

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDIGENA
REGIÃO SÃO PAULO -TURMA 3



PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA E
COMUNITARIA SOBRE PARASITOSE INTESTINAL EM
MAES DE CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS NA AREA
INDIGENA DO DSEI VILHENA

Julio Cesar González Guilarte

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde Indígena da Universidade
Federal de São Paulo.

Orientador: Juliana Gonçalves Fidelis

São Paulo

2017

AGRADECIMENTOS

Para o programa Mais Médicos do Brasil e os professores da turma.

RESUMO

Foi realizada uma intervenção educativa e comunitária na aldeia Manairisu que pertence ao Polo Base Vilhena, no estado de Rondônia sobre parasitose intestinal que atinge sobre tudo as crianças menores de 10 anos. A intervenção foi realizada entre os meses de janeiro a dezembro de 2016, e seu principal objetivo foi melhorar o conhecimento da população sobre a parasitose intestinal.

O universo foi conformado por 42 mães, e segundo os critérios de inclusão e exclusão a mostra ficou em 35. Foram visitados os domicílios onde se aplicou uma encosta para conhecer as práticas higiênicas da população e as condições higiênico-epidemiológicas da comunidade e posteriormente foi desenhada a labor educativa.

Não foi recolhida mostra de fezes para estudo por não ter as condições para fazer estudos microscópicos. Os sintomas que predominaram foram, prurido anal e irritabilidade, diarreias, dor abdominal. Ao final da intervenção foi aplicada novamente a encosta, onde foi avaliado o nível de conhecimento logrado por as participantes. No início do projeto o nível de conhecimento foi avaliado de inadequado e posterior à intervenção se concluiu que a aplicação da intervenção logrou mudanças positivas nas mais participantes do projeto.

Palavras chave: Capacitação, estratégia de intervenção, prevalência do parasitismo, labor educativo, práticas higiênicas

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

AIS	Agente Indígena de Saúde.
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena.
EDA	Enfermidade Diarreica Aguda.
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
OPS	Organização pan-americana da Saúde.
UNICEF	United Nations Children's Fund.

Lista de quadros

Tabela 1.1 Primeira etapa: Conhecimento das mães sobre a parasitose intestinal.

Tabela 1.2 Segunda etapa: Conhecimento das mães sobre a parasitose intestinal.

Tabela 2.1 Primeira etapa: Conhecimento das mães sobre a transmissível por animais domésticos das parasitoses.

Tabela 2.2 Segunda etapa: Conhecimento das mães sobre a transmissível por animais domésticos das parasitoses.

Tabela 3.1 Primeira etapa: Conhecimento das mães sobre a importância de evitar o feccalismo ao ar livre.

Tabela 3.2 Segunda etapa: Conhecimento das mães sobre a importância de evitar o feccalismo ao ar livre.

Tabela 4.1 Primeira etapa: Conhecimentos das mães sobre as possíveis doenças das parasitas.

Tabela 4.2 Segunda etapa: Conhecimentos das mães sobre as possíveis doenças das parasitas.

Tabela 5.1 Primeira etapa: Conhecimentos das mães sobre a lavagem de mãos antes de manipular os alimentos y depois de ir ao banheiro.

Tabela 5.2 Segunda etapa: Conhecimentos das mães sobre a lavagem de mãos antes de manipular os alimentos y depois de ir ao banheiro.

Tabela 6.1 Primeira etapa: Conhecimentos das mães sobre as características da água de consumo das crianças.

Tabela 6.2 Segunda etapa: Conhecimentos das mães sobre as características da água de consumo das crianças.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3. METODOLOGIA	10
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23

1-Introdução:

As parasitoses intestinais, causadas por inúmeros protozoários e helmintos, afetam mais da metade da população mundial¹. Diversos estudos demonstram que a criança é a população alvo das infecções parasitárias, devido a hábitos de higiene e pela imaturidade do sistema imune². Nesta faixa etária essas parasitoses podem desencadear graves alterações fisiológicas³.

A prevalência de parasitoses intestinais em algumas regiões do Brasil, assim como nos demais países em desenvolvimento, é sabidamente elevada. Parasitas como *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e *Entamoeba* spp. acometem cerca de um bilhão de pessoas, distribuindo-se por mais de 150 países e territórios, atingindo 800 milhões de crianças. Sobressai-se como uma das maiores endemias do Brasil, devido a sua grande distribuição geográfica e alta prevalência^{4,5}.

A caracterização das condições de saúde das populações indígenas brasileiras tem se mostrado um desafio crescente. Os processos de colonização e expansão das fronteiras econômicas, ainda em curso na Amazônia brasileira, têm sido acompanhados de importante deterioração das condições de saúde das populações indígenas, conduzindo a graus de população. No perfil epidemiológico destes processos percebe-se, historicamente, forte presença das doenças infecciosas e parasitárias⁶

Pelo menos uma centena de diferentes tribos indígenas se distribui na região amazônica, exibindo graus de aculturação diversos em função dos primeiros contatos regulares estabelecidos com o homem urbano e reunindo contingentes populacionais que variam desde algumas dezenas até milhares de integrantes.

Embora já se denote uma expressiva interferência no contexto cultural dessas nações, exacerbada nas duas últimas décadas face à contínua implementação dos projetos de desenvolvimento, ainda são preservadas, em algumas delas, características que se configuram como primárias.

Emergem, portanto, atualmente, duas condições epidemiológicas distintas: uma representada pelos núcleos populacionais em que o contato com o homem urbano já se caracteriza como sistemático, e outra, que reflete um intercâmbio ocasional, prevalecendo um relativo grau de isolamento. De modo geral, as condições de saneamento são precárias, inexistindo infraestrutura que viabilize a destinação adequada dos dejetos, bem como o acesso a água de boa qualidade. Constitui-se em prática rotineira a utilização dos cursos de água (rios e igarapés) para o asseio corporal, lavagem dos utensílios e, eventualmente, emissão dos dejetos humanos e animais. Tal panorama sanitário enseja o estabelecimento de condições propícias à propagação de patógenos entéricos, particularmente os introduzidos a partir da área urbana^{7, 8}.

O estado do Rondônia convive com doenças predominantes em áreas subdesenvolvidas, resultantes de: falta de saneamento básico, subalimentação, condições de higiene inadequadas; educação e oferta de serviços de saúde precários, fatores estes que determinam a má qualidade de vida dos grupos populacionais mais pobres (Lacerda, 1989), entre os quais se encontram as populações indígenas.

A diarreia é considerada uma síndrome, causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Com frequência é acompanhada de vômito, febre e dor abdominal. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. No geral, é autolimitada, com duração entre 2 e 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas a desnutrição. Dependendo do agente, as manifestações podem ser decorrentes de mecanismo secretório provocado pelas toxinas ou pela colonização e multiplicação do agente na parede intestinal, levando à lesão epitelial e até mesmo, à bacteriêmica ou septicemia. Alguns agentes podem produzir toxinas e, ao mesmo tempo, invasão e ulceração do epitélio. Os vírus produzem diarreia autolimitada, só havendo complicações quando o estado nutricional está comprometido. Os parasitas podem ser encontrados isolados ou

associados (poli parasitismo) e a manifestação diarreica pode ser aguda, intermitente ou não ocorrer.

Dentre os agentes etiológicos conhecidos encontrasse as bactérias (Staphiloccocus aureus, Campylobacter jejuni, Escherichia coli enterotoxigênica, Escherichia coli enteropatogênica, Escherichia coli enteroinvasiva, Escherichia coli enterohemorrágica, Salmonelas, Shiguella dysenteriae, Yersinia enterocolítica, Vibrio cholerae), os vírus (Astrovírus, calicivírus, adenovírus entérico, norovírus, rotavírus grupos A, B e C) e parasitas (Entoameba histolytica, Cryptosporidium, balantidium coli, Giardia lamblia, etc.)

Os exames laboratoriais, parasitológicos de fezes e culturas de bactérias e vírus ou o diagnóstico clínico-epidemiológico são as formas de diagnosticar as diarreias agudas.^{9,10.}

Dados sobre a ocorrência de parasitoses entre indígenas são escassos, embora configurem a sua relevância na gênese dos quadros de gastroenterite decorrem da contaminação fecal do meio ambiente, condição que prevalece amplamente nas aldeias.⁷

O projeto está baseado numa intervenção de tipo educativa, com o propósito de acrescentar o nível de conhecimentos nas mães das crianças menores de dez anos com o objetivo de prevenir as parasitoses nessa faixa etária.

Objetivos

Objetivo Geral

Acrescentar o nível de conhecimentos sobre o parasitismo intestinal e os hábitos higiénicos dietéticos nas mães das crianças menores de dez anos, para prevenir as doenças parasitárias.

Objetivos Específicos

1. Avaliar o conhecimento das mães sobre parasitose intestinal.
2. Aumentar o nível de conhecimentos das mães sobre as causas que favorecem os quadros de parasitoses em crianças menores de dez anos.
3. – Reduzir os casos de parasitismo intestinal na população alvo.

Metodologia:

Foi realizada uma intervenção educativa e comunitária na aldeia Manairisu que pertence ao Polo Base Vilhena, no estado de Rondônia sobre parasitose intestinal que atinge sobre tudo as crianças menores de 10 anos. A intervenção foi realizada entre os meses de janeiro a dezembro de 2016, e seu principal objetivo foi melhorar o conhecimento da população sobre a parasitose intestinal.

O universo do projeto foram 42 mães de crianças menores de 10 anos que estavam registradas no SEASI do polo base de Vilhena e a mostra ficou conformada por 35, segundo os critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão: Mães das crianças menores de 10 anos do Polo Base Vilhena com vontades de cooperar no desenvolvimento do projeto.

Critérios de exclusão: Mães das crianças menores de 10 anos que rejeitaram participar ou que durante o período da pesquisa não se encontravam nas aldeias ou que não participaram de dois ou mais palestras educativas.

Com o apoio dos AIS e as lideranças comunitárias foi aplicada uma encosta, como diagnóstico prévio, durante as consultas de puericultura ou de demanda espontânea por outras queixas, nas visitas nas aldeias e no Polo Base. Assim foram detectando-se as necessidades de aprendizagem para confeccionar a estratégia de intervenção. Todas as mães que aceitaram participar do projeto assinaram um termo de consentimento.

Variáveis:

Nível de conhecimento das mães das crianças.

Para essa variável foi aplicado o instrumento avaliativo de conhecimentos antes e depois da intervenção sobre cada um dos temas.

Conhecimento das mães sobre a parasitose intestinal.

- Adequado: Quando conseguiu mencionar nome de dois ou mais parasitas.
- Inadequado: Quando não conseguiu responder corretamente ou só um.

Conhecimento das mães sobre a transmissível por animais domésticos das parasitoses.

- Adequado: Quando conseguiu mencionar nome de dois ou mais animais.
- Inadequado: Quando não conseguiu responder corretamente ou só um.

Conhecimento das mães sobre a importância de evitar defecar no ar livre.

- Adequado: Quando conseguiu responder corretamente.
- Inadequado: Quando não conseguiu responder corretamente.

Conhecimentos das mães sobre as possíveis doenças parasitárias. (Causas das diarreias, anemia, desnutrição, retardo o desenvolvimento psicomotor, oclusão intestinal).

- Adequado: Quando responde ao menos 3 dos itens mencionados.
- Inadequado: Quando 3 das respostas são incorretas.

Conhecimentos das mães sobre a lavagem de mãos antes de manipular os alimentos y depois de ir ao banheiro.

- Adequado: Quando responde que é importante.
- Inadequado: Quando responde que não é importante.

Conhecimentos das mães sobre as características da água de consumo das crianças.

- Adequado: Quando responde corretamente o tipo de água.
- Inadequado: Quando não responde corretamente o tipo de água.

A investigação foi feita em duas etapas:

Primeira etapa: Para a recollecção da informação foi feita a encosta de forma individual nas consultas de puericultura e de demanda espontânea com acompanhamento dos AIS das aldeias e da enfermeira da EMSI. A encosta foi confeccionada segundo os critérios dos especialistas em Pediatria e a revisão da literatura. Teve se em conta os itens relacionados com o tema a investigar e a linguagem mais simples para conseguir o entendimento das mães que realizaram a encosta porque algumas mães não tinham muito domínio do português, foram colocadas 7 questões das quais foi recolhido o nível de conhecimentos sobre o parasitoses intestinal e os hábitos higiênicos dietéticos.

Segunda etapa: Depois de determinar o nível de conhecimentos das mães das crianças menores de 10 anos sobre as parasitoses intestinais e os hábitos higiênicos dietéticos, foi planejado um grupo de palestras educativas como parte da intervenção educativa, nas escolas das aldeias, com uma frequência mensal de duas horas para uma totalidade de 6 horas de interatividade educacional. Ao finalizar a última palestra educativa aplicou se novamente a encosta inicial com o mesmo padrão para avaliar os resultados da intervenção

educativa. Os dados obtidos foram calculados de forma manual e com ajuda de uma calculadora.

No análises estadístico foram utilizadas as medidas de frequência (números absolutos y porcentagem) e foram avaliados e confrontados os resultados obtidos na primeira e na segunda etapa, depois colocados em tabelas estadísticas para melhor compreensão e análises, foi utilizado um notebook SAMSUNG com Windows 10. Os textos foram processados com o programa Microsoft Word assim como as tabelas.

Resultados da intervenção:

O nível de conhecimentos sobre parasitose intestinal na segunda etapa da intervenção melhorou num 68,5% das mães que receberam a capacitação. Segundo o planejado se atingiu a meta proposta com a palestra educativa.

Os conhecimentos sobre a transmissão por animais domésticos das parasitoses em crianças menores de dez anos foram acrescentados de um 20% inicial até 82,9% depois de realizar a palestra educativa o que permiti-o melhorar o conhecimento das mães das crianças menores de dez anos, compelindo a meta proposta de 100%. O que serve como ferramenta fundamental para as mães, na hora de reconhecer riscos potenciais ou elementos favorecedores na aparição das parasitoses.

As mães das crianças menores de dez anos mostraram um nível de conhecimento inicial inadequado de 14,3% relacionado à importância do evitar o fecalismo ao ar livre.

A meta proposta de nível de conhecimento sobre esse tema a atingir foi de um 100% e foi planejada uma palestra educativa sobre a importância do evitar o fecalismo ao ar livre.

Uma vez feita à intervenção educativa a reavaliação mostrou uma boa receptação dos conhecimentos brindados com um 80% de mães que tiveram respostas adequadas. Do uma primeira etapa com restante 5,7% o que atingiu o nível inadequado mães mostraram conhecer algumas as possíveis doenças das parasitas. Depois da intervenção a porcentagem aumentou num 34,3 %.

Na avaliação do nível de conhecimentos em relação com a importância da lavagem das mãos antes da manipulação de alimentos e depois de ir ao banheiro o 8,6% das mães responderam adequadamente resultado que foi melhorado na totalidade depois de realizada a intervenção educativa com a palestra sobre as normas higiênicas dietéticas para a prevenção das diarreias agudas num 80%.

Só o 14,3% das mães avaliadas no início sobre as características da água de consumo das crianças, respondeu adequadamente, esse conhecimento foi levado até um 88,6% das mães com a palestra educativa sobre as

características da água de consumo das crianças. A meta proposta foi atingida. Com as atividades de promoção de saúde realizadas nas mães das crianças menores de dez anos o propósito fundamental está encaminhado a que elas, como responsáveis diretas das crianças, tomem maior quantidade de providências nos cuidados higiênicos sanitários, partindo dos novos conhecimentos para prevenir as enfermidades por parasitose intestinal que é o objetivo essencial do projeto de intervenção.

Análise

Conhecimento das mães sobre a parasitose intestinal.

Tabela 1.1 Primeira etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	5	14,3
Inadequado	30	85,7
Total	35	100

Fonte: Encosta.

O nível de conhecimentos das mães sobre a parasitose intestinal na primeira etapa foi inadequado num 85,7 % e adequado só num 14,3 %.

Para melhorar os conhecimentos das participantes foi desenvolvida uma palestra educativa sobre epidemiologia das parasitoses intestinais, onde os resultados estão reflexados na tabela 1,2.

Conhecimento das mães sobre a parasitose intestinal.

Tabela 1.2 Segunda etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	24	68,5
Inadequado	11	31,5
Total	35	100

Fonte: Encosta.

Na segunda etapa o nível de conhecimento se incremento num 68,5 % e só o 31,5 % das encostadas manteve desconhecimento das questões tratadas.

Os dados obtidos na investigação concordam com a literatura revisada de Estevez González no 2002 e a Organização Mundial da Saúde (12) no 1999 10;11 .

Conhecimento das mães sobre a transmissão das parasitoses por animais domésticos.

Tabela 2.1 Primeira etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	7	20
Inadequado	28	80
Total	35	100

Fonte: Encosta.

Quando foram avaliados os conhecimentos que tinham as mães sobre a transmissão das parasitoses por animais domésticos, antes da intervenção educativa o nível era muito baixo, só 7 mães tinham conhecimento de que os animais poderiam transmitir estas doenças.

Para melhorar os conhecimentos que tinham as mães sobre a transmissão das parasitoses por animais domésticos foi planejada e realizada uma palestra educativa sobre as principais parasitárias transmitidas por animais, que poderiam afetar sobre tudo as crianças.

Conhecimento das mães sobre a transmissível por animais domésticos das parasitoses.

Tabela 2.2 Segunda etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	29	82,9
Inadequado	6	17,1
Total	35	100

Fonte: Encosta.

Depois da intervenção educativa sobre a transmissão das parasitoses por animais domésticos se comprovou a importância das palestras educativas pois o nível de conhecimento aumentou, o 82,9 % das participantes do projeto reconheceram que esta via da transmissão era importante. Os dados obtidos na investigação concordam com a literatura revisada Castaño A. Infecciones causadas por amibas de vida livre. Presentación de un caso de meningoencefalitis amebiana primaria. Biomédica 1995; 15: 20-23 ^{12;13,14}.

Conhecimento das mães sobre a importância do evitar o fecalismo ao ar livre.

Tabela 3.1 Primeira etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	5	14,3
Inadequado	30	85,7
Total	35	100

Fonte: Encosta.

Antes da intervenção o 85,7 % das mães das crianças não tinham conhecimento sobre a transmissão das doenças parasitárias com a prática de fecalismo ao ar livre, portanto se planejou e realizou uma palestra educativa sobre estes aspectos.

Conhecimento das mães sobre a importância do evitar o fecalismo ao ar livre.

Tabela 3.2 Segunda etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	28	80
Inadequado	7	20
Total	35	100

Fonte: Encosta.

Numa segunda etapa quando foram testados os conhecimentos que tinham as mães sobre a transmissão da doença com o fecalismo ao ar livre, se determinou o aumento dos conhecimentos depois da palestra educativa, onde o 80 % das participantes já conheciam da transmissão parasitaria por esta via. Nos estúdios do tema autores como M Espinosa Morales - 2011 NÁ Ortiz Alvarado 2015 falaram sobre o tema em crianças.^{15;16}

Conhecimentos das mães sobre as possíveis doenças das parasitas.

Tabela 4.1 Primeira etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	2	5,7
Inadequado	33	94,3
Total	35	100

Fonte: Encosta.

Na etapa 1 quando foram encostadas as participantes do projeto sobre se conheciam algumas doenças parasitarias, só o 5,7 % tinha algum grau de conhecimento e o resto desconhecia sobre este aspecto, por tanto de acordo ao resultado das encostas se planejou outra palestra educativa sobre o tema.

Conhecimentos das mães sobre as possíveis doenças das parasitas.

Tabela 4.2 Segunda etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	12	34,3
Inadequado	23	65,7
Total	35	100

Fonte: Encosta.

Depois da intervenção educativa 12 mães, responderam corretamente sobre algumas das doenças parasitarias que podem afetar as crianças. O que

coincide com estudos realizados por MENDIGURE J, Huamán S, Ramos N, Valencia E ^{17; 18}.

Conhecimentos das mães sobre a lavagem de mãos antes de manipular os alimentos y depois de ir ao banheiro.

Tabela 5.1 Primeira etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	3	8,6
Inadequado	32	91,4
Total	35	100

Fonte: Encosta.

A encosta demonstrou antes da realização do projeto o pouco conhecimento que tinham as mães das crianças sobre as vantagens da lavagem das mãos antes de manipular alimento e depois de ir no banheiro para evitar a transmissão das parasitas. Segundo os resultados obtidos se decidiu realizar uma palestra educativa que explicara as medidas higiênicas necessárias para evitar as transmissões dos parasitos.

Conhecimentos das mães sobre a lavagem de mãos antes de manipular os alimentos y depois de ir ao banheiro.

Tabela 5.2 Segunda etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	28	80
Inadequado	7	20
Total	35	100

Fonte: Encosta.

Na segunda encosta aplicada sobre este tema, se demonstrou a importância das palestras educativas para a população, já que aumentou o nível de

conhecimento das encostadas sobre a lavagem das mãos para evitar a transmissão das parasitoses, o 80 % das participantes responderam corretamente sobre as bondades desta medida educativa. O que coincide com estudos realizados por Riverón no 2004¹⁷.

Outros estudos analisados falam que dentre os principais fatores de risco para adquirir as doenças diarreicas agudas estão a não lavagem das mãos depois de ir ao banheiro e antes da manipulação dos alimentos e a higiene pessoal e dos utensílios antes da alimentação da criança, conhecimentos que foram incorporados satisfatoriamente nas mães das crianças e que coincide com reportes de outras investigações sobre o tema.^{18; 19} Boletim Epidemiológico de Colômbia do ano 2005.²⁰

Conhecimentos das mães sobre as características da água de consumo das crianças.

Tabela 6.1 Primeira etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	5	14,3
Inadequado	30	86,7
Total	35	100

Fonte: Encosta.

Na primeira etapa da intervenção só o 14,3 % das participantes tinham algum nível de conhecimento relativo ao consumo de água potável, já que se demonstrou que a grande maioria consideravam que a água de consumo podia ser de qualquer fonte e sem tratamento, considerando este aspecto se decidiu planejar e realizar uma palestra educativa sobre normas higiênicas para a prevenção das doenças provocadas por parasitas a través do consumo da água.

Conhecimentos das mães sobre as características da água de consumo das crianças.

Tabela 6.2 Segunda etapa.

Nível de conhecimento	N	%
Adequado	31	88,6
Inadequado	4	11,4
Total	35	100

Fonte: Encosta.

Nesta segunda etapa, depois de realizada a palestra educativa, foram encostadas as participantes sobre a importância da manipulação, conservação e tratamento da água para o consumo e se demonstrou que o nível de conhecimento aumentou consideravelmente, pois o 88,6 % das mães possuíam conhecimentos adequados sobre a manipulação da água.

Conclusões:

A intervenção educativa por médio das atividades de promoção de saúde em à aldeia Manairisu que pertence ao Polo Base Vilhena, no estado de Rondônia acrescentou os conhecimentos sobre parasitose intestinal, os hábitos higiênicos dietéticos e as medidas de controle diário que as mães devem ter em consideração para evitar e prevenir as doenças por parasitas nas crianças menores de dez anos que são um grupo potencial para desenvolver essas doenças.

Na medida que esses conhecimentos sejam levados na pratica teremos logrado o principal objetivo da intervenção que é a diminuição no número de casos com parasitas intestinais e suas complicações em crianças menores de dez anos e a prevenção das mesmas, garantindo um crescimento e desenvolvimento adequado na população indígena.

Referença

1. Carvalho OS, Guerra HL, Campos YR, Caldeira RL, Massara CL. Prevalência de helmintos intestinais em três mesorregiões do Estado de Minas Gerais. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2002 nov-dez;35(6):597-600. DOI:10.1590/S0037-86822002000600009 [[Links](#)]
2. Monteiro CA, Chieffi PP, Benicio MHA, Dias RMS, Torres DMAGV, Mangini ACS. Estudo das condições de saúde das crianças do Município de São Paulo (Brasil), 984/1985. VII — Parasitoses intestinais. *Rev Saude Publica.* 1988 fev;22(1):8-15. DOI:10.1590/S0034-89101988000100002 [[Links](#)]
3. Morrone FB, Carneiro JA, Reis C, Cardoso CM, Ubal C, Carli GA. Study of enteroparasites infection frequency and chemotherapeutic agents used in pediatric patients in a community living in Porto Alegre, RS, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2004 Mar-Apr;46(2):77-80. Doi:10.1590/S0036-46652004000200004 [[Links](#)]
4. Alves JR, Macedo HW, Alberto Jr NR, Ferreira LF, Gonçalves MLC, Araújo A. Parasitoses intestinais em região semi-árida do Nordeste do Brasil: resultados preliminares distintos das prevalências esperadas. *Cad Saude Publica.* 2003 mar-abr;19(2):667-70. DOI:10.1590/s0102-311x2003000200034 [[Links](#)]
5. Marra DD, Feachen RG. Water and excreta-related diseases: unitary environmental classification. *J Environ Eng.* 1999 Apr;125(4):334-9.
6. Buchillet D, Gazin P. A situação da tuberculose na população indígena do Alto Rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). *Cad Saude Publica.* 1998;14(1):181-5. DOI: 10.1590/S0102-311X1998000100026
7. LINHARES, A. C. Epidemiology of Diarrhea Infection among Indian Populations of Amazonia. *Cad. Saúde Públ, Rio de Janeiro*, 8 (2): 121-128, abr/jun 1992.
8. RODÉS J., Carné J., Trilla A. Manual de terapéutica médica. España. Ed. Elsevier, 2002: 329.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns

na Atenção Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Diarreia e vomito Caderno de atenção básica, n.28, volume II, Brasília-DF): 56-60, 2013(Cadernos de Atenção Básica)

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. -8. ed. rev., 1.reimpr. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso, Brasília, 2013. p.153-155. (Cadernos de Atenção Básica)

11. Estévez González no 2002 e a Organização Mundial da Saúde (12) no 1999

12. Castaño A. Infecciones causadas por amibas de vida libre. Presentación de un caso de meningoencefalitis amibiana primaria. Biomedica 1995; 15: 20-23.

13. A Neghme - 1971.Segundo Congreso Latino- ... Medicina, de la OPS, São Paulo, Brasil

14. Enfermedades infecciosas y parasitarias más comunes en el hombre ... www.monografias.com › Salud › Enfermedades 27 de abr de 2011

15. NÁ Ortiz Alvarado - 2015 Prevalencia de parásitos intestinales en niños

16. M Espinosa Morales - 2011 Parasitosis intestinal, su relación con factores ambientales en niños.

17. MENDIGURE J, Huamán S, Ramos N, Valencia E. Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en Lima, Perú. Rev. Ciencias de la Salud [Internet]. 2007[citado Jun,6, 2016]; 2:1. Disponível em: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev2/87-100.pdf>.

18. COLOMBIA. Ministerio de Salud. Comportamiento de la morbilidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, Colombia 2001. Bol Epidemiol Sem [serie en internet]. 2002[citado Maio, 22, 2016]; 31(2): [aprox. 11 p.]. Disponível em: http://www.col.opsoms.org/sivigila/2002/BOLE31_02.htm

17. RIVERÓN RL. Estrategias para reducir la mortalidad infantil. Rev. Cubana Pediatr. 2004; 72(3):147-164.

18. CERVANTES BJ, Boch GM, Amero G. Valoración del conocimiento de las madres sobre diarrea y su prevención. Rev Cubana Enfermer 2001; 17 (1): 56

9. ESTRADA, R, A. Peláez, D. Revista Panamericana de la Salud 2005, 17 (1). Citado abril 22,2016 (6-14). Disponible em: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=6876&id_seccion=750&id_ejemplar=732&id_revista=62
19. MENDIGURE J, Huamán S, Ramos N, Valencia E. Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en Lima, Perú. Rev. Ciencias de la Salud [Internet]. 2007[citado Jun,6, 2016]; 2:1. Disponible em: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev2/87-100.pdf>.
20. COLOMBIA. Ministerio de Salud. Comportamiento de la morbilidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, Colombia 2001. Bol Epidemiol Sem [serie en internet]. 2002[citado Maio, 22, 2016]; 31(2): [aprox. 11 p.]. Disponible em: http://www.col.opsoms.org/sivigila/2002/BOLE31_02.htm
21. PROGRAMA de Maestría en control de enfermedades infecciosas. 2004-2005 [página en Internet]. [Citado 20 Maio, 20, 2016] [aprox. 18 pantallas]. Disponible em: <http://www.upch.edu.pe/tropicales/caoacita/comments/comentarios.htm>
22. Lisle JT, Rose B. Cryptosporidium Contamination of water in the USA and UK: a mini-review. J Water SRT-Aqua 1995; 44: 103-117.
23. Karanis P, Schoenen D, Seitz HM. Giardia and Cryptosporidium in backwash water from rapid sand filters used for drinking water production. Zentralblatt für Bakteriologie 1996; 284: 107-114.
24. Hurst CJ, Clark RM, Regli SE. Part 2. Preventing disease transmission by water and food. 2. Estimating the risk of acquiring infectious disease from ingestion of water. In: Hurst CJ (ed.). Modeling disease transmission and its prevention by disinfection. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 408.
25. Friedman-Huffman J, Rose B. Emerging waterborne pathogens. Arlington: WHO-PAHO; 1998.
26. Bowie WR, King AS, Werker DH, Isaac-Renton J, Bell AA, Eng SB, et al. Outbreak of toxoplasmosis associated with municipal drinking water. Lancet 1997;350:173-177.

