

MANUAL EDUCATIVO

**— ORIENTAÇÕES —
DE PREVENÇÃO
E CONTROLE DE
ENTEROPARASITOSE
PARA ENFERMEIROS
— QUE ATUAM JUNTO A —
POPULAÇÕES
RIBEIRINHAS NA
— AMAZÔNIA —**



MARCELO HENRIQUE DA SILVA REIS & ABEL SANTIAGO MURI GAMA

MANUAL EDUCATIVO

**ORIENTAÇÕES
DE PREVENÇÃO
E CONTROLE DE
ENTEROPARASIToses
PARA ENFERMEIROS
—QUE ATUAM JUNTO A—
POPULAÇÕES
RIBEIRINHAS NA
—AMAZÔNIA—**

MARCELO HENRIQUE DA SILVA REIS
ABEL SANTIAGO MURI GAMA

PRÉVIA / DIAGRAMAÇÃO



CAPES



Cofen

Conselho Federal de Enfermagem

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Mestrado Profissional em Enfermagem no Contexto Amazônico

LINHA DE PESQUISA

*Cuidados de Enfermagem Aplicado
aos Povos Amazônicos.*

MESTRANDO

Marcelo Henrique da Silva Reis

ORIENTADOR

Prof. Dr. Abel Santiago Muri Gama

CO-ORIENTADORA

Prof^a. Dr^a. Rizioléia Marina Pinheiro Pina

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES & IDENTIDADE VISUAL

Elton P. B. Filho

SOBRE OS AUTORES



**MARCELO
HENRIQUE
DA SILVA REIS**

CURRÍCULO LATTES



FORMAÇÃO

Bacharelado em Enfermagem pela
Universidade Federal do Amazonas
– Instituto de Saúde e Biotecnologia –
(UFAM-ISB)

Especialização em Saúde Coletiva pela
Universidade Candido Mendes.

Mestrado em andamento no Programa
de Pós-graduação Enfermagem no
Contexto Amazônico (PPGENF-MP) pela
Universidade Federal do Amazonas.

SOBRE OS AUTORES

**ABEL
SANTIAGO
MURI GAMA**

CURRÍCULO LATTES



FORMAÇÃO

Bacharelado em Enfermagem pela
Universidade Federal do Amazonas
- Instituto de Saúde e Biotecnologia
(UFAM-ISB).

Especialização em Enfermagem Intensiva de
Alta Complexidade – Literatus, UNICEL, Brasil.

Mestrado em Enfermagem pela Universidade
do Estado do Pará, UEPA, Brasil.

Doutorado em Enfermagem em Saúde do
Adulto – Universidade de São Paulo – USP.

APRESENTAÇÃO



Ferramentas de trabalho são essenciais para qualificar a prática profissional, diante disso, nos últimos anos surgiram Tecnologias Educativas (TE) com intuito de melhorar a assistência de saúde em diversos âmbitos do Sistema Único de Saúde (SUS). As tecnologias surgem como estratégias responsáveis por aplicar novos recursos nas práticas de cuidado e ensino em saúde, além disto, contribuem para padronizar as orientações e condutas dos profissionais.

APRESENTAÇÃO

Em áreas remotas da Amazônia Brasileira, o enfermeiro como integrante da Estratégia Saúde da Família é uma liderança de extrema importância dentro dos processos de trabalho envolvendo a população ribeirinha, considerando que está inserindo na comunidade, sendo capaz de reconhecer as problemáticas principais que são responsáveis pelo adoecimento dessa população.

Neste sentido, os 4 capítulos da TE intitulada ***“Manual Educativo sobre orientações de Prevenção e Controle de Enteroparasitoses para Enfermeiros que atuam com populações ribeirinhas da Amazônia”*** irá auxiliar os enfermeiros que atuam na assistência de saúde diretamente em comunidades ribeirinhas, visto que além de conhecer detalhadamente as características gerais dessa população, também será possível identificar as principais doenças parasitárias prevalentes nessas áreas, políticas de saúde específicas, condutas adequadas e atividades que podem ser realizadas a fim de diminuir os agravos oriundos das infestações por enteroparasitas.

CONHECENDO A POPULAÇÃO RIBEIRINHA

CAPÍTULO 01



AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DA REGIÃO AMAZÔNICA



Em áreas ribeirinhas, o isolamento geográfico representa um considerável pilar que pode ocasionar a exclusão social e limitar o acesso aos serviços públicos de saúde, resultando em um enorme enfrentamento para as ações de saúde nessas regiões. Os moradores dessas áreas são formados por núcleos familiares dispersos ao longo das margens de rios, lagos e igarapés, além disso, grande parcela dessa população vive distante das sedes dos municípios (REIS, et al., 2019).

Residir em áreas ribeirinhas traz consigo limitações em diversos aspectos (culturais, sociais, econômicas, sanitárias, entre outras). Popularmente conhecidos como ribeirinhos, os habitantes dessas regiões utilizam os recursos naturais ori-

AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DA REGIÃO AMAZÔNICA

undos dos rios e florestas para a sobrevivência. Seu povo representa uma miscigenação secular composta por diversos grupos sociais, incluindo migrantes de outras regiões, nordestinos, indígenas e europeus (DIEGUES, et al., 2000; FRAXE, 2007).

Figura 1: Caboclo ribeirinho em embarcação tradicional da região.



Fonte: Autoria própria.

O vasto manancial amazônico de peixes diversos e frutos variados fazem parte do calendário nutricional ribeirinho, visto que a sua principal fonte de alimento vem da pesca, caça e agricultura. Possuindo enorme valor nutricional, são alimentos que estão disponíveis para consumo em grande parte do ano, variando



AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

DA REGIÃO AMAZÔNICA



sazonalmente. Os principais alimentos consumidos são: a mandioca, que é utilizada para fabricação de farinha, goma, tucupi e beiju; cheiro verde, cebola de palha, couve, banana, melancia, castanha, açaí, pupunha, tucumã, piquiá, uixi, entre outros frutos regionais (GAMA, et al., 2022).

A atividade econômica dessas populações concentra-se em grande parte da venda do pescado e dos frutos oriundos da agricultura, esses insumos são comercializados para revendedores, conhecidos regionalmente como “marreteiros ou regatões”, que passam nas comunidades realizando a negociação, seja por troca ou compra, posteriormente vendem por outro valor em diferentes locais, alguns até comercializam para outros estados. Os comunitários também realizam a venda dos seus produtos na zona urbana, utilizando as feiras locais para o comércio de suas mercadorias (PORTUGAL, et al., 2020).



AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DA REGIÃO AMAZÔNICA

Figura 2: Atividade agrícola dos povos ribeirinhos.



Fonte: Autoria própria.

Ainda em relação à economia, a renda dessas populações é complementada por recursos advindos de programas do governo federal, com destaque para o Programa Bolsa Família. Os ribeirinhos que tem a pesca como fonte de renda, recebem o seguro defeso (benefício dado em períodos do ano em que a pesca comercial é proibida por decreto, devido a reprodução dos peixes), sendo este um benefício garantido por lei, durante cinco

AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DA REGIÃO AMAZÔNICA

meses, com intuito de assegurar a preservação da biodiversidade local de espécies (CAMPOS.; CHAVES, 2014).

A maior parte das moradias dos ribeirinhos são constituídas de madeira (palafitas), que são alocadas de forma suspensa devido aos períodos de cheias dos rios. Também existem as casas flutuantes, construídas com as mesmas características das casas de madeira, porém, contam com o auxílio de grandes troncos de árvores (maromba), de modo que possam funcionar como boias e facilitar a flutuação dessas residências (GAMA, et al., 2018).

Figura 3: Residência de palafitas tradicional dos ribeirinhos.



Fonte: Autoria própria.

AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DA REGIÃO AMAZÔNICA

Figura 4: Casas flutuantes comuns em comunidades ribeirinhas.



Fonte: Autoria própria.

Grande parte das comunidades possuem igrejas e centros comunitários, locais que são utilizados para celebrações, reuniões ou confraternizações em datas festivas. Uma liderança local é escolhida democraticamente pela população residente, mediante a votação entre os comunitários, cabendo ao vencedor representar a comunidade em reuniões nos municípios, com o intuito de buscar resoluções dos principais problemas encontrados pelos comunitários.



os. Esse mesmo modelo de eleição também é utilizado para a escolha do Agente Comunitário de Saúde (ACS), neste caso, para participar da eleição é necessário ter o ensino médio como escolaridade mínima para estar apto a concorrer ao cargo.

O saneamento básico inexiste nessas comunidades, a maioria das casas não contam com a disponibilidade de vaso sanitário e tratamento de esgoto, os ribeirinhos utilizam fossas rudimentares para realizar suas necessidades fisiológicas e posteriormente o despejo dos dejetos (SOUSA, 2009). Nas casas flutuantes e outras residências que não contam com fossas, os detritos são lançados diretamente nos rios, neste caso, é importante citar que o rio ou lago onde são despejados é o mesmo que a maioria dos indivíduos utiliza para captar água para consumo, lavagem e preparo dos seus alimentos (GAMA, 2016).

AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DA REGIÃO AMAZÔNICA

Figura 5: Povos ribeirinhos em atividade laboral



Fonte: Autoria própria.

A variação das águas possui grande representatividade na vida dos povos ribeirinhos, considerando que o manejo de peixes e a agricultura dependem da dinâmica dos rios (seca e cheia). No entanto, não ameaça a vida do ribeirinho, visto que são indivíduos que estão familiarizados ao ambiente em que vivem e ao longo dos anos conseguiram se adaptar as adversidades encontradas nos rios e florestas (JARDIM, 2018; EL KADRI, et al., 2022).

AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS DA REGIÃO AMAZÔNICA

Figura 6: Mulheres ribeirinhas preparando alimento à beira do rio.



Fonte: Autoria própria.

A distribuição de energia elétrica é baixa, algumas comunidades mais próximas da sede municipal foram agraciadas com o Programa Federal Luz para Todos, porém, observa-se que a maior parte das demais comunidades utiliza geradores de energia que são movidos a gasolina ou diesel. Para o transporte fluvial, o principal meio utilizado pelos ribeirinhos são as canoas movidas a motor conhecidos comercialmente como “rabeta”, além dessas pequenas embarcações, também



AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

DA REGIÃO AMAZÔNICA



fazem parte do cotidiano ribeirinho os grandes barcos comerciais conhecidos como “recreios”, que transportam mercadorias e passageiros na imensidão dos rios amazônicos (GAMA, 2016).

Devido a distância da sede dos municípios, os ribeirinhos tendem a buscar alternativas para o tratamento de eventuais problemas de saúde, através do auxílio da medicina tradicional ensinada pelos antepassados, utilizando plantas e ervas medicinais no tratamento de enfermidades ou pela medicina moderna, através do uso de medicamentos alopatícos produzidos pela grande indústria farmacêutica, que facilmente podem ser adquiridos em farmácias e drogarias dos municípios do interior, que diferente das grandes metrópoles, possui baixo rigor de fiscalização referente a prescrição médica para a obtenção da medicação, favorecendo o risco da automedicação (GAMA, et al., 2018).



PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

POLÍTICAS DE SAÚDE

CAPÍTULO 02



COBERTURA DE SAÚDE DOS POVOS RIBEIRINHOS



O PROTAGONISMO DO AGENTE COMUNITÁRIO EM ÁREAS RURAIS

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu o processo de descentralização da saúde. Políticas públicas, estratégias e programas foram criados durante esse percurso, dentre eles podemos destacar a Estratégia Saúde da Família (ESF), onde estão inseridos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2001). Em áreas ribeirinhas, esses indivíduos são escolhidos democraticamente pela comunidade em que residem.

As atribuições dos ACS deverão compreender a prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas e de orientação individual ou coletivas, realizadas nos domicílios durante as visitas rotineiras que deverão ser realizadas, além disso, o foco de seu trabalho também consiste no cadastro das famílias de sua área, diagnóstico situacional, mapeamento, identificação das áreas de risco,

COBERTURA DE SAÚDE DOS POVOS RIBEIRINHOS

ações intersetoriais, entre outras diversas atribuições preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Diferente das áreas urbanas, os profissionais atuantes nas comunidades rurais apresentam características peculiares, considerando que além de trabalhar, devem residir na mesma comunidade, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social. Nas regiões mais remotas, em muitos casos o ACS representa o único elo entre a população e os serviços de saúde.

Figura 7: Equipe multidisciplinar em visita compartilhada.



Fonte: Autoria própria.



Neste sentido, as responsabilidades sobre suas atribuições profissionais se elevam, podendo causar sobrecarga no trabalho e vida pessoal, levando a impactos negativos em sua saúde física e mental (PAULA, et al., 2015).

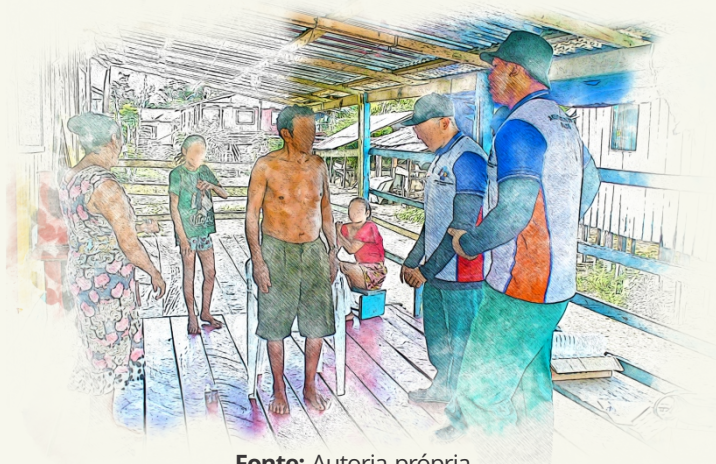
Durante muitos anos, a assistência de saúde do ribeirinho foi centralizada na zona urbana das cidades, nesse período também ocorreram atividades esporádicas in loco, principalmente as realizadas por Organizações Não Governamentais (ONG) e pelos Barcos da Marinha Mercante do Brasil, que apesar da grande relevância, é incapaz de suprir a necessidade de uma população tão vulnerável e dispersa geograficamente (GUIMARÃES, et al., 2020).

Entretanto, na última década com o advento de Políticas Públicas voltadas para diminuir as desigualdades de acesso à saúde, algumas estratégias foram criadas com intuito de melhorar a cobertura de saúde da população

COBERTURA DE SAÚDE DOS POVOS RIBEIRINHOS

ribeirinha, considerando que em um grande percentual das comunidades rurais, o ACS representa o único profissional de saúde para dar suporte quando necessário, pois não há Unidade Básica de Saúde nas comunidades e a assistência de outros profissionais da saúde é incomum (DOLZANE.; SCHWEICKARDT, 2020; GUIMARÃES, et al., 2020; SILVA, et al., 2017).

Figura 8: Agentes Comunitários de Saúde durante visita domiciliar.



Fonte: Autoria própria.

Devido a toda complexidade imposta pela floresta e rios amazônicos, os ACS que atuam em comunidades ribeirinhas



possuem um grande diferencial na assistência quando comparado aos profissionais que exercem a função nas áreas onde há postos de saúde, unidades de pronto atendimento e hospitais. Os ACS dessas regiões precisam ser treinados para estarem aptos a enfrentar as adversidades comuns das áreas rurais, dentre as quais destacamos: treinamento de suporte básico de vida (para a identificação de casos de acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, queimaduras e seus respectivos graus, ferimento por arma branca e arma de fogo, afogamentos, acidente ofídico), preparo de lâminas para diagnóstico de malária em áreas endêmicas, além disso, remover para zona urbana o paciente que possa apresentar algum risco de vida na comunidade, um fato comum nas nessas regiões (REIS, et al., 2020).



Políticas de Saúde Voltadas aos Povos Ribeirinhos

Para muitos ribeirinhos, a porta de entrada no SUS ocorre através de uma grande embarcação personalizada, que representada por uma equipe multidisciplinar realiza atendimento nas comunidades. Essas adequações a realidade local fazem parte da PNAB, que dentro de sua estrutura do serviço possui arranjos organizacionais específicos para atendimento das populações tradicionais da Amazônia Brasileira e Pantanal (BRASIL, 2012).

A atenção à saúde da população ribeirinha é prestada com base na Política Nacional de Atenção Básica, implementada pelas Portarias MS/GM nº 2.488 e 2.490, ambas de 2011 (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b). De acordo com PNAB, os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país (BRASIL, 2012):





COBERTURA DE SAÚDE DOS POVOS RIBEIRINHOS



- Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial;
- Equipe de Saúde da Família Fluviais (eSFF): desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

A composição mínima dessas equipes deverá ser: um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e até 24 agentes comunitários de saúde. Nas regiões endêmicas, existe a necessidade de um microscopista para compor a Equipe de Saúde da Família Ribeirinha. Podem compor ainda as Equipes de Saúde da Família Fluviais: um técnico de laboratório e/ou bioquímico e conforme modalidades poderão ser incluídos um cirurgião-dentista e um técnico ou auxiliar em saúde bucal (BRASIL, 2012).



COBERTURA DE SAÚDE DOS POVOS RIBEIRINHOS

Esses avanços são oriundos de conquistas ao longo dos anos, que ainda encontram-se em atualização, visto que os recursos repassados para a continuidade dessas estratégias ainda são insuficientes diante de tamanha demanda e especificidade encontrada ao atuar nas áreas ribeirinhas do país, porém, acredita-se que através das conferências locais, regionais e nacionais esse cenário possa mudar, fazendo valer o princípio da equidade, garantindo saúde de qualidade a todos de acordo com o contexto social em que estão inseridos (DOLZANE.; SCHWEICKARDT, 2020; GAMA., et al., 2020; TONHÁ, et al., 2015).

Figura 9: Unidade Básica de Saúde com Equipe de Saúde da Família Ribeirinha.



Fonte: Autoria própria.



Em 2013, o Ministério da Saúde criou o Programa Mais Médicos, cujo grande objetivo foi aumentar a oferta do atendimento médico no território brasileiro, até mesmo nas áreas mais distantes do país. Em tese, o surgimento do programa apresentou uma melhora na oferta desse serviço tão difícil de fixar médicos, principalmente pelo fato dos profissionais terem a preferência de atuação no entorno e nos maiores centros urbanos, onde as ofertas de trabalho são diversas, não limitando apenas a um vínculo. Essa informação ressalta que apesar da importância, o Mais Médicos sozinho não é e não será capaz de acabar com as desigualdades de cobertura das populações ribeirinhas (MEDINA, et al., 2018; VERAS, et al., 2018).

Todas as conquistas e avanços fazem parte de alguma causa social, mediante a diálogos entre líderes de movimentos sociais e autoridades. Neste contexto, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2013 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta



COBERTURA DE SAÚDE DOS POVOS RIBEIRINHOS



(PNSIPCF), que tem como compromisso garantir a esses povos o direito e acesso à saúde através do SUS, partindo dos princípios da equidade, universalidade e integralidade. A construção dessa política está relacionada as peculiaridades e especificidades da saúde dessas populações, além das evidências das desigualdades em que estão expostos (BRASIL, 2011c).

Em 2014, considerando a necessidade de contemplar a população “das águas”, foi publicada a Portaria nº 2.311/2014, onde o termo “águas” foi incluído na denominação da PNSIPCF, que passou a ser denominada Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) (BRASIL, 2014).



ENTERO PARASITOSES MAIS COMUNEM COMUNIDADES RIBEIRINHAS

• CAPÍTULO 03 •





DOENÇAS PARASITÁRIAS, INTESTINAIS MAIS FREQUENTES EM ÁREAS RIBEIRINHAS

As enteroparasitoses correspondem a um grupo de doenças causadas por protozoários e helmintos, que ocorrem no trato intestinal. Os protozoários são seres unicelulares (não podem ser vistos a olho nu, sendo visíveis apenas com o auxílio de um microscópio), em contrapartida, os helmintos são seres de maior complexidade, compostos por várias células e órgãos internos, podendo medir de centímetros até metros (JERNIGAN.; GUERRANT.; PEARSON, 1994). Durante a abordagem é fundamental saber diferenciar protozoários e helmintos, visto que o tratamento é específico para cada grupo e caso o profissional utilize conduta inadequada estará trazendo prejuízos ao paciente acometido.

De acordo com estudos envolvendo populações ribeirinhas, os protozoários de maior prevalência são os que causam Amebíase e Giardíase, entre os helmintos a maior prevalência está na Ascaridíase, AncilostomTricuríase, Entorobíase e Ancilostomíase (GOMES, et al., 2016; SILVA, et al., 2009; SILVA, et al., 2012; SILVA, et al.,



DOENÇAS PARASITÁRIAS, INTESTINAIS MAIS FREQUENTES EM ÁREAS RIBEIRINHAS

2021; SANTOS, et al., 2010). Diante desses dados, o capítulo 3 irá abordar sobre as 6 enteroparasitoses mais comuns encontradas (Figura 10 e 11), sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento farmacológico e curiosidades.

Figura 10: Protozoários mais prevalentes em áreas ribeirinhas.



Fonte: Autoria própria.

Figura 11: Protozoários mais prevalentes em áreas ribeirinhas.

PRINCIPAIS HELMINTOSES - PREVALENTES EM - COMUNIDADES RIBEIRINHAS



ASCARIDÍASE
“LOMBRIGA”

ANCILOSTOMÍASE
“AMARELÃO”



TRICURÍASE

ENTEROBÍASE
“TUXINA”



Fonte: Autoria própria.



ASCARIDÍASE

É uma das infecções enteroparasitárias mais comuns em todo mundo, não muito diferente em áreas ribeirinhas, visto que de acordo com diversos estudos se encontra no topo das principais verminoses que acometem as pessoas que vivem nessas regiões. Essa infecção é causada por um parasito chamado *Ascaris Lumbricoides*, popularmente chamado de Lombriga ou Bicha, que se instalam no intestino delgado dos hospedeiros.

Dependendo do grau de infestação, pode levar o indivíduo à morte e também migrar para outros órgãos, ocasionando diversos danos à saúde. A ascaridíase pode aparecer em porcos, infectados pelo *Ascaris Suum*, que também pode infectar humanos, considerando que os ovos presentes nas fezes dos porcos contaminam o solo e as pessoas que manejam esses animais de maneira não adequada podem ser acometidas.

Você Sabia?



○ **Ascaris Lumbricoides** pode migrar pela corrente sanguínea e se desenvolver em outros locais do corpo como coração, pulmão, vesícula biliar e fígado. O **Ascaris Suum** não é transmitido pelo consumo da carne suína, a contaminação ocorre pela ingestão acidental dos ovos infectantes.

SINTOMAS

Geralmente a **Acaridíase** é Assintomática, no entanto, pode apresentar sintomas intestinais e respiratório, neste sentido, os **Principais Sintomas** são:

- Falta de apetite;
- Perda de peso;
- Dor e inchaço abdominal;
- Náuseas e vômitos;



- Diarreia;
- Obstrução intestinal;
- Palidez;
- Nos pulmões pode causar pneumonite, com tosse seca, febre, dor torácica e sibilos.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO: A Ascaridíase é pouco sintomática, sendo difícil de diagnosticá-la através do exame clínico, entretanto, dependendo da sintomatologia presente, pode ser diagnosticada por meio da avaliação do clínico geral quando existe a eliminação de vermes visíveis a olho nu.



LABORATORIAL: Os ovos presentes nas fezes durante a realização do exame parasitológico confirmam o caso e estabelece o início do tratamento farmacológico.



Você Sabia?



Um **Raio X de Tórax** pode mostrar manchas no pulmão oriundas da infestação por lombriga, além disso, larvas também podem estar presentes no escarro e o exame de hemograma pode demonstrar um aumento de eosinófilos.



TRATAMENTO

Os fármacos mais utilizados para o tratamento da ascariíase são: Albendazol, Mebendazol e Ivermectina, todos são recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o tratamento e controle de geo-helminthos. Segue abaixo as drogas mais utilizadas e as observações pertinentes:

Albendazol: está disposto em forma de comprimidos (200 e 400 mg) e suspensão oral de 100 mg/5ml. A dose única de 400 mg é altamente eficaz contra o parasito, capaz de mostrar níveis de cura e redução dos ovos em 100%.

Mebendazol: está disposto em forma de comprimidos (100 e 500 mg) e suspensão oral de 100 mg/5ml. A dose única de 500 mg apresenta alta efetividade contra a ascaridíase e outras helmintoses intestinais, com níveis de cura e redução dos ovos entre 93,8% a 99,5%.

Ivermectina: administrada em dose única de 0,1 a 0,2 mg/kg, sendo um medicamento absorvido pelo sangue em poucas horas após a administração, além disso, é excretada em sua totalidade junto com as fezes.

Você Sabia?...



O esquema terapêutico e dosagem irão depender dos fatores observados pelo clínico geral, que vai considerar o estado do paciente e locais acometidos para a prescrição.

Os fármacos elencados acima apresentam maior eficácia contra vermes adultos no comparativo com larvas.

Neste caso, recomenda-se que após 3 meses o paciente realize novamente o exame laboratorial, e caso este seja positivo, é necessário um novo tratamento.

Quando ocorre obstrução ou oclusão intestinal desencadeada pelo grande número de áscaris, é recomendado o tratamento farmacológico com Piperazina (100 mg/kg) e 50 ml de óleo mineral, entretanto, caso não seja resolvido o problema é recomendada a intervenção cirúrgica.

ANCILOSTOMÍASE

Também conhecida como “Amarelão”, é uma infecção causada pelo helminto do gênero *Ancylostoma Duodenale* e *Necator Americanus*. É muito comum em países pobres que apresentam condições precárias de moradia e saneamento básico, considerando que o seu meio de transmissão ocorre pelo contato da pele com as larvas infectantes presentes no solo contamina-

do (geralmente ocorre com pessoas andando descalças em ambientes onde estão os parasitos). Ao entrar em contato com a pele, as larvas seguem pela corrente sanguínea e atingem o sistema respiratório, onde irão chegar até a faringe e depois deglutidas, continuando seu caminho até o intestino delgado, local que irão se desenvolver, transformando-se em vermes adultos e posteriormente irão se reproduzir.

SINTOMAS

- Surgimento de erupções pruriginosas na pele;
- Tosse e inflamação na garganta;
- Febre;
- Dor ao falar e deglutir;
- Coriza, faringite e laringite;
- Dor epigástrica;
- Diminuição do apetite;





TRATAMENTO



Se o paciente apresentar anemia, o clínico geral irá prescrever a suplementação de ferro para tratá-la, posteriormente, ocorrendo a melhora nos níveis de hemácia e hemoglobina, o tratamento antiparasitário será iniciado.

Os fármacos mais utilizados no tratamento antiparasitário da ancilostomíase são:

Albendazol 400 mg: dose única em 2 comprimidos via oral (1 comprimido = 200 mg) ou 10 ml de suspensão (5 ml = 200 mg).

Mebendazol 100 mg: duas vezes ao dia, durante três dias consecutivos, independente do peso e idade do paciente.

Você Sabia?



Não é recomendado o uso das medicações acima em pacientes que estejam gestantes.



TRICURÍASE

É uma infecção causada por um parasito chamado *Trichuris Trichiura*, um nematódeo que mede cerca de 4 cm e vive no intestino grosso do infectado. É muito comum em regiões subdesenvolvidas, que apresentam condições de saneamento precárias, como é o caso das comunidades ribeirinhas. É um verme esteticamente semelhante ao *Ascaris Lumbricoides*, porém, de menor tamanho.

SINTOMAS

A maior parte dos indivíduos acometidos com o parasito da tricuriase não apresenta sintomas, porém, pessoas infestadas com centenas de parasitos desenvolvem os sintomas da doença, que são:

- **Diarreia é o mais comum, podendo esta vir acompanhada ou não de sangue;**



- Distensão abdominal;
- Enjoos;
- Perda de peso;
- Anemia;
- Prolapso retal;
- Vômito;
- Perda de apetite;
- Retardamento do desenvolvimento quando ocorre em crianças e adolescentes;
- Baqueteamento digital.



DIAGNÓSTICO

Clínico: assim como em outras helmintoses, a tricuríase pode ser identificada através do diagnóstico clínico, porém, sem um diagnóstico mais específico, exceto quando existe prolapso retal e vermes presentes.



Laboratorial: é o diagnóstico específico da tricuriase, geralmente realizado pela demonstração de ovos nas fezes do indivíduo.

Você Sabia?

Em alguns casos, o diagnóstico pode ser feito durante a realização do exame de colonoscopia, considerando que os parasitos podem ser facilmente visualizados aderidos à mucosa do intestino grosso.



TRATAMENTO

Devido à localização da infestação de parasitos ser no intestino grosso ou reto, algumas medicações podem não ser eficazes no tratamento da tricuriase, neste sentido, os fármacos que apresentam maior eficiência na terapia farmacológica são:



ENTEROBÍASE

Também conhecida popularmente como oxiuríase, é uma infecção causada por um parasito chamado Oxiúros ou *Enterobius Vermicularis*. É muito comum em crianças em idade escolar e adultos que cuidam de crianças ou pessoas com a infecção. É um parasito que se aloja na região do intestino grosso e reto dos indivíduos acometidos, além disso, seus ovos costumam ser depositados próximo ao ânus, fato que pode desencadear forte coceira na região.

Quando ocorre a irritação e posterior coceira localizada, o paciente tende a utilizar a mão para aliviar o sintoma indesejado. Diante disso, ele acaba por captar os pequenos ovos com as unhas e facilmente pode transmitir a infecção para outras pessoas, seja de maneira direta ou indireta, devido ao compartilhamento de roupas de cama, alimentos e outros veículos de transmissão.



SINTOMAS

Alguns pacientes podem não apresentar sintomas, entretanto, a maioria dos acometidos com enterobíase relatam sintomas, sendo a coceira ao redor do ânus o principal desconforto relatado. Em muitos casos, o desconforto anal oriundo da forte coceira pode ser tão intenso que o paciente acometido acorda no meio da noite para coçar, causando irritabilidade física e emocional, comprometendo a qualidade do sono.



Em casos mais extremos, o ato de coçar é tão agressivo que podem gerar ferida no local, fato que pode demandar cuidados médicos para tratamento. Em mulheres, a coceira pode migrar também para a região vaginal, podendo causar vaginite.

Além dos sintomas acima, podem ocorrer outras manifestações:

- Náuseas e vômitos;
- Dor abdominal;
- Vertigem;
- Alteração na frequência de evacuações;
- Alteração nas características das fezes;
- Insônia por conta do prurido anal;
- Crianças podem apresentar bruxismo e sonambulismo devido a irritabilidade, além de enurese.



DIAGNÓSTICO



Clínico: é um diagnóstico bastante facilitado quando existem sintomas específicos, como o prurido anal, especialmente durante a noite.

Complementar: é realizado através da observação de vermes adultos ao redor do ânus da pessoa acometida, em um período de duas a três horas após o paciente dormir. Os ovos podem ser obtidos com a utilização de fita adesiva transparente aderida nas pregas cutâneas que estão em volta da região anal (método de Graham), sendo este um procedimento que dependendo do especialista, pode ser repetido em outras ocasiões. Este é um método que difere dos principais utilizados na identificação de outros helmintos, considerando que o exame de fezes possui baixa taxa de identificação, com percentual entre 5 a 15% dos casos positivos, isso ocorre devido as fêmeas colocarem os ovos na região próxima ao ânus.

Você Sabia?

O método de Graham é o mais adequado para diagnosticar a enterobíase e a sua execução deve ser realizada da seguinte forma:



- É necessário um pedaço de fita adesiva transparente com tamanho de 8 a 10 cm;
- Com a parte adesiva voltada para fora, a fita deve ser colocada sobre o dedo indicador ou tubo de ensaio;
- Aplica-se a fita várias vezes na região perianal do paciente;
- Cola-se o pedaço de fita sobre uma lâmina de vidro;
- Com a utilização de microscópio, examina-se a lâmina com aumento de 10 e 40 vezes.
- Esse método deve ser realizado de preferência ao amanhecer, antes do indivíduo tomar banho.



TRATAMENTO

Consiste em um tratamento essencialmente farmacológico, que busca a eliminação do verme não restringindo apenas ao paciente acometido, mas também das pessoas de seu convívio, visto que a transmissão para outras pessoas é facilitada devido ao compartilhamento de roupas de cama e outros fômites. Neste sentido, os medicamentos mais utilizados e eficazes são:

Pomoato de pirantel: em apresentação líquida e comprimidos, com dose única de 10 mg/kg, tendo eficácia de 80 a 100%.

Albendazol: em apresentação líquida (suspensão contendo 40 mg/ml) e comprimidos de 200 mg. A dose indicada para tratamento em crianças de 2 anos ou mais é 100 mg em dose única, com eficácia próxima de 100%.

Ivermectina: apresentação em comprimidos de 6 mg, sendo indicado 200 µg/kg em dose única, com eficácia superior a 85%.



Você Sabia?

Todos os fármacos acima são contraindicados no caso de paciente gestante.

GIARDÍASE

É uma infecção muito comum em todo planeta, acometendo com maior frequência as crianças, estando diretamente relacionada a locais que possuem condições sanitárias precárias. É causada pelo protozoário *Giardia Duodenalis*, também conhecido como *Giardia Lamblia* ou *Giardia Intestinalis*.

SINTOMAS

Inclui desde indivíduos sem nenhum sintoma até pacientes com quadro de diarreia aguda e autolimitante, além disso, o paciente pode apresentar diarreia persistente e perda de peso.

Além dos sintomas citados, também pode ocorrer:

- **Dor abdominal;**
- **Gases;**
- **Náuseas e vômitos;**



- **Desidratação;**
- **Fadiga;**
- **Cólicas abdominais;**
- **Distensão abdominal.**

DIAGNÓSTICO

Clínico: em crianças, os sintomas mais importantes a serem analisados são a diarreia com esteatorreia, irritabilidade, perda de apetite, dor abdominal, entre outros. Apesar de



serem sintomas característicos da giardíase, é recomendado a comprovação via exames laboratoriais.

Laboratorial: através do exame de fezes, mediante a identificação de cistos e/ou trofozoítos.



TRATAMENTO

Atualmente, os principais fármacos utilizados no tratamento da infecção são: Metronidazol, Tinidazol, Secnidazol, Furazolidona, Albendazol e Nitazoxanida, a ação dessas drogas representa altas taxas de cura, sendo o Metronidazol o medicamento de escolha para o tratamento da Giardíase, sendo capaz de eliminar a infecção em 80 a 95% dos indivíduos acometidos.

Os esquemas terapêuticos mais empregados para giardíase são:

Metronidazol: para crianças a dose recomendada é de 15 a 20 mg/kg durante 7 a 10 dias consecutivos, por via oral. Para adultos a dose é de 250 mg, duas vezes ao dia.

Tinidazol: dose única de 1 g para crianças e 2 g para adultos.

Secnidazol: crianças com menos de 5 anos é recomendado 125 mg, duas vezes no período de 24 horas, durante 5 dias. Em adultos é dose única de 2 g, de preferência no período noturno, entre uma das refeições.

Furazolidona: para crianças recomenda-se 8 a 10 mg/kg por dia, durante 7 dias. Em adultos, a dose recomendada é de 400 mg em 24 horas, durante 7 dias.

Albendazol: recomenda-se a dose de 400 mg ao dia, durante 5 dias. Esse esquema não deve ser administrado em crianças com idade inferior a 2 anos.

Nitazoxanida: crianças a partir de 12 anos e adultos recomenda-se a dose de 500 mg. Crianças de 4 a 12 anos é recomendada a dose de 200 mg.

AMEBÍASE

É uma infecção causada pelo protozoário *Entamoeba Histolytica*, popularmente conhecida como disenteria amébrica ou ameba, que acomete o intestino grosso. O protozoário causador da amebíase costuma viver em ambientes que possuem condições inadequadas de higiene e saneamento básico, além disso, sua infecção ocorre com a ingestão de formas





ativas chamadas de trofozoítos, que se multiplicam e são capazes de provocar ulceração no intestino. Os cistos podem ser transmitidos de pessoa a pessoa ou através do consumo de água e alimentos contaminados ou ainda por via sexual, através do sexo oral-anal.

Existe uma diferenciação entre os tipos de amebas e elas distinguem-se uma das outras pelo tamanho do cisto e trofozoíto. Neste sentido, de acordo com estudos envolvendo populações ribeirinhas, as espécies de amebas mais prevalente nessas áreas são: Entamoeba Coli, Iodamoeba Butschlii, Endolimax Nana e Entamoeba Histolytica.

SINTOMAS

Em grande parte dos casos de amebíase não há sintomas, porém, quando eles surgem geralmente costuma ser entre 7 a 10 dias após a exposição ao protozoário. Dentre os sintomas mais frequentes, destacam-se:



- **Cólicas abdominais;**
- **Recorrente número de evacuações ao dia, sendo fezes pastosas com muco e sangue ocasional;**
- **Gases em excesso;**
- **Anemia;**
- **Abscesso no fígado;**
- **Febre e vômitos;**
- **Dor retal durante a evacuação;**
- **Perda de peso;**
- **Diarreia;**
- **Fadiga.**

DIAGNÓSTICO

Clínico: é realizado pelo clínico geral ou gastroenterologista através da avaliação de sintomas característicos da doença. Entretanto, devido aos sintomas da amebíase ser comum à várias doenças intestinais, o diagnóstico clínico pode apresentar viés.



Laboratorial: por conta das eventuais dificuldades na avaliação clínica, o diagnóstico de amebíase só deverá ser considerado definitivo pelo encontro do parasita nas fezes da pessoa acometida, através do exame parasitológico.

Você Sabia?



Em formas mais graves da doença, outras partes do corpo podem apresentar comprometimento, neste sentido, o médico pode solicitar a realização de exames complementares como ultrassom ou tomografia.



TRATAMENTO

Os fármacos mais utilizados para o tratamento da amebíase são:

1ª opção: Secnidazol 2 g em dose única para adultos. 30 mg/kg/dia via oral para crianças, não podendo esse número ser maior que 2 g diárias.

2ª opção: Metronidazol 500 mg, 3 vezes ao dia, durante 5 dias quando for paciente adulto. Em crianças o recomendado é 35 mg/kg/dia, dividida em 3 administrações, durante 10 dias.

3ª opção: Tinidazol 2 g, via oral para adultos após uma das refeições, pelo período de 2 dias.

4ª opção: Teclozam 1.500 mg/dia em dose única para adultos. Em crianças, a dosagem recomendada é 15 mg/kg/dia, durante 5 dias.

Foi utilizado como referência das patologias, curiosidades, diagnósticos, sintomas e tratamento de enteroparasitoses o livro de Parasitologia Humana 13ª Edição e o Guia de bolso de doenças infecciosas e parasitárias do Ministério da Saúde (NEVES, 2016; BRASIL, 2010).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COMBATE ÀS ENTERO PARASITOSE

CONDUTA DE ENFERMAGEM
FRENTE ÀS ENTEROPARASITOSE

CAPÍTULO 04



EDUCAÇÃO EM SAÚDE: **AÇÕES DE ENFERMAGEM** **NA PREVENÇÃO E CONTROLE** **EM ENTEROPARASIToses**



No capítulo 3 abordamos sobre as principais enteroparasitoses, sintomas, diagnóstico e tratamento. É válido ressaltar que a terapia medicamentosa tem como objetivo apenas a eliminação do parasita da pessoa, entretanto, para garantir um ambiente seguro e com uma maior qualidade de vida é necessário adotar medidas que sejam capazes de conter as infecções de determinada localidade (ANDRADE, et al., 2010; MOTTA.; FRANCO.; PAVANELLI, 2020).

A prevenção e controle de parasitoses intestinais estão além do setor de saúde pública, neste contexto, é crucial adotar medidas de contenção que envolva profissionais de diversos setores. No cenário da saúde ribeirinha, o enfermeiro



EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENTEROPARASIToses

exerce a função de liderança dentro das equipes da Estratégia Saúde da Família, pois é um profissional que possui expertise para gerir as atividades sob sua responsabilidade, atuando no desenvolvimento de ações capazes de reduzir e controlar agravos na área de abrangência, fato que o torna um personagem primordial nos objetivos desse manual (ARAÚJO, et al., 2010).

No enfrentamento das parasitoses é necessário que haja investimento financeiro, neste sentido, dentre os meios disponíveis para auxiliar nesse processo temos a educação em saúde, que é uma importante ferramenta de baixo custo que está à disposição da equipe de saúde, no entanto, para que ela apresente resultados positivos é imprescindível que a população participe ativamente do processo (ALBUQUERQUE, et al., 2013).

O público infantil em idade escolar representa a população acometida de maior destaque entre os afetados pelas doenças parasitárias intestinais. Diante





EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENTEROPARASIToses

deste panorama, a Atenção Primária à Saúde dispõe de estratégias para adentrar nas escolas e realizar atividades que estimulem a erradicação e controle desses agravos, dessas estratégias, uma que possui grande destaque é o Programa Saúde na Escola (PSE), cuja criação ocorreu no ano de 2007 (BRASIL, 2011d).

Os objetivos do PSE envolvem a realização de ações de prevenção e promoção da saúde dentro do ambiente escolar, além disso, a equipe de saúde da área em que a escola está instalada participa ativamente desse processo, sendo um braço para os profissionais de outros setores, reforçando a importância das parcerias intersetoriais no combate as enteroparasitoses.

Cuidados de Enfermagem ao Paciente com Enteroparasitoses

No cuidado aos usuários acometidos pelas doenças parasitárias intestinais, o enfermeiro exerce um papel decisivo e proativo na identificação das necessidades e medidas que visam a proteção indi-





EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENTEROPARASIToses

vidual e coletiva da comunidade, considerando que na maioria dos casos o cuidado no âmbito da Atenção Primária a Saúde tem como ênfase as ações de orientação e prevenção dessas patologias, além da promoção da saúde.

Em grande parte, os ribeirinhos apresentam baixo nível educacional, os próprios Agentes Comunitários de Saúde que atuam nessas áreas apresentam dificuldades em assimilar conteúdos mais específicos, como ministrar palestras simples sobre prevenção de parasitoses intestinais, tratamento da água, entre outros assuntos pertinentes ao contexto ribeirinho. Neste sentido, por atuar na liderança das equipes de saúde, considerando que a fixação de médicos nessas áreas ainda é um grande desafio, cabe ao enfermeiro construir o planejamento de atividades na comunidade, juntamente com os demais profissionais de saúde e de outros setores como a educação e social.





EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENTEROPARASIToses

Figura 12: Equipe de saúde em visita domiciliar compartilhada.



Fonte: Autoria própria.

A educação em saúde e orientações gerais são o maior aliado desse profissional para ter êxito em suas ações de prevenção e controle, neste contexto, abaixo segue a conduta não medicamentosa que pode ser utilizada para abordagem do usuário que reside nas comunidades ribeirinhas, com intuito de prevenir o surgimento de doenças parasitárias intestinais.





Conduta Não Medicamentosa

- ✓ Orientar a lavar bem os alimentos antes de consumi-los, além disso, utilizar solução de hipoclorito de sódio (2 gotas por litro de água) nos alimentos folhosos e manter eles de molho por pelo menos meia hora;
- ✓ Orientar a necessidade de manter a higiene das mãos antes das refeições e cada vez que usar o banheiro;
- ✓ Manter utensílios de cozinha limpos e lavados com sabão ou detergente;
- ✓ Evitar que animais adentrem os domicílios, principalmente nos ambientes em que são preparados os alimentos, também é importante higienizar as mãos sempre que tiver contato com animais;
- ✓ Utilizar hipoclorito de sódio para tratar a água que for consumir, caso não tenha acesso a essa substância, ferver a água é a melhor opção de tratamento;



EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENTEROPARASIToses

- ✓ Manter as unhas curtas, principalmente em crianças, que tendem a colocar a mão na boca com frequência, estando ou não limpa;
- ✓ Evitar cocar a região anal desnuda e levar as mãos à boca;
- ✓ Troque as roupas de cama frequentemente e permita que a luz do sol entre nos cômodos da casa durante o dia;
- ✓ Tomar banho e manter bons hábitos de higiene diariamente;
- ✓ Eliminar as fontes de infecção através do tratamento do paciente e de todos os membros da família.

As condutas acima foram adaptadas do Protocolo de Enfermagem: Atenção à demanda espontânea da Prefeitura Municipal de Catanduva-SP. Todas as orientações podem ser vistas em forma de flyer educativo (Figuras 13, 14, 15 e 16), que através dos respectivos QRCODES podem ser acessadas, impressas e replicadas para utilização nas atividades de educação em saúde na escola e comunidade ribeirinha.

Figura 13: Conduas educativas não medicamentosas.

CONDUTAS NÃO MEDICAMENTOSAS PARA C O N T R O L E DE ENTEROPARASITOSE



REALIZAR TRATAMENTO DA
ÁGUA COM **HIPOCLORITO
DE SÓDIO** (2 GOTAS A
CADA LITRO DE ÁGUA)

CASO NÃO TENHA ACESSO
A ESSA SUBSTÂNCIA,
**FERVER A ÁGUA É A
MELHOR OPÇÃO.**

**MANTER AS UNHAS CURTAS,
PRINCIPALMENTE EM
CRIANÇAS, QUE TENDEM
COLOCAR A MÃO NA BOCA
COM FREQUÊNCIA**

**EVITAR COÇAR A REGIÃO
ANAL DESNUDA E LEVAR AS
MÃOS A BOCA**



**É FUNDAMENTAL TOMAR
BANHO E MANTER BONS
HÁBITOS DE HIGIENE
DIARIAMENTE**

TROQUE AS ROUPAS DE
CAMA FREQUENTEMENTE E
PERMITA QUE A LUZ DO
SOL ENTRE NOS CÔMODOS

Figura 14: Condutas educativas não medicamentosas.

CONDUTAS NÃO MEDICAMENTOSAS PARA CONTROLE DE ENTEROPARASITOSE

**DESCARTE O LIXO
EM LIXEIRAS OU
EM LOCAIS
ADEQUADOS**



**EVITE
FAZER COCÔ
PERTO DE RIOS
E LAGOS**

**SEMPRE
FAÇA SUAS
NECESSIDADES NO
VASO SANITÁRIO
OU FOSSA**



Figura 15: Conduitas educativas não medicamentosas.

CONDUTAS NÃO MEDICAMENTOSAS PARA C O N T R O L E DE ENTEROPARASITOSE



**MANTER
O BANHEIRO
E A CASA
SEMPRE LIMPA**

EVITAR DEIXAR PANELAS COM COMIDAS AO AR LIVRE



**LIMPAR
O QUINTAL
DAS CASAS
REGULARMENTE**

Figura 16: Conduas educativas não medicamentosas.

CONDUTAS NÃO MEDICAMENTOSAS PARA C O N T R O L E DE ENTEROPARASITOSE

**LAVAR BEM OS ALIMENTOS
ANTES DE CONSUMI-LOS.**

UTILIZAR SOLUÇÃO DE HIPOCLORITO DE SÓDIO
(DUAS GOTAS POR CADA LITRO DE ÁGUA)



**MANTER AS MÃOS
HIGIENIZADAS ANTES DAS
REFEIÇÕES E CADA VEZ QUE
USAR O BANHEIRO**

MANTER UTENSÍLIOS DE COZINHA LIMPOS E LAVADOS COM SABÃO OU DETERGENTE

EVITAR QUE ANIMAIS ADENTREM OS DOMICÍLIOS, PRINCIPALMENTE NOS AMBIENTES EM QUE SÃO PREPARADOS OS ALIMENTOS.

TAMBÉM É IMPORTANTE
HIGIENIZAR AS MÃOS SEMPRE QUE
TIVER **CONTATO COM OS ANIMAIS**





Atividades lúdicas para serem realizadas no âmbito escolar junto com o PSE

Para trabalhar com o público infanto-juvenil é primordial que se utilize linguagem lúdica e de fácil entendimento, além disso, poderão ser utilizados fantoches, personagens infantis, peças teatrais com histórias de fabulas adaptadas para que alcance satisfatoriamente o público, garantindo que o repasse da informação em forma de educação em saúde seja satisfatória.

Geralmente os municípios contam em seu plantel de serviços de educação em saúde com o Núcleo de Educação em Saúde (NES), setor responsável por organizar junto aos demais setores as atividades de promoção da saúde no âmbito escolar e comunidade, além disso, os profissionais desses locais também confeccionam fantoches, bonecos, jogos educativos, entre outros artifícios que sejam capazes de alcançar as crianças e adolescentes que estão na escola. Neste contexto, abaixo





EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENTEROPARASIToses

segue alguns modelos desses itens confeccionados em um município do interior do Amazonas para que sirva de incentivo a eventual replicação envolvendo a temática das doenças parasitárias intestinais (Figura 17 e 18).

Figura 17: Itens utilizados em atividades educativas.



Fonte: Autoria própria.

Figura 18: Itens utilizados em atividades educativas.



Fonte: Autoria própria.



Hipoclorito de sódio no tratamento da água

As comunidades ribeirinhas da região Amazônica não possuem saneamento básico e coleta do esgoto, por não haver poços artesianos, grande parcela delas utiliza a própria água do rio para consumo e preparo dos alimentos. A água utilizada geralmente está contaminada, considerando que o descarte de dejetos e demais impurezas é feito diretamente nas águas, diante deste panorama, assim como a educação em saúde, o tratamento adequado da água torna-se um grande desafio na prevenção e controle de doenças parasitárias intestinais.

Os ACS presentes em comunidades ribeirinhas recebem regularmente o composto hipoclorito de sódio, que é utilizado para o tratamento da água de consumo, no entanto, a maioria dos profissionais responsáveis pela distribuição desse item não orienta sobre o adequado uso, ocasionando uma incorreta



EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENTEROPARASIToses

medida de prevenção (COURA, et al., 1993; GUIMARÃES, et al., 2020).

Considerando esses fatores, durante a visita domiciliar é recomendado nas orientações sempre conversar com o usuário sobre a quantidade ideal de gotas, visto que é cultural nas residências ribeirinhas a presença do famoso filtro de barro (popularmente conhecido como “pote”), utilizado para guardar a água que será consumida, entretanto, esses recipientes não possuem medida correta sobre a quantidade de litros que suporta, variando de tamanho e forma.

Figura 19: Banheiro comum em comunidades ribeirinhas.



Fonte: Autoria própria.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE: AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE ENTEROPARASIToses

De acordo com essa problemática, na abordagem do profissional com usuário é fundamental que solicite ou leve uma garrafa plástica na dosagem de 2 litros, com intuito de ensinar corretamente a maneira de tratar a água, mesmo que o indivíduo tenha um filtro de barro (Figura 21) em casa, neste caso, para facilitar o ensinamento é recomendado que sempre que for encher o filtro realize antes o tratamento em garrafas menores de 2 litros, para que a água consumida esteja realmente tratada e livre de coliformes e outros meios que prejudiquem a saúde. Além das recomendações citadas, é primordial que se espere no mínimo 30 minutos após a administração das gotas para que seja realizado o consumo da água.

Figura 20: ACS ensinando a utilização correta do hipoclorito de sódio.



Fonte: Autoria própria.



Figura 20: Filtro de barro tradicional em comunidades ribeirinhas.



Fonte: Autoria própria.

Conduta do enfermeiro frente ao usuário com enteroparasitose

De acordo com o que foi abordado neste manual, a seguir temos um fluxograma elaborado para que os enfermeiros público-alvo da tecnologia em saúde possam agir frente a um usuário ribeirinho que esteja com sinais e sintomas de enteroparasitoses (Figura 22). O objetivo desse item é facilitar o fluxo na rede de atenção à saúde, de modo que o usuário seja atendido conforme a gravidade em que se encontra e no menor tempo hábil possível. Ressaltando que esse mesmo fluxograma está disponível no QRCODE e poderá ser replicado conforme necessidade.

FLUXOGRAMA PARA PACIENTE RIBEIRINHO COM ENTEROPARASITOSE

USUÁRIO RELATOU SINTOMA CARACTERÍSTICO DE
INFECÇÃO POR HELMINTOS OU PROTOZOARIOS

REALIZAR ANAMNESE E EXAME FÍSICO

APRESENTA SINAIS DE GRAVIDADE?

NÃO

SIM

PROVIDENCIAR
AVALIAÇÃO
MÉDICA
IMEDIATA

AGENDAR CONSULTA NA
UBS RIBEIRINHA PARA
AVALIAÇÃO E CONDUTA

HOVE MELHORA
DOS SINTOMAS?

NÃO

SIM

SOLICITAR EXAME
PARASITOLÓGICO DE FEZES E
AGENDAR CONSULTA MÉDICA
PARA NOVA AVALIAÇÃO

DAR ALTA AO
PACIENTE COM
REFORÇO DAS
ORIENTAÇÕES
DE HIGIENE
INDIVIDUAL E
COLETIVA

SINAIS DE GRAVIDADE

- PRESENÇA OU RELATO DE PARASITAS EM CAVIDADE ORAL OU NASAL
 - DISTENSÃO ABDOMINAL IMPORTANTE E/OU AUSÊNCIA DE RUÍDOS INTESTINAIS
 - DOR ABDOMINAL INTENSA

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.C.P.A., et al. Educação em saúde: uma ferramenta para a prevenção e controle de parasitoses. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 11, n. 2, p. 300-310, 2013.

ANDRADE, E.C., et al. Parasitoses Intestinais: uma revisão sobre seus aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos terapêuticos. Revista de Atenção Primária à Saúde. Juiz de Fora, 2010.

ARAÚJO, J.S.F., et al. A liderança do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.490, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

///.\\: REFERÊNCIAS ///.\\:.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, A.G.; CHAVES, J. V. Seguro defeso: diagnóstico dos problemas enfrentados pelo programa. Brasília: Ipea, 2014.

COURA, J.R., et al. Aspectos epidemiológicos, sociais e sanitários em áreas do Médio Solimões. I. Estudo nas localidades de São Francisco do Laranjal, Aranaí e São Lázaro do Surubim, Município de Coari, Amazonas. Ana Acad Nac Med. 1993 jun-set;153(3):122-6.

DIEGUES, A.C., et al. Os Saberes Tradicionais e a Biodiversidade no Brasil. 1ª ed. São Paulo: Probio-MMA, 2000; 211p.

REFERÊNCIAS

DOLZANE, R.S.; SCHWEICKARDT, J.C. Atenção básica no Amazonas: provimento, fixação e perfil profissional em contextos de difícil acesso. Trabalho, Educação e Saúde, 2020; 18(3).

EL KADRI, M.R., et al. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. Interface (Botucatu). 2022.

FRAXE, T.J.P., et al. Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA; 2007.

GAMA, A.S.M, et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2018.

GAMA, A.S.M. Automedicação em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões, Amazonas. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto). Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2016; 115 p.

GAMA, A.S.M., et al. Padrões de consumo alimentar nas comunidades ribeirinhas da região do médio rio Solimões -Amazonas -Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 27, n. 7, p. 2609-2620, jul. 2022. FapUNIFESP (SciELO).

GOMES, K.M., et al. Anemia e parasitoses em comunidade ribeirinha da Amazônia brasileira. Rev Bras Anal Clin, v. 48, n. 4, p. 389-93, 2016.

///.\\: REFERÊNCIAS ///.\\:.

GUIMARÃES, A.F., et al., Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. Rev Pan Amaz Saude, 2020; 11.

JARDIM, C.M. Do rural ao urbano: abordagens sobre as mudanças nos padrões alimentares de moradores de áreas de assentamentos rurais do Amazonas [tese]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2018.

JERNIGAN, J.; GUERRANT, R.L.; PEARSON, R.D. Parasitic infections of the small intestine. Gut. 35, 289-293, 1994.

MEDINA, M.G., et al. Programa Mais Médicos: mapeamento e análise da produção acadêmica no período 2013-2016 no Brasil. Saude Debate. 2018 set;42(esp):346-60.

MOTTA, J.L.; FRANCO, S.F.; PAVANELLI, MF. Comparação do perfil epidemiológico entre indivíduos parasitados de Campo Mourão e Peabiru, Paraná. Saúde em Redes, v. 6, n. 1, p. 143-153, 2020.

NEVES, D.P. Parasitologia Humana 13 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2016.

PAULA, I.R., et al. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba, Minas Gerais. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.152-164, 2015.

REFERÊNCIAS

PORTUGAL, J.K.A., et al. Promoção da saúde entre ribeirinhos de um município do Amazonas entre os anos de 2017 a 2019. In SAÚDE EM FOCO: TEMAS CONTEMPORÂNEOS-VOLUME 3 (Vol. 3, pp. 541-550). Editora Científica Digital, 2020.

REIS, M.H.S., et al. Ações de saúde em populações ribeirinhas no interior do estado do Amazonas: Relato de experiência. In: Schweickardt JC, Atenção Básica na região amazônica: Saberes e práticas para o fortalecimento do SUS. Porto Alegre: Rede Unida, 2009; 171-181.

REIS, M.H.S., et al. O impacto do advento de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial na assistência aos povos ribeirinhos do Amazonas. Revista eletrônica Acervo Saúde, 2020; Sup.53; e3631.

SANTOS, F.S, et al. Prevalência de enteroparasitismo em crianças de comunidades ribeirinhas do Município de Coari, no médio Solimões, Amazonas, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2010.

SILVA, B.R., et al. Assistência de Enfermagem a crianças ribeirinhas com parasitoses na Amazônia: Revisão integrativa de literatura. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 10, n. 5, pág. e34010515010-e34010515010, 2021.

REFERÊNCIAS

SILVA, C.R., et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017.

SILVA, E.F., et al. Enteroparasitoses em crianças de áreas rurais do município de Coari. *Revista de Patologia Tropical/Journal of Tropical Pathology*, v. 38, n. 1, p. 35-44, 2009.

SILVA, E.F., et al. Parasitoses intestinais em crianças residentes na comunidade ribeirinha São Francisco do Laranjal, município de Coari, estado do Amazonas, Brasil. *Revista de Patologia Tropical/Journal of Tropical Pathology*, v. 41, n. 1, 2012.

SOUSA, I.S. As condições de vida e saneamento nas comunidades da área de influência do gasoduto Coari-Manaus em Manacapuru – AM. *Hygeia*. 2009; 5(9): 88-98.

TONHÁ, A.C.M., et al. Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 17, p. 244-245, abr.-jun. 2015. DOI: 10.5216/ree.v17i2.29422.

VERAS, K.B., et al. Impacto do programa mais médicos na atenção básica: uma análise de literatura. *Rev Interdisciplin Saude*. 2018 abr-jun;5(2):294-309.

MANUAL EDUCATIVO

**— ORIENTAÇÕES —
DE PREVENÇÃO
E CONTROLE DE
ENTEROPARASITOSE
PARA ENFERMEIROS
— QUE ATUAM JUNTO A —
POPULAÇÕES
RIBEIRINHAS NA
— AMAZÔNIA —**



MARCELO HENRIQUE DA SILVA REIS & ABEL SANTIAGO MURI GAMA