (2022).

Durante a visita, foi possível constatar que a maioria das habitações dos participantes é construída com materiais predominantemente de madeira ou de composição mista. Esse tipo de estrutura residencial revela-se particularmente propenso à colonização por triatomíneos, visto que esses insetos buscam abrigo nas frestas e buracos presentes nas paredes dessas residências, conforme destacado por Alves (2023).

Outro elemento determinante na taxa de infecção por *T. cruzi* é o grau de conhecimento da população acerca dos mecanismos de transmissão da doença, conforme evidenciado por Lara (2021). Este estudo revelou que 72,87% dos participantes informaram a picada como uma via de transmissão, enquanto apenas 27,13% associam a ingestão de alimentos contaminados como um possível meio de transmissão. Os resultados evidenciam uma lacuna significativa de conhecimento na região, na qual a via de transmissão em questão é subestimada, ampliando a preocupação, especialmente considerando o consumo frequente de frutos associados à infecção nessa localidade.

No tocante ao conhecimento da população acerca do barbeiro, a maioria dos entrevistados afirmou estar ciente do assunto, em que a televisão e o rádio são as principais fontes de informação, revelando a abrangência desses meios de comunicação. Contudo, é relevante observar que apenas um quarto da população adquiriu conhecimento sobre o barbeiro na escola, uma informação de significativa importância, considerando o papel das ações educativas como ferramentas preventivas para doenças parasitárias, conforme preconizado por Souza, Wagner e Gorini (2007). Esse dado assume relevância, uma vez que estratégias educativas têm demonstrado eficácia comparável ao saneamento básico e, em alguns casos, superiores ao tratamento em massa em longo prazo (TOSCANI et al., 2007; FALAVIGNA GUILHERME et al., 2002). No Brasil, há registros de diversas experiências exitosas de educação para a prevenção de doenças parasitárias, tais como Boeira, (2010), Dias; Kovaliczn (2014) Lima et al. (2017), Pereira et al. (2023), Golçalves et al. (2018), Martins et al. (2020), entre outros.

Quanto à fonte de informações sobre o barbeiro, uma minoria indicou ter recebido orientação de profissionais de saúde, enquanto a maioria adquiriu conhecimento por meio de interações com familiares e amigos. Embora o conhecimento empírico desempenhe um papel importante, é vital reconhecer suas limitações, uma vez que informações populares podem, por vezes, estar sujeitas a vieses e conter dados incorretos. Portanto, apesar da valiosa perspectiva oferecida pelo conhecimento adquirido informalmente, é fundamental complementar essa fonte com informações provenientes de fontes mais especializadas,

garantindo uma compreensão mais abrangente e precisa sobre o barbeiro e as estratégias de prevenção de doenças parasitárias, permitindo que as comunidades adquiram e, passem a propagar, conhecimento correto sobre o assunto.

Embora a maioria dos entrevistados tenham afirmado possuir um conhecimento prévio sobre o barbeiro, observou-se uma falta de familiaridade com alguns aspectos importantes sobre o inseto durante a entrevista, por exemplo apenas 5,50% dos participantes identificaram corretamente o local que deve ser encaminhado o barbeiro. Além disso, entre os 26 entrevistados que afirmaram ter encontrado o inseto, nenhum indivíduo indicou ter coletado a espécie, uma prática considerada relevante nessas circunstâncias, dado o nível de incerteza, além do mais a notificação é de suma importância para os programas de controle iniciarem um processo de vigilância entomológica na região. Uma parcela significativa dos entrevistados que se deparou com o inseto admitiu ter eliminado o inseto, uma ação potencialmente arriscada.

Apenas 23 pessoas (5,75%) apresentaram conhecimento do local para encaminhar o barbeiro na região. Essa porcentagem aponta para a ausência de divulgação e informação efetiva sobre o serviço prestado pela vigilância sanitária e Secretaria Municipal de Saúde, responsável por receber encaminhamentos referentes aos vetores. A falta de conhecimento sobre o procedimento adequado pode ser interpretada como uma falha na comunicação institucional, o que destaca a necessidade de melhorar a divulgação dessas informações à população. Nesse contexto, a atuação desse setor, mediante políticas educacionais mais robustas, torna-se essencial para garantir a participação majoritária dos moradores por meio da vigilância passiva da DC conforme proposto por Dias et al. (2016), pois a falta de informações adequadas contribui para a falta de medidas eficazes ao se deparar com o barbeiro.

A maioria dos entrevistados informou não sentir medo do barbeiro, essa postura se reflete no índice de somente 21,25% que adotam medidas preventivas contra o inseto. Quando se trata das práticas preventivas, de maneira geral, algumas medidas para evitar o barbeiro demonstram eficácia. No entanto, é importante destacar que alguns entrevistados mencionaram recorrer à eliminação do inseto, uma abordagem que representa um risco potencial de contaminação. As atividades de vigilância e notificação da DC têm como objetivo interromper a transmissão vetorial, e identificar os locais de ocorrência dos hematófagos, a fim de mobilizar políticas públicas de prevenção e mitigação da tripanossomíase em determinado local (SILVA et al., 2006).

A maioria dos participantes da pesquisa indicou não ter conhecimento da forma de contágio, a maioria indicou a transmissão por meio da picada do inseto. Ademais, apenas 21,13% dos entrevistados demonstraram conhecimento sobre o risco de infecção pela via oral, também relacionada ao vetor. Essa carência de informação entre a população é significativa, especialmente considerando-se a observação de que a maioria das pessoas consome ao menos um fruto proveniente de palmeiras, além de carne de caça, que, quando infectados, tornam-se vias de transmissão de *T. cruzi* (DE MEIS; CASTRO, 2017). Ademais, o conhecimento da comunidade sobre a transmissão do *T. cruzi* pode ter um impacto positivo na taxa de infecção entre os residentes.

Ao apresentar a prancheta contendo imagens dos insetos, menos da metade dos entrevistados conseguiram identificar corretamente o vetor. Este resultado demonstra uma taxa inferior àquela encontrada por Villela et al. (2009) em Minas Gerais, onde 89,1% dos participantes conseguiram identificar o inseto.

Entre as espécies identificadas corretamente como vetor da DC, destaca-se o *Rhodnius montenegrensis*, uma ocorrência esperada devido à importância epidemiológica que essa espécie mantém no estado do Acre, conforme indicado por Ribeiro et al. (2019).

Embora a maioria dos participantes informarem não encontrar o barbeiro em suas residências e arredores, observa-se que a maioria não conseguiu identificar corretamente o vetor em ambos os cenários. A falta de precisão na identificação, evidenciada pela ausência de acertos nas avaliações das figuras, levanta a hipótese de que a carência de registros quanto ao número de hemípteros hematófagos capturados no município pode ser atribuída ao conhecimento limitado da morfologia desses insetos por parte da comunidade.

Dos entrevistados, 54,50% afirmaram saber antes da entrevista que o barbeiro transmitia alguma doença. Considerando-se o nome da doença, a maioria não soube informar ser a DC, demonstrando, baixa associação entre o inseto e a enfermidade. Os dados encontrados são similares aos obtidos por Verdú & Ruiz (2003), que, ao questionarem sobre o nome da enfermidade a uma comunidade Guaraní na Bolívia, diagnosticaram índice de acerto de apenas 14,3%.

A minoria dos participantes relatou conhecer alguém que já foi diagnosticado com a DC, um fenômeno que pode estar relacionado à natureza silenciosa da doença. Estima-se que, a cada 10 pessoas afetadas, apenas dois ou três apresentam sintomas visíveis, e frequentemente o diagnóstico é demorado (PEREIRA-SILVA; MELLO; ARAÚJO-JORGE, 2022).

Apenas 15% dos participantes afirmaram ter conhecimento dos sintomas e causas da infecção. É relevante salientar que, dentre os 28 sintomas apresentados, 39,28% foram identificados incorretamente. Entre os sintomas corretamente reconhecidos, a febre e a cardiomegalia foram os mais destacados. A falta de compreensão em relação aos sintomas pode dificultar a busca por tratamento adequado, uma vez que a DC pode ser confundida com doenças comuns (ROBERTSON et al., 2016).

Cerca de 51,70% dos participantes acreditam que a enfermidade não possui cura. Essa percepção pode ser atribuída ao fato de que os diagnósticos positivos para a DC frequentemente estão associados à fase crônica da doença, na qual os sintomas característicos se manifestam. Nesse estágio, devido ao comprometimento de vários órgãos, a eficácia da medicação é reduzida, resultados que divergem dos mencionados por Novais et al. (2022), nos quais apenas 25,8% da população reconhece a possibilidade de cura clínica.

No que se refere às formas de prevenção da DC, apenas 21% dos participantes afirmaram estar cientes de medidas preventivas, mencionando estratégias relacionadas ao contágio vetorial. A falta de informação sobre medidas preventivas coincide com o fato de que apenas 7,25% participaram de atividades preventivas contra a DC.

Embora poucos tenham relatado ter recebido transfusão de sangue ou realizado transplante de órgãos, a maioria consome frutos associados à infecção por *T. cruzi*, destacando-se o açaí. Esses frutos são produzidos majoritariamente de modo caseiro por comerciantes locais ou produzidos pela família na área externa de suas residências, indicando uma possível falta de controle de qualidade nesses alimentos. O consumo desses frutos é anual e está relacionado aos períodos de safra. Além do mais, o consumo de carne de caça é comum entre os residentes de Capixaba, sendo que uma parcela significativa dos participantes relatou tê-la consumido nos últimos doze meses, vale destacar que os animais silvestres consumidos são potenciais reservatórios de *T. cruzi* (FERREIRA et al., 2018).

A baixa adesão ao uso de cortinados, conforme observado por uma parcela reduzida dos entrevistados em Capixaba, reflete resultados semelhantes encontrados por Novais et al. (2022). Essa constatação é relevante, uma vez que estudos indicam que o uso de cortinados pode reduzir significativamente o contato com os vetores da DC, especialmente considerando sua atividade predominantemente noturna. A disseminação eficaz dessas informações é crucial para aumentar o conhecimento da comunidade sobre a doença e seus vetores, incentivando práticas preventivas simples, como o uso de cortinados, que podem

desempenhar um papel importante na redução da transmissão da doença e na promoção da saúde pública em Capixaba.

7. CONCLUSÃO

A participação ativa dos moradores se revela essencial na abordagem da DC. A presente pesquisa destaca a importância da utilização de questionários para aprofundar a compreensão dos habitantes acerca da referida doença. Os resultados obtidos indicam que os moradores de Capixaba possuem algum conhecimento sobre a DC, no entanto, este conhecimento é ainda limitado quanto aos aspectos gerais da infecção, tais como os procedimentos adequados ao encontrar o vetor, o local na região para encaminhar o vetor, as implicações associadas à enfermidade e as medidas preventivas. Além disso, um número significativo de indivíduos demonstrou desconhecimento da via de transmissão oral, o que suscita preocupação devido aos hábitos alimentares dos moradores, tais como o consumo de frutos associados a DC e de carne silvestre, que são potenciais reservatórios de *T. cruzi*.

O déficit de conhecimento identificado pode ser agravado pela falta de participação da maioria dos moradores entrevistados em atividades relacionadas à prevenção dessa enfermidade. As informações coletadas neste estudo possuem implicações relevantes para o desenvolvimento de futuros materiais e campanhas educativas voltadas para a promoção da conscientização sobre a DC. Nesse sentido, torna-se imperativo adotar políticas educacionais que incorporem abordagens baseadas na comunidade como um ativo estratégico. Isso ocorre por meio do reconhecimento da importância epidemiológica dos triatomíneos, estimulando nos moradores o interesse e a consciência no controle da doença.

Uma perspectiva para estudos futuros envolve a implementação de atividades envolvendo crianças, adolescentes e jovens por meio de programas que abordem a DC e seus aspectos gerais nas instituições de ensino, considerando a escassez de trabalhos voltados para esse público-alvo. Além disso, sugere-se a capacitação conjunta de profissionais de educação com os agentes de endemias e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, B. / O. / O.-M. Doença de Chagas | Biblioteca Virtual em Saúde MS., [s.d.]. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/doenca-de-chagas-10/>>. Acesso em: 21 dez. 2023
- ALEVI, K. C. C.; et al. *Triatoma rosai* sp. Nov. (Hemiptera, Triatominae): a new species of argentinian chagas disease vector described based on integrative taxonomy insects. **Insects (MDPI)**. v, 26, n. 11, p. 1-24, 2020.
- ALEVI, K.C.C.; ROSA, J.A.; OLIVEIRA, J. Doenças negligenciadas transmitidas por vetores biológicos na Amazônia ocidental: passado, presente e futuro. In: MENEGUETTI, D. U. O. DE; SILVA, R. P. M. (Eds.). *Ciência da Saúde na Amazônia Ocidental 2*. Rio Branco: **Stricto Sensu**, p. 9–24, 2019.
- ARAÚJO, Perla F. et al. Sexual transmission of American trypanosomiasis in humans: a new potential pandemic route for Chagas parasites. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 112, p. 437-446, 2017.
- ASSIS, S. N. DE S. Contexto socioambiental e percepção da doença de Chagas no Alto Solimões, Amazonas. 17 jan. 2022.
- BATISTA, R. S. et al. Neuroinfecção humana por *Trypanosoma cruzi*. **Revista Neurociências**. v. 16, n. 4, p. 310-315, 2008.
- BENATTI, R. D.; OLIVEIRA, G. H.; BACAL, F. Heart Transplantation for Chagas Cardiomyopathy. **The Journal of Heart and Lung Transplantation: The Official Publication of the International Society for Heart Transplantation**, v. 36, n. 6, p. 597–603, jun. 2017.
- BERN, C.; MESSENGER, L. A.; WHITMAN, J. D.; MAGUIRE, J. H. Chagas Disease in the United States: A Public Health Approach. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 33, n. 1, p. 1-42, 2020.
- BENZIGER, C. P.; CARMO, G. A. L.; RIBEIRO, A. L. P. Chagas Cardiomyopathy: Clinical Presentation and Management in the Americas. **Cardiol Clin**, v. 35, n. 1, p. 31-47, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Doença de Chagas, 2021.
- BRASIL. Doença de Chagas. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas/doenca-de-chagas>>. Acesso em: 21 dez. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico]. 4ª. ed. – Brasília: **Ministério da Saúde**, p.725, 2019. Disponível em: <http://bit.ly/GVS-4ed-2019>.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Implementa Ficha de Notificação Para Doença de Chagas Crônica Pelo Sistema de Informação E-SUS.” **Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**.

- Disponível em: sbmt.org.br/ministerio-da-saude-do-brasil-implementa-ficha-de-notificacao-para-doenca-de-chagas-cronica-pelo-sistema-de-informacao-e-sus/.
- BRAZ, S.C.M. et al. Chagas disease in the State of Pernambuco, Brazil: analysis of admissions and mortality time series. **Revista de Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 3, p. 318-323, 2011.
- BILHEIRO, A. B., et al. First Report of Natural Infection with *Trypanosoma cruzi* in *Rhodnius montenegrensis* (Hemiptera, Reduviidae, Triatominae) in Western Amazon, Brazil. **VectorBorne and Zoonotic Diseases**, v. 18, n. 11, p. 605 – 610, 2018.
- BOEIRA, L.V. et al. Educação em saúde como instrumento de controle de parasitoses intestinais em crianças. **Revista Varia Scientia**, v. 9, n. 15, jan./jul. 2010.
- CHAGAS, Carlos. Nova tripanozomíase humana: estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi* n. gen., n. sp., agente etiológico de nova entidade morbida do homem. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 1, p. 159-218, 1909.
- COURA, José Rodrigues. The main sceneries of Chagas disease transmission. The vectors, blood and oral transmissions-A comprehensive review. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 110, p. 277-282, 2014.
- CUNHA, P. R.; FLORA, T. B.; KROUMPOUZOS, G. Travelers' tropical skin diseases: Challenges and interventions. **Dermatology and Therapy**, v.14, n. 12665, p. 1-9, 2018.
- DALE, C.; JUSTI, S. A.; GALVÃO, C. *Belminus santosmalletae* (Hemiptera: Heteroptera: Reduviidae): new species from Panamá, with an updated key for *Belminus* Stål, 1859 species. **Insects (MDPI)**. v. 12, p. 686, 2021.
- DE MEIS, J; CASTRO, R. MANUAL PARA DIAGNÓSTICO EM DOENÇA DE CHAGAS PARA MICROSCOPISTAS DE BASE DO ESTADO DO PARÁ. Rio de Janeiro: Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ, 2017.
- DIAS, C. A. C.; KOVALICZN, R.A. Parasitoses humanas e o uso de recursos midiáticos na aprendizagem. In: CADERNOS PDE. Os desafios da escola pública paranaense na perspectiva do professor PDE. v.1. Curitiba, 2014.
- DIAS, E. G., et al. “Promoção de saúde na perspectiva da prevenção de doenças parasitárias entre escolares do ensino fundamental”. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, vol. 8, no 3, julho de 2018, p. 283–85.
- DIAS, J. V. L. et al. Spatial distribution of triatomines in domiciles of an urban area of the Brazilian Southeast Region. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, v.111, p. 43-50, 2016a.
- DIAS, João Victor Leite et al. Conhecimentos sobre triatomíneos e sobre a doença de Chagas em localidades com diferentes níveis de infestação vetorial. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2293-2304, 2016b.
- FALAVIGNA-GUILHERME, A.L. et al. Atividades educativas para o controle de triatomíneos em área de vigilância epidemiológica do Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1543-50, nov./dez. 2002.

- FERREIRA, R. R. et al. TGF- β inhibitor therapy decreases fibrosis and stimulates cardiac improvement in a pre-clinical study of chronic Chagas' heart disease. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 13, n. 7, p.1-27, 31 jul. 2019.
- FERREIRA, A.M.; SABINO, E.C.; MOREIRA, H.F.; CARDOSO, C.S.; OLIVEIRA, C.L.; RIBEIRO, A.L.P.; RAMOS, B. C.; HAIKAL, D. S. A. Avaliação do conhecimento acerca do manejo clínico de portadores da doença de Chagas em região endêmica no Brasil. *Rev. APS*, v. 21, p. 345-354, 2018.
- FONTES, F. M.; OLIVEIRA, J.; ANDRADE, D. C.; ROSA, J. A.; MADI, R. R.; MELO, C. M. Guia de identificação de triatomíneos do estado de sergipe (vetores da doença de chagas). **Atualidades Em Medicina Tropical Na América Do Sul: Vetores**. c. 5, p. 81. Rio Branco, 2021. Disponível em: <<https://sseditora.com.br/ebooks/atualidades-em-medicina-tropical-na-america-do-sul-vetores/>>. Acesso em 29 mar 2023.
- GARCIA, S. B. Doença de Chagas: os 100 anos da descoberta e a atualidade do pensamento do seu descobridor. **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 46, n. 4, p. 249–251, dez. 2009. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032009000400001&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan 2023.
- GARCIA, L. P.; DUARTE, E. A contribuição do Consenso brasileiro em doença de Chagas no contexto epidemiológico nacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 5 - 6, 2016.
- GALVÃO C. Vetores da doença de Chagas no Brasil. Curitiba: **Sociedade Brasileira de Zoologia**. 2014, p. 26-31.
- GASPE, M.S.; FERNÁNDEZ, M.D.; CARDINAL, M.V.; ENRIQUEZ, G.F.; RODRÍGUEZPLANES, L.I; et al. Urbanisation, risk stratification and house infestation with a major vector of Chagas disease in an endemic municipality of the Argentine Chaco. **Parasites & Vectors**, v. 13, n. 1, p. 1-14, 2020
- GOSLING, A. F.; GELAPE, C. L. Chagas Disease and the Kissing Bug: An Invisible Giant. **Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia**, v. 33, n. 8, p. 2349–2350, ago. 2019.
- GROOM, Z. C.; PROTOPAPAS; A. D.; ZOCHIOS, V. Tropical diseases of the myocardium: A review. **International journal of general medicine**, v. 10, p. 101–111, 2017.
- HOTEZ, Peter J. et al. The global burden of disease study 2010: interpretation and implications for the neglected tropical diseases. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 8, n. 7, p. e2865, 2014.
- IBGE. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Portal On-line @Cidades**. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/capixaba/panorama>>. Acesso em: 30 agosto. 2022.
- IBGE (2020). Sistema de coordenadas geográficas: Datum. SIRGAS 2000.
- JUNQUEIRA, A. C. V.; GONÇALVES, T. C.; MOREIRA, C. J. DE C. Manual de capacitação na detecção de *Trypanosoma cruzi* para microscopistas de malária e laboratoristas da rede pública. 2º ed. Rio de Janeiro. 2011

- JURBERG, J., et al. Atlas Iconográfico dos triatomíneos do Brasil - vetores da doença e Chagas. Rio de Janeiro: **Instituto Oswaldo Cruz**, p. 58, 2014.
- LIDANI, K. C., et al. The complement system: A prey of *Trypanosoma cruzi*. **Front Microbiol.** 8 abr. 2017. p. 1–14.
- LIDIANI, K.C.F.; ANDRADE, F.A.; BAVIA, L.; DAMASCENO, F.S.; BELTRAME, M.H.; MESSIAS-REASON, I.J.; SANDRI, T.L. Chagas Disease: From Discovery to a Worldwide Health Problem. **Front. Public Health**, v.7, p. 106, 2019.
- LIMA-CORDON, R. A., et al. Description of *Triatoma huehuetenanguensis* sp. n., a potential Chagas disease vector (Hemiptera: Reduviidae: Triatominae). **ZooKeys**, v. 820, p. 51-70, 2019.
- LUDWIG, K. M. et al. Enteroparasitoses em um bairro da cidade 275 de Cândido Mota SP. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 30, n. 3, p. 271-6, 2012.
- MADEIRA, F. P. et al. Chagas Disease in the Western Brazilian Amazon: Epidemiological Overview from 2007 to 2018. **Journal of Human Growth and Development**, v. 31, n. 1, p. 84–92, 28 abr. 2021.
- MADEIRA, F.P. et al. First report of *Rhodnius montenegrensis* (Hemiptera, Reduviidae, Triatominae) in Amazonas, Brazil. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, p.e20190436, 2020.
- MASSARO, D.C.; REZENDE, D.S.; CAMARGO, L.M.A. Estudo da fauna de triatomíneos e da ocorrência de doença de Chagas em Monte Negro, Rondônia, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 2, p. 228-240, 2008.
- MARIN-NETO, J. A.; RASSI, A. Update on Chagas Heart Disease on the First Centennial of Its Discovery. **Revista española de cardiología**, vol. 62, n. 11, p. 1211–1216, 2010.
- MARTINS-MELO, F. R., et al. Mortality from neglected tropical diseases in Brazil, 2000-2011. **Bull. World Health Organ**, v. 94, p. 103-110, 2016.
- MARQUES, É.; OTÁVIO, M.; SILVA, R.C.; PAIXÃO, C.; BUZZATI, H., NOGUEIRA, A.; PEREIRA, C. Estudo clínico-epidemiológico da doença de Chagas no distrito de Serra Azul, Mateus Leme, centro-oeste do estado de Minas Gerais. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 43, 178–181, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000200014>. doi: 10.1590/S0037-86822010000200014
- MATTOS E. C., DA SILVA M. S., MARCIANO M. A. M., FACCINI C. C., LOURENÇO A. M., PEREIRA-CHIOCCOLA V. L. Molecular detection of *Trypanosoma cruzi* in acai pulp and sugarcane juice. **Acta Trop.** 21017. v. 176, p. 311–315. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2017.08.025>.
- MENEGUETTI, D. U. D. O. et al. First report of *Rhodnius montenegrensis* (Hemiptera, Reduviidae, Triatominae) in the State of Acre, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 48, n. 4, p. 471–473, 26 jun. 2015.

MENEGUETTI, D. U. O., et al. First report of *Rhodnius montenegrensis* (Hemiptera: Reduviidae: Triatominae) infection by *Trypanosoma rangeli*. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 47, n. 3, p. 374–376, 11 abr. 2014.

MENEZES, Maíra. Doença de Chagas contraída por via alimentar é mais grave.

Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). 2015. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7a-de-chagas-contr%C3%AAda-por-alimentar-%C3%A9-mais-grave>>

MONSALVE-LARA, Jackeline, et al. The Risk of Oral Transmission in an Area of a Chagas Disease Outbreak in the Brazilian Northeast Evaluated through Entomological, Socioeconomic and Schooling Indicators. *Acta Tropica*, vol. 215, março de 2021, p. 105803.

NOBRÉGA A. A.; GARCIA M. H.; TATTO E.; OBARA M. T.; COSTA E.; SOBEL J.; ARAUJO W. N. Oral transmission of Chagas disease by consumption of açai palm fruit, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, v. 15, n. 4, p. 653–655, abr. 2009.

NOYA, B. A.; COLMENARES, C.; BELLO, Z. D.; GUEVARA, R. R.; MEDINA, K.; CALDERON, A. M. et al. Orally-transmitted Chagas disease: Epidemiological, clinical, serological and molecular outcomes of a school microepidemic in Chichiriviche de la Costa, Venezuela. *Parasite Epidemiology and Control*, v. 1, n. 2, p. 188 - 198, 2016.

NOVAIS, Joane Maíra Cavalcante Braga et al. Conhecimentos sobre os triatomíneos e a doença de Chagas em habitantes do município de Barra, Bahia. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, p. e265111436181-e265111436181, 2022.

OLIVEIRA, Ailse Silva de et al. Confirmation of the occurrence of *Panstrongylus rufotuberculatus* (Champion, 1899) in the state of Acre, Western Amazon. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 52, 2019.

OLIVEIRA, G. F. D. et al. Retrospective study of the epidemiological overview of the transmission of Chagas disease in the State of Acre, South-Western Amazonia, from 2009 to 2016. *Journal of Human Growth and Development*, v. 28, n. 3, p. 329–336, 28 nov. 2018.

OLIVEIRA, J. D. et al. Atualidades em Medicina Tropical no Brasil: Vetores. 1. ed. *Stricto Sensu Editora*, 2020

OPAS - Organización Panamericana de la Salud. Síntesis de evidencia. Guia para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Chagas. *Rev Panam Salud Publica*, v. 44, p. e28, 2020.

PARENTE, Cynara Carvalho et al. Community-based entomological surveillance reveals urban foci of Chagas disease vectors in Sobral, State of Ceará, Northeastern Brazil. *PLoS One*, v. 12, n. 1, p. e0170278, 2017.

PASSOS, Luiz Augusto Corrêa. et al. Sobrevivência e infectividade do *Trypanosoma cruzi* na polpa de açai: estudo in vitro e in vivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2012. v. 21. n. 2.

Pereira, H.F.A. A Educação em Saúde para a prevenção de doenças parasitárias: análise descritiva da experiência em extensão universitária. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2023. Disponível em <<https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/6273>>. Acesso em: 12 jan 2023.

PEREIRA, K.S.; SCHMIDT, F.L.; GUARALDO, A.M.A.; FRANCO, R.M.B.; DIAS, V.L.; PASSOS, L.A.C. Chagas disease as a foodborne illness. *J Food Prot.* v. 72, n. 2, p. 441-446, 2009

PEREIRA-SILVA, F. S.; MELLO, M. L. B. C. DE; ARAÚJO-JORGE, T. C. DE. Doença de Chagas: enfrentando a invisibilidade pela análise de histórias de vida de portadores crônicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1939–1949, 4 maio 2022.

PÉREZ-MOLINA, José A.; MOLINA, I. Chagas disease. **The Lancet**, v. 391, n. 10115, p. 82-94, 2018.

RASSI JR, Anis; RASSI, Anis; MARIN-NETO, José Antonio. Chagas disease. **The Lancet**, v. 375, n. 9723, p. 1388-1402, 2010.

RIBEIRO, M. A. L. et al. Occurrence of triatomines in an urban residential complex in the municipality of Rio Branco, Acre, South-Western Amazon. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 52, p. e20180177, 25 abr. 2019.

ROBERTSON, L. J. et al. *Trypanosoma cruzi*: Time for International Recognition as a Foodborne Parasite. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 10, n. 6, jun. 2016.

ROSENTHAL, L.D.A., VIEIRA, J.N., VILLELA, M.M., BIANCHI, T.F., JESKE, S. Conhecimentos sobre a doença de Chagas e seus vetores em habitantes de área endêmica do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Coletiva**. 2020, 28, 345-352.

<https://doi.org/10.1590/1414-462X202028030426>

SANGENIS, Luiz Henrique Conde et al. Transmissão da doença de Chagas por consumo de carne de caça: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 803-811, 2016.

SANTOS, G. F.; SALAY, E. Afeto e percepção de riscos e benefícios à saúde de indivíduos em relação ao açaí, município de Coari, Amazonas. *Acta Amazônica*, v. 44, n. 3, p. 329- 334, 2014.

SANTOS, F. et al. Eco-epidemiology of vectorial *Trypanosoma cruzi* transmission in a region of northeast Brazil. **Acta Tropica**, v. 225, p. 106184, 1 jan. 2022.

SILVA, Brígida Adriene Muniz et al. Perfil de transmissão da doença de Chagas no Brasil: 2008 a 2020. **Revista Presença**, v. 7, n. 15, p. 22-42, 2021.

SILVA, G.G.; AVIZ, G.B.; MONTEIRO, R.C. Perfil epidemiológico da Doença de Chagas aguda no Pará entre 2010 e 2017. **Pará Research Medical Journal**, n.4, v.29, p.1-6, 2020.

- Silva, R. A. da, et al. “Doença de Chagas: notificação de triatomíneos no Estado de São Paulo na década de 1990”. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, vol. 39, outubro de 2006, p. 488–94. SciELO, <https://doi.org/10.1590/S0037-86822006000500013>.
- SILVEIRA, A. C.; PIMENTA JUNIOR, F. A inserção institucional do controle da doença de Chagas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. suppl 2, p. 19–24, 2011.
- SIMÕES, M. V., et al. Cardiomiopatia da Doença de Chagas. **Int. J. Cardiovasc. Sci.**, v. 31, n. 2, p. 173-189, abr. 2018.
- SOUZA, Taise Rodrigues de. **Abordagem transversal da doença de Chagas na rede pública de educação do município de Cristópolis-Bahia**. 2021.
- SOUZA, L. M.; WAGNER, W.; GORINI, M. I. P. C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2007.
- TANOWITZ, H. B. et al. Perspectives on *Trypanosoma cruzi*-induced heart disease (Chagas disease). *Progress in Cardiovascular Diseases*, v. 51, n. 6, p. 524–539, 2009.
- TEIXEIRA, A. R.; NASCIMENTO, R. J.; STURM, N. R. Evolution and pathology in Chagas disease: a review. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 101, n. 5, p. 463–491, ago. 2006.
- TOSCANI, N. V. et al. Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 22, p.281-294, 2007.
- VERDÚ J, RUIZ M. T. Control del Chagas en comunidades guaraníes: conocimiento y hábitos higiénicos dentro del Proyecto de Mejoramiento de Viviendas en Bolívia. **Gac Sanit** 2003; 17:166-8
- VERGARA-MEZA, J. G. et al. *Trypanosoma cruzi* and *Trypanosoma rangeli* in Acre, Brazilian Amazonia: Coinfection and Notable Genetic Diversity in an Outbreak of Orally Acquired Acute Chagas Disease in a Forest Community, Wild Reservoirs, and Vectors. **Parasitologia**, v. 2, n. 4, p. 350–365, 2 dez. 2022.
- VILHENA, Andrezza Ozela et al. Doença de Chagas aguda no estado do Pará, Brasil: série histórica de aspectos clínicos e epidemiológico em três municípios, no período de 2007 a 2015. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, p. 11-11, 2020.
- VILLELA, Marcos Marreiro et al. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1701-1710, 2009.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Neglected tropical disease*. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases>>. Acessado em 14 de abril de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Chagas Disease Day. Disponível em: <<https://www.who.int/campaigns/world-chagas-disease-day/2023>>. Acessado em 13 de setembro de 2023b.

WHO. Sustaining the Drive to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases: Second Who Report on Neglected Tropical Diseases. **World Health Organization**, 2013.

WHO. Chagas Diseases American *Trypanosomiasis*. 2020. Disponível em: <<http://www.who.int/chagas/en/>>. Acesso em: 08 de abril de 2023.

WHO. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases: first WHO report on neglected tropical diseases. **World Health Organization**, 2010.

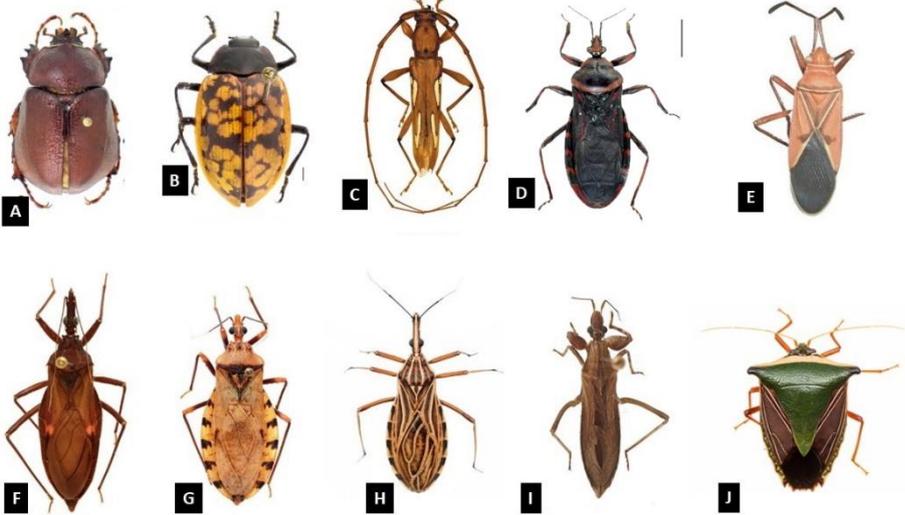
ZHAO, Y.; GALVÃO, C.; CAI, W. *Rhodnius micki*, a new species of Triatominae (Hemiptera, Reduviidae) from Bolivia. **ZooKeys**, v. 1012, p. 71-93, 2021.

APÊNDICE I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO	
Nº de Registro: _____ (este número deve ser sinalizado nas duas vias do TCLE)	
Entrevistador: _____ Data da Entrevista: ____ / ____ / ____	
1. INFORMAÇÕES PESSOAIS	
1.1- Nome (APENAS AS INICIAIS) _____ Contato: _____ _____	
1.2- Data de nascimento: ____/ ____/ ____ _____	Idade: _____
1.3- Município de nascimento: _____	
1.4- Endereço: _____ _____	
1.4.1 - Ponto de referência: _____ _____	
1.5 – Município: _____	
1.6- Quanto tempo mora aqui? _____ Observação _____	
1.7- Tipo de casa: () alvenaria () madeira () mista Outra () _____	
1.7.1- Quantas pessoas no total moram na casa? _____	
1.8 - Residiu em outros municípios? () Sim () Não	
1.8.1 – Em quais outros municípios você residiu? (Caso a resposta 1.8 seja afirmativa) _____ () Não se aplica Quais? _____ Quando ? _____ _____	
1.9- Sexo: () Masculino () Feminino	
1.10 – Ocupação: _____	
1.10.1 - Há quanto tempo trabalha? _____ () Não quer responder () Não	

se aplica
1.10.2 - Única fonte de sustento? () Sim () Não () Não se aplica
1.11- Cor da pele: () Branca () Preta () Amarela () Parda
1.12- Estudou até que série? () Não alfabetizado () Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto () Ensino médio completo () Ensino médio incompleto () Ensino superior completo () Ensino superior incompleto Série: _____
1.13-Renda mensal da família (Receita Federal) – Valor do salário mínimo – 1.320,00 R\$: () Menos de um salário mínimo () De um a menos que de três salários mínimos () De três a cinco salários mínimos () Acima de cinco salários mínimos () Não quer responder
2. CONHECIMENTO SOBRE O VETOR “BARBEIRO”
2.1-Você já ouviu falar do inseto barbeiro? () Sim () Não
2.1.1 - Onde? (Caso a resposta 2.1 seja afirmativa) OBS: PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA () Escola () Unidade de Saúde () Radio/TV () Internet () Outro _____ () Não se aplica
2.1.2 – Quem falou sobre o inseto barbeiro? (Caso a resposta 2.1 seja afirmativa) OBS: PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA () Familiar/amigos () Profissional de Saúde : Qual? _____ () Outro _____ () Não se aplica
2.2-Você já encontrou um barbeiro na sua casa? () Sim () Não () Não sabe responder
2.2.1 – Em qual cômodo da casa? (Caso a resposta 2.2 seja afirmativa) PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA () Sala () Cozinha () Quarto () Banheiro () Outro _____ () Não se aplica
2.3 - Você encontrou o barbeiro fora da casa? () Sim () Não () Não sabe responder
2.3.1 – Onde você encontrou? (Caso a resposta 2.3 seja afirmativa) PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA () Galinheiro () Chiqueiro () Banheiro externo () Outro _____ () Não se aplica

2.4 - O que você fez ao encontrar o barbeiro? <u>(Caso a resposta 2.2 e/ou 2.3 seja afirmativa)</u>	
() Coletou e entregou ao agente de saúde () Coletou e entregou ao posto de saúde () Matou o inseto () Ignorou () Não se aplica () Outro _____	
2.5 – Você sabe para qual local deve ser encaminhado o barbeiro na região? () Sim () Não	
2.5.1 – Para qual local deve ser encaminhado? <u>(Caso a resposta 2.5 seja afirmativa)</u>	
() Escola () Posto de saúde () Secretaria Municipal de Saúde () Vigilância Sanitária () Não se aplica () Outra instituição. Qual? _____	
2.6 – Você tem medo do barbeiro? () Sim () Não	
2.6.1 – Por que você tem medo do barbeiro? <u>(Caso a resposta 2.6 seja afirmativa)</u> () Não se aplica	
() Causa doenças () Pode matar () Pica o ser humano () Outro: _____	
2.7 -Conhece alguém que já foi picado pelo barbeiro? () Sim () Não	
2.7.1 – Quem? <u>(Caso a resposta 2.7 seja afirmativa)</u> () Não se aplica	
() Familiar () Vizinho () Amigo/conhecido () Outro _____	
2.7.2 – Qual familiar? <u>(Caso a resposta 2.7.1 seja “familiar”)</u> () Não se aplica	
() Pai () Mãe () Filho(a) () Cônjuge () Outro: _____	
2.8 -Você faz alguma coisa para evitar os barbeiros? () Sim () Não () Não sabe responder	
2.8.1 – O que você faz para evitar o barbeiro? <u>(Caso a resposta 2.8 seja afirmativa)</u> () Não se aplica	
() Uso repelente () Mantenho a casa fechada a noite () Mantenho o domicílio/peridomicílio limpos () Outro: _____	
2.9 - Você já foi picado pelo barbeiro? () Sim () Não () Não sabe responder	
2.9.1 - Quantas vezes você foi picado? () 1x () 2 a 3x () 4x () Mais de 5x () Não se aplica	
2.10 -Qual dos insetos é um barbeiro? (Nesta questão mostraremos as pranchas contendo imagens de 10 insetos) – (APENAS UMA ALTERNATIVA PODE SER MARCADA)	

 <p style="text-align: center;">() A () B () C () D () E () F () G () H () I () J</p>	
2.11 – Você sabe se o barbeiro transmite alguma doença? () Sim () Não	
2.11.1 – Qual doença ele transmite? (<u>Caso a resposta 2.11 seja afirmativa</u>) () Não se aplica	
Outro: _____	
3. CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA DE CHAGAS	
3.1- Conhece alguém que tem ou teve a doença de Chagas (DC)? () Sim () Não	
3.1.1 – Quem? (<u>Caso a resposta 3.1 seja afirmativa</u>) () Não se aplica	
() Familiar () Vizinho () Amigo/conhecido () Outro	

3.1.2 – Qual familiar? (<u>Caso a resposta 3.1.1 seja “familiar”</u>) () Não se aplica	
() Pai () Mãe () Filho(a) () Cônjuge () Outro:	

3.2- Você sabe quais problemas/situações de saúde a DC pode causar no ser humano? () Sim () Não	
3.2.1 – Quais problemas/situações de saúde você poderia citar? (<u>Caso a resposta 3.2 seja afirmativa</u>) NÃO DÊ OPÇÕES AO ENTREVISTADO (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):	
() Não se aplica	
() Cefaleia () Náuseas () Ascite	
() Febre () outro: _____	

3.3-A doença de Chagas tem cura? () Sim () Não () Não sabe responder		
3.4 – Você sabe como “pega” a doença de Chagas? () Sim () Não		
3.4.1 – Como pega a doença de Chagas? <u>(Caso a resposta 3.4 seja afirmativa)</u> Obs: PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA - INCLUSIVE OUTROS () Não se aplica () Picada () Fezes do barbeiro () Alimentos contaminados () Transfusão de sangue () Transplante de órgão () Transmissão vertical () Outro: _____		
3.5- Você sabe como evitar a doença de Chagas? () Sim () Não () Não sabe responder		
3.5.1 – Como evitar a doença de Chagas? <u>(Caso a resposta 3.5 seja afirmativa)</u> () Não se aplica () Não matar o inseto () Não comer a carne de caça crua () Usar mosquiteiro () Saber a procedência dos alimentos que consumo () Outro: _____		
3.6- Você já participou de alguma atividade acerca da prevenção da doença de Chagas? () Sim () Não		
<u>Responda as três perguntas seguintes caso a resposta 3.6 seja afirmativa)</u>		
3.6.1 – Onde? _____ _____ () Não se aplica	3.6.2 – Que atividade você participou? () Roda de conversa () Palestra () Conversa individual () Outro _____ () Não se aplica	3.6.3 – Quando? (mês/ano) _____ () Não se aplica
3.7- Atualmente você tem alguma queixa de saúde? () Sim () Não () Não sabe responder		
3.7.1 – Que queixas de saúde você tem? <u>(Caso a resposta 3.7 seja afirmativa)</u> NÃO DÊ OPÇÕES AO ENTREVISTADO (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA): () Não se aplica		
() Cefaleia	() Náuseas	() Ascite
() Febre	() Aumento dos linfonodos	() outro: _____
() Astenia	() Taquicardia	_____
() Dor abdominal	() Arritmias	_____

3.8 - Já foi submetido a transfusão de sangue? () Sim () Não () Não quer responder () Não sabe responder				
3.8.1 – Quando? (mês/ano) (<u>Caso a resposta 3.8 seja afirmativa</u>) _____ () Não se aplica				
3.9 - Já foi submetido a transplante de órgão? () Sim () Não () Não quer responder				
3.9.1 – Quando? (mês/ano) (<u>Caso a resposta 3.9 seja afirmativa</u>) _____ () Não se aplica				
3.10 - Quais das frutas abaixo você tem o hábito de comer? <u>PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA (ENTREVISTADOR PODE SUGERIR OS ITENS). OBS: PARA CADA FRUTA MARCADA RESPONDER PROCEDÊNCIA/FORMA DE CONSUMO/PREPARO/PRODUÇÃO E FREQUENCIA DO CONSUMO</u>				
Cana de Açúcar ()	Patoá ()	Buriti()	Bacaba ()	Açaí ()
3.10.1- PROCEDÊNCIA				
() mesmo município () Outro _____	() mesmo município () Outro _____	() mesmo município () Outro _____	() mesmo município () Outro _____	() mesmo município () Outro _____
3.10.2 - FORMA DE CONSUMO				
Cana de Açúcar	Patoá	Buriti	Bacaba	Açaí
() Caldo () Rapadura () Gramixó () Mel () Outro _____	() Vinho () Suco () Sorvete () Picolé () Creme () Outro _____	() Vinho () Suco () Sorvete () Picolé () Creme () Outro _____	() Vinho () Suco () Sorvete () Picolé () Creme () Outro _____	() Vinho () Suco () Sorvete () Picolé () Creme () Outro _____

3.10.3 - PREPARO/PRODUÇÃO				
() Industrial () Caseiro	() Industrial () Caseiro	() Industrial () Caseiro	() Industrial () Caseiro	() Industrial () Caseiro
3.10.4 - FREQUÊNCIA DO CONSUMO (CONSIDERAR OS ÚLTIMOS 12 MESES)				
() Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Anualmente () Outro: _____	() Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Anualmente () Outro: _____	() Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Anualmente () Outro: _____	() Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Anualmente () Outro: _____	() Diariamente () Semanalmente () Mensalmente () Anualmente () Outro: _____
3.11 - Tem o hábito de comer caça? () Sim () Não () Não quer responder				
3.11.1 – Quais? (Caso a resposta 3.11 seja afirmativa) <u>PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA</u> () Não se aplica () Tatu () Paca () Jacaré () Porco do mato () Cutia () Queixada () Anta () Jabuti () Capivara () Veado () Outros: _____				
3.11.2 – Como é o preparo desta carne de caça? (Caso a resposta 3.11 seja afirmativa) <u>PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA</u> () Não se aplica () Cozida () Assada () Frita () Outro _____				
3.11.3 - Lembra quando foi a última vez (mês e ano)? (Caso a resposta 3.11 seja afirmativa) () Sim () Não () Não se aplica				
3.11.4 – Quando (mês/ano)? (Caso a resposta 3.11.3 seja afirmativa) () Não se aplica _____ _____				
3.12 - Teve algum familiar ou amigo que faleceu devido uma morte desconhecida? () Sim () Não () Não sabe responder				
3.12.1 – O que este seu familiar sentia/apresentava (sinais/sintomas)? (Caso a resposta 3.13 seja afirmativa) <u>NÃO DÊ OPÇÕES AO ENTREVISTADO (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):</u> () Não se aplica () Não sabe responder				

<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Ascite
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Aumento dos linfonodos	<input type="checkbox"/> outro:
<input type="checkbox"/> Astenia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	_____
<input type="checkbox"/> Dor abdominal	<input type="checkbox"/> Arritmias	_____
<input type="checkbox"/> Dor no corpo	<input type="checkbox"/> Erupção cutânea	_____
<input type="checkbox"/> Dor as articulações	<input type="checkbox"/> Aumento do esôfago	_____
<input type="checkbox"/> Falta de ar	<input type="checkbox"/> Edema de face/membros	
<input type="checkbox"/> Manchas no corpo	<input type="checkbox"/> Falta de apetite	
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Hepatomegalia	
<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia	
3.13 -Você usa mosquiteiro/cortinado? () Sim () Não		
3.13.1 – Como você usa o mosquiteiro/cortinado? <u>Caso a resposta 3.13 seja afirmativa</u>		
<input type="checkbox"/> Não se aplica		
<input type="checkbox"/> Rasgado/ Furado () Parcialmente fechado () Fechado		
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
<p>Ao término da entrevista o entrevistador DEVE falar brevemente sobre a DC – formas de transmissão, sinais e sintomas, possíveis complicações e a existência de tratamento. Além disso mostrar novamente a prancha de fotografias aos entrevistados mostrando quais insetos são os “barbeiros”. Entregar frasco coletor identificado ao participante explicando detalhadamente como proceder a coleta do barbeiro (caso o encontre).</p> <p>Os participantes responderam o questionário com linguagem próprio e foi realizado a decodificação com nomenclatura médica.</p>		

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “**Conhecimento dos moradores sobre a doença de Chagas e seus vetores em dois municípios da Amazônia Ocidental Brasileira**”, de responsabilidade das pesquisadoras de Wilame Germano Florêncio e Luciana Braga da Silva estudantes de mestrado, do Centro Universitário UFAC – Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre. O objetivo desta pesquisa é descrever o conhecimento e práticas da população referente a Doença de Chagas e seus vetores em dois municípios da Amazônia Ocidental Brasileira. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome:

Documento de Identidade:

Sexo: M [] F []

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ N° _____

Compl.: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

Estado: _____

Telefones para contato: () _____

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como formulários de coleta de dados ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa. Somente pessoas que fazem parte da equipe da pesquisa poderão ter acesso aos seus registros. Esse acesso será utilizado

para realizar, acompanhar a pesquisa e analisar os dados obtidos. As normas brasileiras que o protegem serão respeitadas.

Rubrica do Participante:_____ Rubrica do Pesquisador:_____

A coleta de dados será realizada por meio de Questionário Epidemiológico Online (Google Forms) contendo questões objetivas e subjetivas e serão aplicados de acordo com o perfil dos entrevistados: dirigido ao provedor do domicílio (adulto responsável pelo lar), contendo questões sobre triatomíneos, doença de Chagas e dados demográficos (biológicos socioeconômicos e culturais); e dirigida aos demais moradores dos domicílios, com perguntas sobre dados demográficos, sendo aplicada a indivíduos maiores de 18 anos. Solicitamos sua autorização para utilizar as informações fornecidas por meio deste questionário e autorizar a gravação da entrevista sem custos financeiros para ambas as partes, os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco, pois apenas serão coletados os dados a partir de informações já existentes, não havendo nenhum risco para você.

Espera-se com esta pesquisa possa contribuir com o levantamento de informações referente ao conhecimento acerca da doença de Chagas e seus vetores dos referidos municípios, a fim de determinar se tal conhecimento e condutas são de fato eficientes e disseminados; além de identificar, na visão dos moradores se ações de prevenção são executadas e se de fato são eficientes, e diante disto propor junto às unidades de saúde dos municípios ações que favoreçam o aprimoramento deste conhecimento (destinado à população em geral), bem como a promoção e proteção à saúde desta população.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a entrevista a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A qualquer momento, se você tiver alguma preocupação ou dúvidas sobre o uso das informações para fins de pesquisa, poderá entrar em contato com o responsável pelo estudo. Poderá também contatar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal do Acre, pelo endereço: Rodovia BR 364, Km 04 – Distrito Industrial, Rio Branco - Acre no telefone (68) 3901-2510, de segunda-feira a sexta-feira das 08:00 às 16:00 ou as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa Wilame Germano, telefone (68) 99937-6311, ou e-mail wilame.florencio@sou.ufac.br e Luciana Braga, telefone (68) 99281-5029, ou e-mail Braga.luciana@sou.ufac.br, para recursos ou reclamações em relação ao presente estudo.

Esclarecimento sobre o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal do Acre (<http://www2.ufac.br/site/comites-e-comissoes-permanentes/cep>) e o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html). Ambos são comitês responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando assegurar a proteção, a dignidade, os direitos, a segurança e o bem estar do participante da pesquisa. O CEP é o comitê local e o CONEP é nacional. Caso desejar, poderá tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa. O participante deverá rubricar todas as folhas deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo. O pesquisador responsável deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo. O TCLE será emitido em duas cópias, sendo que uma cópia ficará com o participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável.

Rubrica do Participante: _____ Rubrica do Pesquisador: _____

Este convite está de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre a minha participação para fins de pesquisas científicas. Eu discuti com os pesquisadores responsáveis e está claro para mim quais são os propósitos da colaboração, os procedimentos a serem realizados, quais são seus desconfortos, riscos e a garantia de confidencialidade dos meus dados. Entendo que sempre que eu tiver dúvidas elas serão esclarecidas e que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar da pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Concordo que os dados sobre meu conhecimento da sobre a doença de Chagas possam ser utilizados nesse projeto desde que autorizado pelo Comitê de Ética deste instituto e pelo responsável por esta pesquisa. Caso minha manifestação seja positiva, poderei retirar essa autorização a qualquer momento sem qualquer prejuízo para mim.

() Sim ou () Não

Resultados da pesquisa:

- () Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
 () Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Nome do participante:

(como escrito no documento de identidade)

Assinatura do participante: _____

Data ___/___/___

Testemunha (para casos de participantes analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual):

Testemunha01:

Nome / RG / Telefone

Testemunha02:

Nome / RG / Telefone

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo e forneci uma cópia ao participante deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nome do profissional que obteve o consentimento:

Assinatura:

Data ____/____/____

Rubrica do Participante: _____ Rubrica do Pesquisador: _____