



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

FLÁVIA DA SILVA

**PARASIToses INTESTINAIS NA INFÂNCIA: UMA
BREVE REVISÃO DE LITERATURA**

ARIQUEMES – RO

2012

Flávia da Silva

**PARASITOSSES INTESTINAIS NA INFÂNCIA: UMA
BREVE REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de bacharel em Farmácia.

Prof. Orientador: Ms. Nelson Pereira da Silva Junior

Prof^a Co-orientadora: Esp. Lilian Cristina Macedo

ARIQUEMES – RO

2012

Ficha Catalográfica elaborada pela bibliotecária Elaine de Oliveira Machado CRB11/848, na Biblioteca “Júlio Bordignon”, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA em Ariquemes/RO.

615.696

S586p

SILVA, Flávia da

Parasitoses intestinais na infância: uma breve revisão de literatura. / Flávia da Silva – Ariquemes: [s.n], 2012.

43 f.il .; 30cm.

Monografia de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Orientador: Prof.º Ms. Nelson Pereira da Silva Junior.

1. Parasitoses intestinais 2. Protozoários 3. Helminhos 4. Enteroparasitoses I. SILVA, Flávia da. II. Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. III. Parasitoses intestinais na infância: uma breve revisão de literatura.

Flávia da Silva

**Parasitoses intestinais na infância: Uma breve revisão
de literatura**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de bacharel em Farmácia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador: Ms. Nelson Pereira da Silva Junior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Ms. Fábila Maria Pereira de Sá
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Esp. Cláudia Santos Reis
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, _____ de junho de 2012.

A minha Mãe Neuza, que muitas vezes sacrificou seus sonhos para realizar os meus. Por ter acreditado e apoiado durante toda essa jornada.

AGRADECIMENTOS

A toda minha família.

A professora Lilian Cristina Macedo, pessoa especial que é, por ter paciência, tolerância, calma e sabedoria ao lidar comigo nas horas que eu mais precisei. Por não deixar de responder meus emails, por compartilhar sua sabedoria e conhecimento do mundo científico.

Aos membros da banca examinadora pelas correções sugeridas.

Ao meu namorado e futuro esposo, que sempre acreditou e me deu muita força, sem sua preciosa companhia não teria conseguido.

Aos meus Amigos que fizeram parte dessa jornada de quatro anos meio.

*“Um homem sem vermes é um
homem morto.”*

M. L. Cavaracoc

RESUMO

As parasitoses constituem um grave problema de saúde pública, tornando fator principal de debilidade para os infantis, já por muitas vezes vem acompanhado de quadro patológico; afetando o desenvolvimento físico e mental dessas crianças. No presente trabalho objetivou-se formular uma breve abordagem com base na literatura sobre as principais parasitoses intestinais mais frequentes na infância. Trata-se de uma revisão de literatura, tomado como apoio livros e periódicos científicos. Relaciona-se o hábito da criança ao aparecimento da infecção e etiologia parasitária, como abordagem terapêutica, os medicamentos mais indicados são os anti-helmínticos derivados dos benzimidazóis e os anti-protozoários, derivados dos nitroimidazólicos. As parasitoses intestinais mais comuns: ascaridíase, ancilostomíase, esquistossomose, teníase, estrogiloidíase, giardíase e amebíase.

Palavras-chave: Parasitoses Intestinais, Protozoários, Helmintos, Enteroparasitoses.

ABSTRACT

Parasitic infections are a serious public health problem, Making key factor of weakness for children, already many times is followed by pathological findings; affecting the physical and mental development of children. The present study had the objective to formulate a brief overview based on literature on the main intestinal parasites most frequently in infancy. it is a literature review, building upon books and journals. Relates to the habit of the child to the onset of infection and parasitic etiology, as a therapeutic approach, medicines are the most suitable anti-helminticos the benzimidazole derivatives and anti-protozoa, nitroimidazole derivatives. The most common intestinal parasite ascaris, hookworm, esquistosoma, taeniasis, strongyloidiasis, amebiasis and giardiasis.

Keywords: Intestinal Parasitosis, Protozoa, Helminths, Enteroparasitosis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 PARASITOS INTESTINAIS: PROTOZOÁRIOS E HELMINTOS.....	14
4.2 PARASIToses INTESTINAIS NO BRASIL	15
4.3.1 Ascaridíase	16
4.3.2 Ancilostomíase	18
4.3.3 Esquistossomose	19
4.3.4 Teníase	20
4.3.5 Estrongiloidíase	21
4.3.6 Giardíase	22
4.3.7 Amebíase	24
4.3 ABORDAGEM TERAPÊUTICA DAS PARASIToses INTESTINAIS	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

INTRODUÇÃO

O parasitismo é uma relação direta entre o hospedeiro, o parasita e o meio ambiente. O parasito vive à custa do hospedeiro, numa dependência de nutrientes e abrigo e na maioria das vezes com a separação de ambos, o parasita morre. O hospedeiro como consequência pode desenvolver quadros patológicos. (SILVA; SANTOS, 2001; NEVES, 2005).

As parasitoses intestinais, ditas enteroparasitoses, levam a quadros como o sangramento intestinal, complicações expressivas, como obstrução intestinal, formação de abscessos e pro lapso retal. Dentre as principais parasitoses humanas, as enteroparasitoses ainda constituem um dos mais sérios problemas de saúde pública, apresentando uma gravidade maior em virtude da falta de política para uma educação sanitária. (SILVA; SANTOS, 2001, MONTANHOLI et al., 2008; SANTOS; MERLINI, 2010; VISSER et al., 2011).

Em comunidades de classe social baixa, a maioria dos exames parasitológicos de fezes é positiva para vários parasitos quando comparados com pacientes de classe média alta (SANTOS; SANTOS; SOARES, 2007).

Dentre os agentes causadores das enteroparasitoses estão os protozoários e os helmintos. Parasitos que estabelecem seus ovos, larvas ou cistos junto com as fezes e deste modo podem contaminar o meio ambiente. Neste contexto a dispersão destes elementos pode ocorrer pela poeira, água, alimentos ou qualquer agente que atue como dispersor. (PEDROSO; SIQUEIRA, 1997; NEVES, 2005).

São destacadas neste contexto, com maior prevalência: Ascariíase, Tricuríase, Enterobíase, Ancilostomose, Amebíase e Giardíase. (SANTOS, 2001; BAPTISTA et al. 2006; PARDO et al., 2010; SILVA ; VISSER et al., 2011).

A doença parasitária influi negativamente também no crescimento físico e intelectual, por *déficit* orgânico principalmente em crianças. (MONTANHOLI et al., 2008). Ainda de acordo com Melo, Ferraz e Aleixo (2010), crianças parasitas por helmintos em idade escolar têm comprometimento grave nos desenvolvimentos físico e mental.

As parasitoses intestinais são muito frequentes na infância, principalmente em pré-escolares e escolares, onde o contato pessoa-pessoa é frequente e a higiene é

de difícil manutenção, sua transmissão é constante (MACHADO et al., 1999; MAMUS et al., 2008; MANFROI; STEIN; CASTRO-FILHO, 2009; MELO; FERRAZ; ALEIXO, 2010).

O Ministério da Saúde (2005) editou o Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses objetivando definir estratégias para o controle, através de informações sobre prevalência, morbidade e mortalidade causadas ou associadas às enteroparasitoses.

Este trabalho se justifica pois de acordo com Manfroi, Stein e Castro-Filho (2009), o parasitismo intestinal, embora constitua tema relevante para a saúde pública e epidemiologia, tem insuficiente produção bibliográfica, especialmente no Brasil, o que faz com que não se conheça as reais consequências na população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Abordar através de breve revisão de literatura as parasitoses intestinais na infância.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever os principais parasitos intestinais na infância;
- ✓ Abordar a terapêutica das parasitoses intestinais

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada no período compreendido de outubro de 2011 a junho de 2012. Para tal, tomamos como apoio livros e periódicos científicos, disponíveis gratuitamente na *Internet* e na biblioteca “Julio Bordignon”, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA). A busca de artigos científicos nos bancos de dados foi realizada utilizando palavras-chave, a saber: parasitoses intestinais, enteroparasitoses, helmintos, protozoários, parasitos. A busca nos bancos de dados da Bireme e Scielo, através das fontes Lilacs e Medline.

Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram de estudos que explicassem e discutissem a problemática das parasitoses intestinais na infância. Foram excluídos estudos que abordavam outros fatores não relacionados ou pertinentes ao tema.

Dentro da literatura consultada, foi utilizado um total de 92 referências.

Destas 92 compreendem 08 livros, 74 artigos e 12 de outras referências como material de sites e cadernos oficiais do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e produções acadêmicas (dissertações e teses).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PARASITOS INTESTINAIS: PROTOZOÁRIOS E HELMINTOS

Os parasitos intestinais são frequentemente encontrados em aproximadamente um bilhão de pessoas em todo o Planeta e as principais espécies são: *Ascaris lumbricóides*, *Trichuris trichiura*, *Necator americanus* e *Ancylostoma duodenale*. (FERREIRA; FERREIRA; MONTEIRO, 2000).

No continente americano, aproximadamente 200 milhões de indivíduos albergam alguma espécie de parasito intestinal, sendo que até 1985 os helmintos foram considerados responsáveis por dez mil mortes por ano. (APT, 1987). Em um estudo feito por Sánchez-Véga et al. (2000), no México, os índices de enteropositoses encontrados foram altos, onde 100% dos indivíduos que compuseram o grupo de estudo estavam parasitados.

Estes parasitos apresentam-se distribuídos de forma extensa nos diversos estados brasileiros, estando presentes em zonas urbanas e rurais. Geralmente, sua incidência está relacionada às más condições socioeconômicas. (PESSOA, 1963; VINHA, 1965).

Segundo a literatura os parasitas se classificam como: parasitas internos, que vivem dentro do corpo do hospedeiro (endoparasito), parasitas externos, vivendo externamente ao corpo do hospedeiro (ectoparasito) e o que parasita outro parasito (hiperparasito). Desse modo, os parasitas dependem de outros seres vivos, que por alguma razão tornaram-se seus hospedeiros muito involuntariamente, eventualmente os seres humanos, onde o parasita é o agressor e o hospedeiro é o que alberga o parasito. (REY, 2002; NEVES, 2005).

Os protozoários de hábitos parasitários representam um grande conjunto de organismos unicelulares que para sobreviver realizam todas as funções mantenedoras da vida em seu hospedeiro. Multiplicam-se rapidamente, podendo resultar em doenças graves se não combatidos. (CIRMEMAN; CIRMEMAN, 2005; NEVES, 2005).

Morfologicamente os protozoários variam, podendo ser ovóides, esféricos, estrelados e de contornos bizarros. São distribuídos nos filos: *Sarcomastigophora*, *Apicomplexa*, *Ciliophora*, *Microspora*, *Labyrinthomorpha*, *Ascestospora* e *Myxospora*. (CIMERMAN; CIMERMAN, 2005; NEVES, 2005).

Os helmintos são vermes morfológicamente filiformes, com simetria bilateral. Neste grupo incluem as espécies de vida parasitária, distribuídas nos filos: *Platyhelminthes*, *Nematoda* e *Acanthocephala*. O homem é o hospedeiro definitivo e específico para várias espécies de helmintos, possibilitando que estes se desenvolvam, atinjam maturidade e se instalem em localizações anatômicas características, comumente o intestino. (NEVES, 2005)

4.2 PARASIToses INTESTINAIS NO BRASIL

As parasitoses intestinais ou enteroparasitoses são infestações causadas por protozoários e helmintos, os quais, em pelo menos uma das fases do seu ciclo evolutivo, localizam-se no aparelho digestor do homem, podendo desencadear diversas alterações no estado físico, psicossomático e social, principalmente em crianças de classe social mais baixa, responsáveis por altos índices de morbidade. Representam um grave problema de saúde pública no Brasil e em países em desenvolvimento, onde o crescimento populacional não é acompanhado da melhoria das condições de vida da população. (FERREIRA et al., 2004; FERREIRA; ANDRADE, 2005).

Os enteroparasitos podem causar inúmeros danos aos seus portadores, hospedeiros, quais incluem obstrução intestinal, quadros de desnutrição e diarreicos e má absorção nutricional. (NEVES, 2005)

No Brasil, a frequência de infecção, varia de acordo com a região e com a população considerada. (SATURNINO et al., 2003).

Segundo Barroso et al. (2005), o Estado de Rondônia apresentou até 2005 uma das mais elevadas taxas de internação por diarreias do Brasil, desencadeadas por parasitoses intestinais, com 730 internações por 100.000 habitantes, superando a média nacional com taxa de 544 e 515 internações por 100.000 habitantes. A capital Porto Velho apenas em 2004 apresentou elevada proporção de internações hospitalares causadas por doenças infecciosas e parasitárias com 11,1%, enquanto que a média brasileira apresentava 8,4%.

As parasitoses intestinais helmínticas mais frequentes no Brasil estão representadas por ascaridíase, ancilostomíase e tricuriase (Quadro 1). Já quando se consideram protozoários as parasitoses intestinais mais frequentes são giardíase e amebíase (Quadro 2). (FERREIRA; FERREIRA; MONTEIRO, 2000; REY, 2001).

Quadro 1 - Enteroparasitoses e agentes etiológicos helmínticos

Parasitose	Espécie
Ascaridíase	<i>A. lumbricoides</i>
Enterobíase	<i>E. vermicularis</i>
Tricuríase	<i>T. trichiura</i>
Ancilostomíase	<i>A. duodenale</i>
Esquistossomose	<i>S. mansoni</i>
Himenolépiase	<i>H. nana</i>
Teníase e/ou Cisticercose	<i>T. saginata</i> e <i>T. solium</i>
Estrongiloidíase	<i>S. stercoralis</i>

Fonte: Cimerman e Cimerman (2005); Neves (2005).

Quadro 2 - Enteroparasitoses e agentes etiológicos protozoários

Parasitose	Espécie
Giardíase	<i>Giardia intestinalis</i> , <i>G. duodenalis</i> , <i>G. lamblia</i>
Amebíase	<i>Entamoeba histolytica</i> , <i>E. díspar</i> , <i>E. coli</i> , <i>E. gingivalis</i> , <i>Endolimax nana</i> , <i>Iodamoeba butschlii</i> , <i>Dientamoeba fragilis</i>
Sarcocistose	<i>Sarcocystis hominis</i> , <i>S. suihominis</i>
Isosporose	<i>Isospora belli</i>
Criptosporidiose	<i>Cryptosporidium parvum</i>
Balantidiose	<i>Balantidium coli</i>

Fonte: Neves (2005).

De acordo com Manfroi, Stein e Castro-Filho (2009), as parasitoses intestinais mais frequentes em crianças são: ascaridíase, Ancilostomíase, Esquistossomose, Teníase, Estrongiloidíase, Giardíase e Amebíase.

4.3.1 Ascaridíase

A ascaridíase é uma infecção que se não tratada e pode levar a quadros clínicos muito graves e mesmo a morte. Esta infecção é causada pelo parasito *Ascaris lumbricoides* que parasita o intestino delgado de humanos e de suínos.

(NEVES, 2005). Este parasito é de distribuição comospolita, vulgarmente denominado lombriga é o maior parasito intestinal do homem, também o mais comum e encontrado em todas as idades. (CIMERMAN, CIMERMAN, 2005; SOUZA; LUCCA; ANIBAL, 2006).

O ser humano pode se infectar através de ingestão água e alimentos contaminados com ovos contendo larvas infectantes, sendo na infância mais aptos à infecção devido a hábitos higiênicos precários, da ausência de imunidade e da dependência de cuidados alheios. (BEZERRA et al. 2003).

O helminto *A. lumbricoides* é um dos mais prevalentes em todo o mundo. (COSTA-MACEDO; COSTA; ALMEIDA, 1999, LODO et al. 2010). Foi constatado que em torno de 600 mil a 1 bilhão de pessoas no mundo se encontravam contaminadas até 2008 por *A. lumbricoides* e que cerca de 20 mil vinham a óbito por ano devido a esta infecção. (INNOCENTE; OLIVEIRA; GEHRKE, 2008).

A presença deste parasito está relacionada a fatores como baixo nível sócio econômico, difíceis condições de saneamento básico, falta de higiene pessoal. Os ovos desses helmintos são viáveis no solo durante dias ou anos, quando em condições adequadas de temperatura e umidade, aceitam que a residência funciona como foco de infecção e reinfecção. (REY, 2001; INNOCENTE; OLIVEIRA; GEHRKE, 2008).

No processo infeccioso, quando ingeridos pelo hospedeiro os ovos infectantes de *A. lumbricoides* eclodem no intestino delgado. As larvas que atravessam a parede intestinal alcance a veia cava inferior e migrem para os alvéolos pulmonares, então árvore brônquica e traqueia, até a faringe. Podem ser ejetadas pela expectoração ou serem ingeridas, sendo outra vez encontradas em estágio de adulto-jovem no intestino delgado onde iniciarão a postura de novos ovos. As larvas em infecções menores geralmente não causam nenhuma alteração já em infecções maciças podem causar lesões hepáticas e pulmonares. Os vermes adultos, dependendo da carga parasitária, podem causar graves alterações como a subnutrição, ação espoliadora e obstrução intestinal. (NEVES, 2005)

A maior parte das infecções por *A. lumbricoides* abrange baixo número de parasitos adultos e é assintomática. (SILVA et al., 2011).

Ações mecânicas e tóxicas que desencadeiam no organismo do hospedeiro a ação patogênica das larvas e vermes adultos do parasito, esta incluída diretamente com seu número e localização. As ações traumáticas e espoliativas são menos

significativas. Infecções espessas por larvas durante a migração pulmonar podem causar uma infecção distinta por febre, bronquite, tosse, manifestações alérgicas, eosinofilia, conhecida como Síndrome de Loeffler, comum na infância. (ANDRADE et al., 2010).

As mais bruscas implicações da infestação por *A. lumbricoides* são aquelas que precisam de intervenção cirúrgica, particularmente obstrução intestinal. O diagnóstico para esta infecção deve ser precoce e o tratamento eficaz. (TORRES et al., 1998; FERREIRA; LALA; MONTEIRO, 2006).

4.3.2 Ancilostomíase

Dentre mais de 100 espécies de ancilostomídeos descritas, apenas três são agentes etiológicos da ancilostomose ou ancilostomíase humana: *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus* e *A. ceylanicum*. (UECKER et al., 2007).

A ancilostomíase é habitualmente conhecida como doença do amarelo devido à presença de pronunciada anemia, seu principal sintoma. (BATES; McKEW; SARKINFADA, 2007; ANDRADE et al., 2010). Este sintoma é devido à ação hematofágica do verme, acarretando ausência de ferro e a hipoproteïnemia distinguindo a fase crônica da doença. (REY, 2001; CANTOS; DUTRA; KOERICH, 2003).

O acometimento intestinal desta infecção é acompanhado de dor epigástrica, ânsias, vômitos e diarreia, às vezes sanguinolenta ou constipação. Pode ocasionar coceira intensa, crises alérgicas, especialmente quando há grau de deficiência alimentar. (NEVES, 2005).

É uma infecção humana de maior ocorrência na infância, no processo infeccioso as crianças se infectam através da ingestão de ovos. (ROCHA et al., 2008).

Com a eliminação das fezes do hospedeiro com ovos e larvas de *Ancylostoma*, um dos principais agentes etiológicos da ancilostomíase, em praças públicas, pode ainda levar a outros quadros como a Larva migrans visceral e Larva migrans cutânea, ou simplesmente bicho-geográfico. (ARAÚJO et al., 1999).

Diversos testes imunológicos e sorológicos (precipitação, hemaglutinação, fixação do complemento, difusão em gel, floculação de látex, imunofluorescência e

ELISA) confirmam reações intercedidas por antígenos dos vermes, mas não têm sido empregados na prática. (TAKAYANAGUI; LEITE, 2001).

4.3.3 Esquistossomose

A esquistossomose é um tipo de doença produzida por vermes do gênero *Shistosoma*, como: *S. mansoni*, *S. baematobium*, *S. japonicum*, *S. mekongi* e *S. intercalatum*. (CIRMERMAN; CIRMERMAN, 2005).

A doença no Brasil é antiga e originada da espécie *S. mansoni*, a única encontrada nesta região. (CIRMERMAN; CIRMERMAN, 2005). O Ministério da Saúde estima que no Brasil, existam em torno de 2,5 milhões de pacientes com *S. mansoni*. (BRASIL, 2005).

O ciclo biológico desse parasito é originado dos ovos, provenientes do dejetos do hospedeiro, que é o ser humano infectado. Estes dejetos são depositados na água de rios, contaminadas. (RIBEIRO et al., 2004).

A fêmea deposita em torno de 400 ovos diários tanto na corrente sanguínea quanto em órgãos como fígado e intestino humano e pode permanecer neste local por 5 a 30 anos. (PORDEUS, 2006).

A maior parte das crianças infectadas pode permanecer sem sintomas, tudo depende da intensidade da infecção. (CARDIN, 2010). As fases da esquistossomose podem se divididas em duas, aguda e crônica. Na fase aguda, pode ter *dermatite cercariana*, a qual corresponde à penetração de cercaria na pele aparecendo erupção papular, eritema e edema, durando em média de cinco dias e em caso extremo pode-se chegar até quinze dias. (SOUZA et al., 2011). Ainda na fase aguda, temos a esquistossomose aguda ou febre de Katayama, que após 7 semanas de infecção, pode aparecer sintomas como a febre, vômitos, diarreia e baixa frequência cardíaca. (VITORINO et al., 2012).

Na fase crônica, têm-se as formas de intestinais, hepatointestinal e hepatoesplênica. Intestinal e Hepatointestinal caracterizam-se pelo excesso de diarreia desconforto e dor abdominal em uma forma mais leve. (SOUZA et al., 2011). Hepatoesplênica é uma forma mais severa, ocasionando hemorragias digestivas, varizes no esôfago, anemia acentuada e desnutrição (VITORINO et al., 2012).

O diagnóstico é feito por exame de fezes, sendo sugerida a realização de exames laboratoriais de três amostras de fezes no mínimo, sendo em sequencia,

coletadas em dias distintos, no tempo máximo de 10 dias no início da coleta até a última coleta. (KATZ; PEIXOTO, 2000).

4.3.4 Teníase

A Teníase é invasão intestinal humana, popularmente conhecida como solitária causada por vermes adultos do gênero *Taenia*. (CIMERMAN; CIMERMAN, 2005; NEVES, 2005; MEDEIROS; TOZZETTI; GIMENES, 2008).

A *T. solium* e *T. saginata*, adultas medem de 3 a 10 metros de comprimento, podendo alcançar até 25 metros. A cabeça ou escólex é pequena, munida de quatro ventosas e rostro armado com dupla coroa de ganchos, o mesmo possui o colo ou pescoço (mais delgado) e por fim, o estróbilo ou corpo com as proglotes ou anéis. (CIMERMAN; CIMERMAN, 2005).

A teníase ocorre em regiões no qual as crianças têm o costume de ingerir carne de bovino ou suíno, cruas ou mal cozidas, com formas parasitárias do verme. Ainda quando são ingeridos ovos de tênia contaminados, em verduras e legumes não lavados corretamente, os mesmos vão para diferentes órgãos e sistemas como pulmão, fígado, tecido subcutâneo, musculatura cardíaca, musculatura esquelética, globo ocular e sistema nervoso central. Nestes órgãos desenvolve-se a forma larval, denominada *Cysticercus*. (PFUETZENREITER; ÁVILA-PIRES, 2000, AGAPEJEV, 2003).

O progresso da doença nas crianças pode ser assintomático ou pode apresentar indícios não específicos como fadiga, irritabilidade, enxaqueca, anorexia, enjoos, dor abdominal, perda de peso, diarreia ou constipação e, em alguns casos, obstrução intestinal. (MELO et al., 2004).

A maior prevalência é a doença cisticercose bovina. Além de sua seriedade em saúde pública, torna-se, a cada dia, motivo de maior preocupação para frigoríficos e produtores, pois ocasiona prejuízos também econômicos. (FUKUDA, 2003).

4.3.5 Estrongiloidíase

Parasitas do gênero *Strongyloides* são os agentes etiológicos da estrogiloidíase humana, onde o ciclo de vida pode progredir no meio ambiente (ciclo de vida livre) ou no ser humano (ciclo parasitário ou direto). (MINÉ, 2009).

Existem várias espécies descritas de *Strongyloides*, sendo as que infectam o homem, são as *S. stercoralis* e *S. fuellebor*. (GROVE, 1996; PEREIRA, 2008).

Os meios de transmissão da estrogiloidíase humana ocorrem com maior frequência pela heteroinfecção, por sua vez é dado pela penetração das larvas filarióides pelas nádegas, pele dos dedos e pés, e em tempo mínimo atinge a derme, circulação linfática e sanguínea, chegando ao coração, pulmões e intestino. A infecção também é originada através da ingestão de água e alimentos provenientes de contaminação com larvas filarióides. (BRASIL, 2004).

A outra maneira de transmissão é devido à autoinfecção podendo ser externa, ocorrendo à penetração de larvas infectantes (filarióides) no local perianal de pacientes infectados, ou internos. As larvas rabditóides quando estão no intestino crescem ligeiramente dando procedência a larvas filarióides que penetrarão na mucosa do íleo ou cólon do hospedeiro parasitado. (GROVE, 1996).

A partir do contato do homem com as larvas filarióides, pela pele, mucosa oral ou esofágica, este excreta uma enzima que ajuda na penetração e na migração das larvas pelos tecidos, chegando aos vasos pequenos, sendo levadas pela circulação venosa até o lado direito do coração, percorrendo por meio das artérias pulmonares. Chegam aos capilares, penetrando nos alvéolos e sobem até a traqueia, aos poucos, pelos cílios do epitélio respiratório, até a nasofaringe, onde são ingeridas, chegando ao duodeno, para que se transformem em fêmeas partenogênicas e dando início a ovoposição originando as larvas rabditóides (GROVE, 1996; CONCHA et al., 2005).

No desenvolvimento do ciclo de vida livre, as larvas rabditóides que por sua vez são eliminadas através das fezes, em ambiente favorável, em temperatura média de 29°C, evoluem entre o período de um a dois dias em larvas filarióides contaminadas, com capacidade de atingir um outro indivíduo e começar um novo ciclo parasitário (MINÉ, 2009).

A estrogiloidíase humana pode aparecer de forma aguda ou crônica. A forma aguda origina uma reação inflamatória na região onde ocasiona a penetração da larva, ocorrendo tosse, irritação traqueal e bronquite, diarreia, resfriado, distúrbio alimentar e dores abdominais. As larvas são encontradas nas fezes em média de 21

a 28 dias após a infecção. A forma crônica é a mais encontrada na maioria das vezes nas crianças, mostrando-se sem sintomas e também com sintomas como náuseas, diarreia, ruídos produzidos por gases no intestino e constipação; manifestações cutâneas como urticária, asma e síndrome nefrótica além de obstruções intestinais. (GENTA, 1992; MINÉ, 2009).

O exame laboratorial da estrogiloidíase é feito pela detecção de larvas de *S. stercoralis* nas fezes, expectorato, líquidos orgânicos e por biópsias. (CIMERMAN, CIMERMAN, 2005).

4.3.6 Giardíase

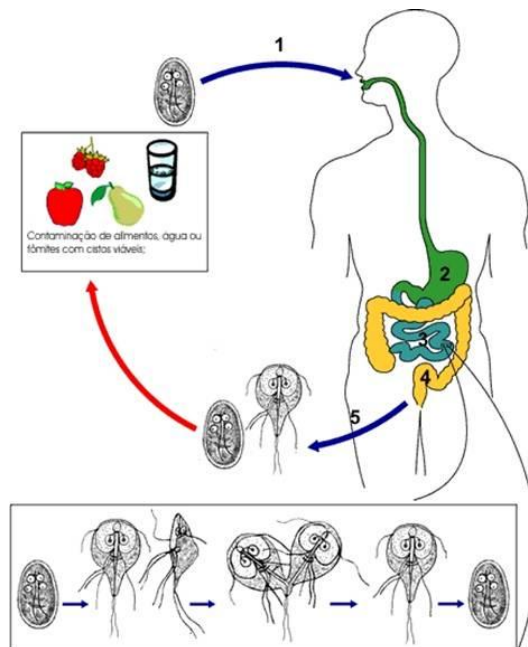
Giardíase é uma protozoose causada pelo verme *Giardia Lamblia*, um parasito cosmopolita mais comum na infância. É um protozoário flagelado, monoxênico, com formatos trofozoíto e cisto. (REY, 2001; NEVES, 2005; CIMERMAN; CIMERMAN, 2005).

No Brasil, a presença de infestação por giardíase muda de acordo com a população e a região observada. Encontra-se a infecção por *G. lamblia* amplamente distribuída e pode ser avaliada como a causadora de diarreia tanto aguda como crônica, colaborando assim, para deficiência e má absorção de nutrientes. (TORRES et al., 1991; MONTEVERDE et al., 2007).

A disseminação da giardíase está integrada a vários fatores tais como, à contaminação através da água, legumes, frutas e vegetais, infectadas pelos cistos, de manipuladores de nutrimentos, e do contato direto inter-humano (fecal-bucal). Ocorre principalmente em asilos, creches, ambulatórios psiquiátricos, por meio de insetos, como as moscas e baratas, através de seus dejetos ou golfadas. (ZAIDEN, 2006; PEREIRA et al., 2007).

De 10 a 100 cistos são suficientes para produzir uma infecção, são mais resistentes em condições favoráveis à temperatura elevada e baixa umidade, pode sobreviver, até dois meses no meio ambiente. (NEVES, 2005). Com a ingestão de cisto, o desencistamento é iniciado no meio ácido do estômago e chega ao duodeno e jejuno, onde se converte em trofozoíto que pode viver livre na luz intestinal ou fixar-se na parede duodenal através de seu disco ventral. O trofozoíto multiplica-se por um processo de divisão binária longitudinal, surgindo grande número de novos elementos em pouco tempo. Desconhecido o estímulo conduzem ao encistamento

ocorrem dentro ou fora do parasito, o trofozoito se contrai, condensa e secreta uma membrana, transformando-se em cisto. (CHAGAS, 2004). A sua eliminação não é continua no individuo parasitado, ocorrendo em períodos intermediários de 7 a 10 dias, podendo ser vistos em pequenas quantidades ou ausentes. Dependendo da situação, devem ser repetidos os exames coprológicos, para não haver falso-negativos. Não há migração extra-intestinal e nem ocorre infecções transplacentárias e transmamárias. Uma vez feito à ingestão, os cistos de Giardia podem ser suprimidos nas fezes 5 a 16 dias mais tarde, e pode permanecer vigentes nas águas de rios ou de lagoas por até 84 dias. (BRINCKER et al., 2009).



Fonte: Centers for Disease Control (CDC)

Figura 1 – Ciclo da Giardíase

O aparecimento da giardíase é amplo, desde infecções assintomáticas até infecções com diarreia crônica ligada de esteatorreia, perda de peso e má absorção intestinal, que podem incidir em 30 a 50% dos pacientes infectados. Diversos autores em seus trabalhos relatam que a Giardíase quase sempre, em crianças é assintomática. (NÚNEZ et al., 2003; SCHNACK et al., 2003; NEVES, 2005; AGUIAR et al., 2011).

A giardíase pode levar à má absorção de açúcares, gorduras e vitaminas A, D, E, K, B12, ácido fólico, ferro, zinco. (MONTEVERDE et al., 2007). Em sua forma aguda se caracteriza por diarreia do tipo áqüea, explosiva, seguida de distensão e

dor abdominal. Pode aparecer na infância, por deficiência a lactose, devido a perda da atividade enzimática na mucosa do intestino delgado. (TÉO, 2002).

A giardíase ocorre frequentemente na infância, em crianças de 8 meses a 12 anos, e possivelmente a causa principal é a falta de hábitos de higiene nessa idade. Na infância a incidência é alta até a adolescência, depois as porcentagens diminuem não se sabendo se é devido à imunidade contraída ou outro conjunto fisiológicos, enquanto que o adulto é mais firme a essa parasitose devido ao seu sistema imune. (MARCOS et al., 2003; FALEIROS et al., 2004; BARTMANN,; ARAUJO, 2004; BECK et al., 2005).

Segundo Guimarães e Sogaya (2002) e Neves (2005), o diagnóstico clínico da giardíase, é mediante os sinais e indícios, trajado por diarreia aguda, com cólicas intestinais difusas, constipação intestinal, anorexia, náuseas, vômitos, dor epigástrica, azia, sensação plenitude gástrica, digestão difícil e esteatorréia, quando o parasitismo é intenso. O diagnóstico laboratorial é encontrado em exames coprológico é feito a pesquisa em formas de trofozoito e cisto.

4.3.7 Amebíase

A amebíase é uma infecção determinada pelo protozoário *Entamoeba histolytica*. Os protozoários deste grupo são organismos que se movimentam e incorporam alimentos por meio de pseudopodes. (SANTOS; SOARES, 2008).

O ciclo biológico da *E. histolytica* é *relativamente* simples, começando pela ingestão de cistos em água ou alimentos contaminados, pelo hospedeiro, que desencistam no lúmen do intestino delgado e gerando o metacisto (ameba com quatro núcleos). O metacisto sofre consecutiva divisão binária formando os trofozoítos que migram para o intestino grosso. Nessa parte, os trofozoítos colam ao muco e às células epiteliais, podendo se reencistar no lúmen do colón, e serem eliminados juntamente com as fezes, dando seguimento ao seu ciclo biológico. (STANLEY, 2001; SILVA, 2005).

A *E. histolytica* é encontrada geralmente em climas tropicais e subtropicais, esta protozoose atinge uma posição de ênfase na escala de causas de morte entre as doenças parasitárias, ficando abaixo, apenas pela malária. (REY, 2001, CIMERMAN, CIMERMAN, 2005). Devido o saneamento básico ser inadequado e o fornecimento de água é difícil. (SANTOS e SOARES, 2008; COURA, 2008).

No Brasil, a quantidade de indivíduos infectados com ou sem sintomas da doença varia de região para região. No Sul e Sudeste a porcentagem dos casos é de 2,5% a 11%. Na região Amazônica atinge 19%, e nas demais regiões fica em torno de 10%. A maior prevalência e gravidade das suas manifestações da amebíase são na região Amazônica. (CHAVES;FILHO; DANTAS, 2010).

Os sintomas clínicos são devidos à espécie *E. histolytica*, patogênica, invasiva e sendo desigual o grau de virulência, responsável por diferentes formas clínicas que altera desde dor abdominal, com ou sem diarreias, até mesmo complicações, que podem ter acometimento extra-intestinal, como no caso da necrose amebiana do fígado. (SANTOS; SOARES, 2008).

Entretanto a *E. díspar* é atendida como uma espécie comensal, não patogênica e não virulenta, a qual se aplica as infecções assintomáticas. Apenas a *E. histolytica*, leva a produção de anticorpos específicos no plasma, já que é a única capaz de envolver os tecidos do hospedeiro. (REY, 2001; SILVA, 2005).

O exame laboratorial da amebíase intestinal é feito comumente por análise do parasita nas fezes. As formas císticas são detectadas em fezes espessas e as trofozoíticas em amostra de fezes diarreica ou pastosa. (POVOA, et al., 2000).

4.3 ABORDAGEM TERAPÊUTICA DAS PARASIToses INTESTINAIS

Não existe um medicamento único eficaz para as parasitoses intestinais mais prevalentes na infância. Para o controle são utilizados os antiparasitários, com prescrição médica, cautela não de forma indiscriminada. Principalmente em crianças frequentadoras de ambientes públicos como escolinhas e creches, ou que residam em áreas com precário saneamento básico, sendo ainda as medidas de educação em saúde as mais indicadas, objetivando a melhoria das condições de higiene individual e comunitária. (MANFROI; STEIN; CASTRO-FILHO, 2009).

Os fármacos mais empregados no uso terapêutico da ascaridíase, ancilostomíase, esquistossomíase, teníase e estrogiloidíase, são os anti-helmínticos benzimidazóis, como: mebendazol, tiabendazol e o albendazol. (RANG, 2007).

Já os fármacos do tratamento terapêutico das protozooses, Giardíase e da Amebíase principalmente, vem sendo compostos com os derivados

nitroimidazólicos, dentre eles: Tinidazol, metronidazol ou secnidazol. (ANDRADE et al., 2010).

Os fármacos indicados para a terapêutica da ascaridíase (Quadro 3), segundo Chehter e Cabeça, (1995) e Morrone et al. (2004) são, albendazol, mebendazol e levamisol.

O fármaco albendazol é utilizado por via oral, em crianças com mais de 2 anos idade, em suspensão de 400 mg/ml, podendo ter efeitos colaterais como dor de cabeça, transtornos gastrintestinais, náuseas, diarreia, constipação e secura na boca. (MELO, 2004).

O mebendazol é usado também por via oral, é de 100mg, duas vezes por dia, durante três dias seguidos. Podendo ser usado em todas as faixas etárias da infância, seu efeito colateral mais comum é sonolência, náuseas e vômitos. (KOGIEN; TEIXEIRA, 2011). O levamisol é de dose única de 150 mg, usado em crianças acima de 7 anos de idade e 80 mg para crianças a baixo de 7 anos de idade, e 40 mg menos de 1 ano de idade.(CHEHTER; CABEÇA, 1995).

Quadro 3 – Fármacos Indicados para Ascaridíase

Fármacos	Pediatria	Efeitos Colaterais
Albendazol	Via oral, crianças > 2 anos, suspensão de 400 mg/ml, dose única.	Dor de cabeça, transtorno gastrintestinais, náuseas, diarreia, constipação e secura na boca.
Mebendazol	Via oral, todas as faixas etárias, suspensão de 100 mg/ml, 2 X - 3 dias.	Sonolência, náuseas e vômitos.
Levamisol	Via oral, crianças > 7 anos, suspensão de 150 mg/ml, dose única. Para crianças < 7 anos, suspensão de 80 mg/ml e < 1 ano, 40 mg/ml.	Sonolência, náuseas e vômitos.

Os fármacos indicados para a Ancilostomíase (Quadro 4), são o albendazol e o mebendazol, administrados conforme citado no tratamento da ascaridíase. Também utiliza-se o pamoato de pirantel, via oral, de 20mg, durante três dias, com dose no máximo de 1g para a crianças. Seus efeitos colaterais incluem náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal. (REY, 2001, SILVA, 2006).

Quadro 4 – Fármacos Indicados para Ancilostomíase

Fármacos	Pediatria	Efeitos Colaterais
Albendazol	Via oral, crianças > 2 anos, suspensão de 400 mg/ml, dose única.	Dor de cabeça, transtorno gastrintestinais, náuseas, diarreia, constipação e secura na boca.
Mebendazol	Via oral, todas as faixas etárias, suspensão de 100 mg/ml, 2 X - 3 dias.	Sonolência, náuseas e vômitos.
Pamoato de pirantel	Via oral, no máximo de 1g para crianças, suspensão de 20 mg/ml – 3 dias.	Náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal.

O praziquantel é eficaz no tratamento da esquistossomose (Quadro 5), utilizado por via oral, é de 50-70 mg de única dose, podendo ser usado em criança, seus efeitos colaterais são mínimos, que compreende em, diarreia, vômitos, dor abdominal e boca amarga. (NOVAES; SOUZA; ARAUJO, 1999). Outro fármaco indicado é oxamniquina, também por via oral, 20 mg/kg. Dependem do peso da criança e seu efeito colateral mais observado é tontura, sonolência, náuseas e vômitos, febre, e suor. (ROLLEMBERG; QUINTANS; SANTOS, 2008).

Quadro 5 – Fármacos Indicados para Esquistossomose

Fármacos	Pediatria	Efeitos Colaterais
Praziquantel	Via oral, suspensão de 50-70 mg/ml de dose única.	Diarreia, vômitos, dor abdominal e boca amarga.
Oxamniquina	Via oral, suspensão de 20 mg/kg.	Tontura, sonolência, náuseas, vômitos, febre e suor.

Niclosamida ou clorossalicilamida é o fármaco com maior espectro de ação para teníase (Quadro 6) ; para que esse medicamento possa fazer efeito maior, a criança deve estar em jejum, o medicamento deve ser triturado e deglutido com água. Deve ser dividido em 2 tomadas, corta o jejum e utiliza um purgativo salino para acabar com todo segmento do intestino. (SILVA, 2006). Em crianças com mais de 8 anos de idade, deve-se administrar em duas doses de 1g com espaço de uma hora, por via oral, crianças de 2 a 8 anos de idade deve-se administrar em 0.5 g e menor de 2 anos de idade duas doses de 0.25g com espaço de uma hora. Podendo haver efeito colateral como, distúrbio gastrointestinal, náuseas e dores abdominais. (BRASIL, 2010; CURY, 2009).

Quadro 6 – Fármacos Indicados para Teníase

Fármacos	Pediatria	Efeitos Colaterais
Noclosamida ou clorossalicilamida	Via oral, deve estar em jejum, o medicamento deve ser triturado e deglutido com água, deve ser dividido em 2 tomadas. Criança > 8 anos, 2 X 1g com espaço de 1 hora, 2-8 anos , 0,5 g, < 2 anos, 2 X 0,25 g com espaço de 1 hora.	Náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal.

De acordo com De Bona, Basso e Callegari (2008) o fármaco mais indicado para estrogiloidíase (Quadro 7) é o tiabendazol, sendo administrado por via oral de 50mg/kg para criança, com dose única. Seus efeitos colaterais são tontura, anorexia, náuseas e vômitos. Outro fármaco é o ivermectina administrado em crianças acima de 5 anos de idade, com dose de 200ug/kg , depende do peso corporal da criança, de 15 a 24kg é usado ½ comprimido, de 25 a 35kg 1 comprimido e de 36 a 50kg 1 ½ comprimido. (LUNA, et al., 2007).

Quadro 7 – Fármacos Indicados para Estrogiloidíase

Fármacos	Pediatria	Efeitos Colaterais
Tiabendazol	Via oral, suspensão de 50 mg/kg, dose única.	Tontura, anorexia, náuseas, e vômitos.

Ivermectina	Via oral, > 5 anos, dose única, suspensão de 200 µg/kg, depende do peso corporal, 15 a 24kg - ½ comprimido, 25 a 35kg – 1 comprimido, 36 a 50 kg – 1.½ comprimido.	Tontura, anorexia, náuseas, e vômitos.
-------------	--	--

Na terapêutica da giardíase e amebíase (Quadro 8), sintomáticas ou não, o fármaco de primeira escolha é o metronidazol com dose de 250mg por via oral, 3 vezes ao dia e os efeitos colaterais mais importantes são: gosto metálico na boca, cefaleia e náuseas. No caso do tinidazol as crianças devem ingerir por via oral 50mg/kg/dia, mas a aceitação é baixa pelas crianças, por ter um gosto desagradável e seus efeitos colaterais são: náuseas e vômitos mediante a ingestão. Já o secnidazol a dose é de 30mg/kg ou 1 ml/kg, dose única para crianças e seus efeitos colaterais são: intolerância gastrointestinal e dor abdominal. (CRUZ; FERRARI; SOGAYAR,1997).

Quadro 8 – Fármacos Indicados para Giardíase e Amebíase

Fármacos	Pediatria	Efeitos Colaterais
Metronidazol	Via oral, suspensão de 250 mg/ml – 3 X dia.	Gosto metálico na boca, cefaleia e náuseas.
Tinidazol	Via oral, suspensão de 50 mg/kg/dia.	Náusea e vômitos mediante a ingestão.
Secnidazol	Via oral, suspensão de 30 mg/kg ou 1 ml/kg, dose única.	Intolerancia gastrointestinal e dor abdominal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de parasitoses intestinais na infância é desencadeada principalmente por fatores que favorecem a presença dos parasitos, helmintos e protozoários, onde são incluídos: baixo nível sócio econômico, mau hábito de higiene, o próprio convívio social, convívio com animais domésticos infectados, ingestão de alimentos contaminados, dentre outros.

Pode-se dizer ainda que outro fator que eleva os índices de infecção parasitaria na infância é a carência de saneamento básico. Muitas dessas crianças vivem em comunidades onde o poder público não exerce o seu papel de promover saúde para todos.

As parasitoses constituem um grave problema de saúde pública, tornando fator principal de debilidade para os infantis, já que por muitas vezes vem acompanhado de quadro patológico; afetando o desenvolvimento físico e mental dessas crianças.

Os sintomas variam de leve para graves, das parasitoses intestinais em alguns casos chegam a não apresentar sintomas, já em outros apresentam sintomas inespecíficos como; anorexia, irritabilidade, distúrbios do sono, vômitos, náuseas e diarreia. Dependendo de sua manifestação e carga parasitaria essas infecções podem evoluir para óbito.

Como abordagem terapêutica destaca-se que as crianças diagnosticadas devem procurar primeiramente o atendimento médico. Os medicamentos mais indicados são os anti-helmínticos derivados dos benzimidazóis e os anti-protozoários, derivados dos nitroimidazólicos.

A implantação de medidas profiláticas que visam conscientizar a sociedade do risco da transmissão das parasitoses intestinais em crianças é e continuará sendo o melhor combate a estas infecções na infância.

REFERÊNCIAS

AGAPEJEV, S. Aspectos clínicos-epidemiológicos da Neurocisticercose no Brasil: análise crítica. **Revista arquivo Neuro-psiquiatria**, Botucatu, v. 61, n.3, p. 822-828, maio. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17302.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

AGUIAR, A. et al. Eosinofilia em Recém-Nascido. Um caso de Giardíase e Alergia à proteína do leite da vaca. **Acta Med Port.** v. 24, p. 463-466, 2011. Disponível em: < <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/3/463-466.pdf> >. Acesso em: 08 maio 2012.

ANDRADE, E. C. et al. Parasitoses Intestinais: uma revisão sobre seus aspectos Sociais, Epidemiológicos, Clínicos e Terapêuticos. **Revista APS, Juiz de Fora**, v. 13, n. 2, p. 231-240, abr.-jun. 2010. Disponível em: < <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/736/319>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

ARAUJO, F. R. et al. Contaminação de praças públicas de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, por ovos de *Toxocara* e *Ancylostoma* em fezes de cães. **Revista Sociedade Brasileira. Medicina Tropical**, Uberaba, v.32, n.5, p.581-583, set./out. 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v32n5/0848.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

BAPTISTA, S.C.; BREGUEZ, J. M. M.; BAPTISTA, M. C. P.; SILVA, G. M. S.; PINHEIRO, R. O. Análises da incidência de parasitoses intestinais no município de Paraíba do Sul, **RJ. RBAC**, v.38, n.4, p.271-273, 2006. Disponível em: < http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_04/rbac_38_04_13.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BARRETO, J. G. Detecção da incidência de enteroparasitos nas crianças carentes das cidades de Guaçuí-ES. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v.38, n.4, p.221-223, 2006. Disponível em: < http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_04/rbac_38_04_03.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BARROSO, M. M.; CHERUBINI, K. V.; CORDEIRO, J. S. Análise crítica da sustentabilidade ambiental, saneamento e saúde pública no município de Porto Velho. *In: Anais do 23º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental* - ABES - Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental. 2005. Disponível em: < <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/abes23/vii-042.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2012.

BATES, I.; McKEW, S.; SARKINFADA, F. Anaemia: A Useful Indicator of Neglected Disease Burden and Control. **Revista PLoS Medicine**, v. 4, n. 8 p.1285-1290, 2007. Disponível em: <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040231>>. Acesso em: 02 maio 2012.

BARTMANN, A.; ARAÚJO, F. A. P. Frequência de *Giardia lamblia* em cães atendidos em clínicas veterinárias de Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência Rural**, v.34, n.4, p. 1093-1096, jul-ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cr/v34n4/a20v34n4.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2012.

BECK, C. et al. Frequência da infecção por *Giardia lamblia* (kunter, 1882) em cães (canis familiares) avaliada pelo método de Faust e cols. (1939) e pela coloração da Auramina, no município de Canoas, RS, Brasil. **Ciência Rural**, v. 35, n.1, p. 126-130, jan-fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>>. Acesso em: 05 maio 2012.

BEZERRA, F. M. S. et al. Incidência de Parasitos intestinais em material sub-ungueal e fecal em crianças de creche Aprisco-Fortaleza-CE. **RBAC**, Fortaleza, CE, v. 35, n. 1, p. 39-40, 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=394103&indexSearch=ID>>. Acesso em: 06/04/2012.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_bolso_4ed.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2012.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doen_infecciosas_guia_bolso_8ed.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2012.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10001021559.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2012.

BRINKER, J. C.; TEIXEIRA, M. C.; ARAUJO, F. A. P.; Ocorrência de *Giardia* SP. em cães e gatos no Município de Caxias do Sul, RS. **Revista da FZVA**, Uruguaiana, v.16, n.1, p. 113-119. 2009. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fzva/article/viewFile/5362/4170>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

CANTOS, G. A.; DUTRA, R. L.; KOERICH, J. P. K. Ocorrência de Anemia Ferropriva em Pacientes com Enteroparasitoses. **SAÚDE REVISTA.**, Piracicaba, v. 5, n.10, p. 43-48, 2003. Disponível em: www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude10art06.pdf. Acesso em: 28 abr. 2012.

CARDIN, L. L. **Caracterização das áreas de risco para a Esquistossomose Mansônica no município Lauro de Freitas, Bahia.** 2010. 100 F. Dissertação (Mestre em ciência Animal nos trópicos, na área de saúde Animal). UFBA, Escola de Medicina Veterinária, 2010. Disponível em: <<http://www.mevtropical.ufba.br/arquivos/dissertacoes/2008/CardimLL.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2012.

CHAVES, A. C. P.; FILHO, J. T. S.; DANTAS, M. M. L. Revisão do Mecanismo fisiológico da Amebíase. **Revista Augustus**, Rio Janeiro, RJ, v.14, n. 29, p.74-87, fev. 2010. Disponível em: <http://www.unisuam.edu.br/augustus/index.php?option=com_content&view=article&id=243:revisao-do-mecanismo-fisiopatologico-da-amebiase&catid=58:edicao-29-artigos&Itemid=30>. Acesso em: 04 abr. 2012.

CHEHTER, L.; CABEÇA, M. Parasitoses intestinais. **Revista Moreira JR Editora** São Paulo, SP v. 51, n. 1, p. 126-132. 1995. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=608&fase=imprime>. Acesso em: 03 jun. 2012.

CIMERMAN, B.; CIMERMAN, S. **Parasitologia Humana e Seus Fundamentos Gerais.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

COSTA-MACEDO, L. M. ; COSTA, M. C. E. ; ALMEIDA, L. M. Parasitismo por *Ascaris lumbricoides* em crianças menores de dois anos: estudo populacional em comunidade do Estado do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, v.15, n.1, p. 173-178, jan-mar,1999. Disponível em: <http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=195>. Acesso em: 06 maio 2012.

CONCHA, R.; HARRINGTON JR, W.; ROGERS, A. I. Intestinal strongyloidiasis: recognition, management and determinants of outcome. **Journal Clinical Gastroenterology**, v. 39, p. 203-211, 2005. Disponível em : <http://journals.lww.com/jcge/Abstract/2005/03000/Intestinal_Strongyloidiasis__Recog

dition,.4.aspx >. Acesso em: 06/05/2012. COURA, J. R. **Síntese das doenças infecciosas e parasitárias**. ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 2008.

CHAGAS, E. C. S. **Relação entre Parasitismo intestinal e a variabilidade dos níveis de hemoglobina, Eosinófilos, proteínas totais e estado nutricional na comunidade rural nossa senhora do livramento, Manaus-AM**. 2004. 117 F. Dissertação (Mestre em Doenças Tropicais Infecciosas). Universidade do Estado da Amazonas-UEA, 2004. Disponível em: <<http://www.pos.uea.edu.br/data/area/dissertacao/download/2-2.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

CRUZ, C. C. P.; FERRARI, L.; SOGAYAR, R. Ensaio Terapêutico na Infecção por Giardia Muris em Camundongos com Metronidazole, Tinidazole, Secnidazole e Furazolidone. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Botucatu, SP, v. 30, n. 3, p. 223-228, maio-jun. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v30n3/0732.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2012.

CURY, A. **Cisticercose causada por Taenia Saginata e Taenia solium em bovinos, suínos e no homem**. 2009. 26 F. Monografia (Título de especialização Lato Sensu em higiene e Inspeção em Produtos de Origem Animal). Universidade Castelo Branco, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://qualittas.com.br/uploads/documentos/Cisticercose%20Causada%20por%20Taenia%20-%20Alessandra%20Cury.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2012.

DE BONA, S.; BASSO, S.; CALLEGARI, R. M. Hiperinfecção por Strongyloides stercoralis associada ao uso crônico de corticosteroide. **Rbac**, Caxias do Sul, v.40, n.4, p.247-250, jul. 2008. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_40_04/01.pdf>. Acesso em: 15 maio 2012.

FALEIROS, J. M. M. et al. Ocorrência de enteroparasitoses em alunos de escolas públicas de ensino fundamental do município de Catanduva (São Paulo, Brasil). **Revista Inst. Adolfo Lutz**, v. 63, n. 2, p. 243-247, jul-dez, 2004. Disponível em: <http://biblioteca.ial.sp.gov.br/index.php?option=com_remository&Itemid=27&func=startdown&id=128>. Acesso em: 06 maio 2012.

FERREIRA, G. R.; ANDRADE, C. F. S. Alguns aspectos socioeconômicos relacionados a parasitoses intestinais e avaliação de uma intervenção educativa em escolares de Estiva Gerbi, SP. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, n. 5, p. 402-405, set/out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v38n5/a08v38n5.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

FERREIRA, H.; LALA, E. R. P.; MONTEIRO, M. C. Hospitalização de Crianças causada por parasitoses intestinais e sua relação com desnutrição. **Revista da**

Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. Brasil, v. 6, n. 1, jul. 2006. Disponível em: < <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/20-hospitalizacao-de-criancas-causada-por-parasitoses-intestinais-e-sua-relacao-com-desnutricao.html>>. Acesso em: 06 abr. 2012.

FERREIRA, J. R. et al. Diagnóstico e prevenção de parasitoses no reassentamento São Francisco, em Cascavel – Paraná. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 36, n. 3, p. 145-146, 2004. Disponível em: <www.bvs.br>. Acesso em: 10 abr. 2012.

FERREIRA, M. U.; FERREIRA, C. S.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p.73-82, dez. 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6s0/3520.pdf>>. Acesso em: 05 Abr. 2012.

FUKUDA, R. T. **Contribuição ao estudo da epidemiologia da cisticercose bovina na região administrativa de Barretos. Aspectos ambientais e econômicos.** 2003. 127f. Tese (Doutorado em Medicina Veterinária) – Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, Universidade Estadual Paulista, Jaboticabal. 2003. Disponível em: < <http://www.icufu.org/anaisufu2008/PDF/SA08-11038>>. Acesso em: 06/05/2012.

GENTA, R. M. Dysregulation of strongyloidiasis: a new hypothesis. **Clinical and Microbiological Reviews**, v. 5, p. 345–55, 1992. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC358253/>>. Acesso em: 29/04/2012.

GROVE, D. I. Human Strongyloidiasis. **Advances in Parasitology**, v.38, p. 251-309, 1996. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0065308X08600366>>. Acesso em: 04/05/2012.

GUIMARÃES, S.; SOGAYAR, M. I. Detectio of anti_Giardia lamblia serum antibody among children of day care centers. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 36, n.1, p. 501-506, fev. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n1/8117.pdf> >.

INNOCENTE, M. ; OLIVEIRA, L. A. ; GEHRKE, C. Surto de ascaridíase intradomiciliar em região central urbana, Jacareí, SP, Brasil, junho de 2008. **Boletim Epidemiológico Paulista**, Jacareí, SP, v.6, n.62, p. 12-16, fev. 2009. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa62_ascaridiasis.htm>. Acesso em: 20/05/2012.

KATZ, N. ; PEIXOTO, S. V. Análise crítica da estimativa do número de portadores de esquistossomose mansoni no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Belo Horizonte, v.33, n.3, p. 303-308, mai-jun,2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v33n3/2478.pdf> >. Acesso em: 03 abr. 2012.

KOGIEN, M.; TEIXEIRA, C. A. Mebendazol no tratamento de helmintíase intestinais- Revisão de literatura e considerações de enfermagem. **Revista eletrônica trimestral de enfermagem**, Porto Velho, RO, v.1 n. 24, p. 233-245, out. 2011. Disponível em: < http://scholar.google.com.br/scholar?q=Mebendazol+no+tratamento+de+helminth%C3%ADases+intestinais%2Benfermer%C3%ADa+global&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1 >. Acesso em: 07 mar. 2012.

LODO, M. et al. Prevalência de enteroparasitas na cidade de Bom Jesus dos Perdões São Paulo– Brasil. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. São Paulo, SP, v.20, n.3, p. 769-777, 2010. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n3/12.pdf>> Acesso em: 04 abr. 2012.

LUNA, O. B. et al. *Estrongilodíase* Disseminada: diagnóstico e Tratamento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio Janeiro, RJ, v.19, n. 4, p.463-468, out-dez. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a10v19n4.pdf> >. Acesso em: 01 abr. 2012.

MACHADO, R. C. M. et al. Giardíase e helmintíase em crianças de creches e escolas de 1º e 2º graus (públicas e privada) da cidade de Mirassol (SP, Brasil). **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, SP, v. 32, n. 6, p. 697-704, nov-dez. 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v32n6/0868.pdf> >. Acesso em: 02 fev. 2012.

MANFROI, A.; STEIN, A.T.; CASTRO-FILHO, E. D. Abordagem das Parasitoses Intestinais mais Prevalentes na Infância. **Associação médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**, nov. 2009. Disponível em: < <http://www.sbmfc.org.br/media/file/diretrizes/parasitoses.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2012.

MAMUS, C. N. C. et al. Enteroparasitoses em um centro de educação infantil do Município de Iretama/PR. **Sabios: revista Saúde e Biologia**. Campo de Mourão, PR, v. 3, n. 2, p.39-44, jul-dez. 2008. Disponível em: <<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios2/article/viewFile/129/48>>. Acesso em: 13 maio 2012.

MARCOS, L. et al. Parasitosis intestinal en poblaciones urbana y rural em Sandia, Departamento de Puno, Perú. **Parasitol Latinoam**, v. 58, p.35-40, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.cl/pdf/parasitol/v58n1-2/art06.pdf> >. Acesso em: 03 maio 2012.

MELO, E. M.; FERRAZ, F. N.; ALEIXO, D. L. Importância do Estudo da Prevalência de Parasitos intestinais de crianças em idades escolar. **Sabios: Revista Saúde e Biol.** Campo Morão, v.5, n.1, p.43-47, jan-jul. 2010. Disponível em: < <http://www.revista.grupointegrado.br/sabios/>>. Acesso em: 02 fev. 2012.

MELO, M. C. B. et al. Parasitoses Intestinal. **Revista Medicina Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, v.14, n.1, p. 03-12, mar. 2004. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=%20parasitoses%20intestinais%2C%202004%20pdf&source=web&cd=2&ved=0CFQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.grupos.com.br%2Fgroup%2Fpediatriaturma2%2FMessages.html%3Faction%3Ddownload%26year%3D08%26month%3D2%26id%3D1203977928403868%26attach%3DParasitoses_intestinais%2Bufmg.pdf&ei=ZdfQT4KSDKL16AH4trF8&usq=AFQjCNEb95Bh3e0vgGnPI_XsmA08itTQrQ>. Acesso em: 06 maio 2012.

MEDEIROS, F.; TOZZETTI, D.; GIMENES, R. Complexo Teníase-cisticercose. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**, Garça, SP, v. 6, n. 4, p. 675-684, jul. 2008. Disponível em: < <http://www.revista.inf.br/veterinaria11/revisao/edic-vi-n11-RL26.pdf> >. Acesso em: 01 maio 2012.

MINÉ, J. C. **Caracterização de cepas de *Strongyloides stercoralis* (Baray, 1876) Stiles & Hassol, 1902 (*Rhabditida, Strongyloididae*) isoladas de pecientes com e sem sintomatologia da região de Araraquara-SP**: 2009. 129 F. Tese (Doutorado em Biociências e Biotecnologia Aplicadas à Farmácia – Área de Parasitologia). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Araraquara – São Paulo, 2009. Disponível em: < <http://www.posgraduacao.fcfar.unesp.br/biociencias/Disertacoes/2009/J%C3%BAlioMin%C3%A9DO.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2012.

MONTANHOLI, F. A. F.; JUNIOR, L. M. M. C.; GONÇALVES, R. V. V. Avaliação da infestação por agentes infecciosos e parasitários em dinheiro na cidade de Catanduva-SP. **Revista Estudos Universitários**, São Paulo, V.34, P.47-54 set.2008. Disponível em: < http://www.semesp.org.br/md/CONIC2007/7CONIC_Dez_Primeiros/Concluido/Trabalhos/CBS/1000004133.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2012.

MONTEVERDE, D. T. et al. Giardíase: aspectos gerais. **Moreira Jr. Editora**, Rio Janeiro, RJ, v.45, n.1, p. 12-15, Agos. 2007. Disponível em:<

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3972>. Acesso em: 05 maio 2012.

MORRONE, F. B. et al. Study Of Enteroparasites Infection Frequency And Chemotherapeutic Agents Used In Pediatric Patients In A Community Living In Porto Alegre, Rs, Brazil. **Revista Instituto de Medicina Tropical**. São Paulo, SP, v. 46, n. 2, p. 77-80. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0036-46652004000200004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03 jun. 2012.

NEVES, D. P. **Parasitologia Humana**. 11. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

NOVAES, M. R. C. G.; SOUZA, J. P.; ARAÚJO, H. C. Síntese do Anti-Helmítico Praziquantel, a parti da Glicina. **Química Nova**, São Paulo, SP, v. 22, n. 1, p. 05-10, jan-fev. 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/qn/v22n1/1129.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2012.

NÚNEZ, F. A. et al. Factores de riesgo de la infección por *Giardia lamblia* en niños de guarderías infantiles de Ciudad de La Habana, Cuba. **Caderno de Saúde pública**, Rio Janeiro, RJ, v.19, n. 2, p. 677-682, mar-abr. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n2/15435.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2012.

PARDO, M. L. E. et.al. Prevalência de parasitoses intestinais em crianças do parque do Xingu, **Jornal de Pediatria**. v.86, n.6, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n6/v86n6a08.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2011.

PEDROSO, R. S.; SIQUEIRA, R. V. Pesquisa de cistos de protozoários, larvas e ovos de helmintos em chupetas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.73, n.1, p.21-25, 1997. Disponível em: < <http://faculdadeguarai.no-ip.info:8000/aulas/ENFERMAGEM/2%20periodo/Microbiologia%20e%20parasitologia/contamina%E7%E3o%20de%20chupetas.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

PESSÔA, S. B. **Endemias Parasitárias da zona Rural Brasileiras**. São Paulo: Patrocinado pelo Fundo Editor Prociex, 1963.

PORDEUS, L. C. et al. A ocorrência das formas aguda e crônica da esquistossomose mansônica no Brasil no período de 1997 a 2006: uma revisão de literatura. **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 163-75, jul-set, 2008. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n3/v17n3a02.pdf> >. Acesso em: 03 maio 2012.

PEREIRA, A. T. M. **Papel de eosinófilos no desenvolvimento de proteção, na imunopatologia e nas alterações funcionais induzidas pela infecção por *Strongyloides Venezuelensis Brumpt (1934)*, em camundongos Bald/C.** 2008. 116 F. Dissertação (Mestre Parasitologia). Universidade Federal de Minas Gerais Instituto de ciência Biológicas, 2008. Disponível em: < http://dspace.lcc.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/SAGF-7FBGKX/1/disserta__o_ana_terezinha.pdf>. Acesso em: 03 maio 2012.

PEREIRA, M. G. C.; ATWIL, E. R.; BARBOSA, A. P. Prevalence and associated risk factors for *giardia lamblia* infection among children hospitalized for diarrhea in Goiânia, Goiás state, Brazil. **Revista Instituto de Medicina tropical**, São Paulo, SP, v.49, n. 3, p.139-145, maio-jun. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v49n3/02.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2012.

PÓVOA, M. M. et al. Diagnóstico de amebíase intestinal utilizando métodos coprocópicos e imunológicos em amostra da população da área metropolitana de Belém, Pará, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio Janeiro, RJ, v.16, n.3, p.843-846, jul-set. 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2969.pdf> >. Acesso em: 06 abr. 2012.

PFEUTZENREITER, M. R. ; AVILA-PIRES, F. D. Epidemiologia da Teníase/Cisticercose por *Taenia solium* E *Taenia saginata*. **Ciência Rural**, Santa Maria, v. 30, n. 3, p. 541-548, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cr/v30n3/a30v30n3.pdf> >. Acesso em: 03 abr. 2012.

RANG, H. P. et al. **Rang & Dale Farmacologia**. 6. ed. Rio Janeiro: Elsevier, 2007.

REY, L. **Bases da Parasitologia Médica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A., 2002.

REY, L. **Parasitologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.,2001.

REY, L. Um século de experiência no controle da ancilostomíase. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. São Paulo, SP, v. 34, n. 1, p. 61-67, jan-fev. 2001. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:UuVS6y5MSVAJ:scholar.google.com/+Um+s%C3%A9culo+de+experi%C3%Aancia+no+controle+da+ancilostom%C3%ADase,+Luis+Rey&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1>. Acesso em: 03 jun. 2012.

ROLLEMBER, C. V. V.; QUINTANAS, J. S. S.; SOUZA, R. L. C. Avaliação do Programa de Controle de Esquistossomose no Bairro Santa Maria, Aracaju, Sergipe,

sob a Perspectiva Farmacêutica. **Revista da Fapese**, v.4, n.2, p. 63-82, jul-dez. 2008. Disponível em: < http://www.fapese.org.br/revista_fapese/v4n2/artigo06.pdf >. Acesso em: 04 abr. 2012.

RIBEIRO, P. J. et al. Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Revista Saúde Pública, São Paulo**, SP, v. 38, n. 3, p. 415-421, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20659.pdf> >. Acesso em: 05 maio 2012.

ROCHA, J. R. et al. incidência do Parasita *Ancylostoma sp.* No município da Garça – SP. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**, São Paulo, SP, v.6, n. 10, p. 679-685, jan. 2008. Disponível em: < <http://www.revista.inf.br/veterinaria10/artigos/edic-vi-n10-art07.pdf> >. Acesso em: 07 maio 2012.

SANTOS, F. L. N.; SOARES, N. M. Mecanismo Fisiopatogênico e diagnóstico laboratório da infecção causada pela *Entamoeba histolytica*. **Jornal Brasileiro Patologia Med. Lab.** Bahia, v. 44, n. 4, p. 249-261, agost. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v44n4/a04v44n4.pdf> >. Acesso em: 03 mar. 2012.

SANTOS, S. A.; MERLINI, L. S. Prevalência de enteroparasitoses na população do município de Maria Helena,Paraná,**Ciências& Saúde Coletiva**,v.15, n.3,899-905,2010. Disponível em:< http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300033&lng=pt>. Acesso em: 15 dez. 2011.

SANTOS, S. A.; MERLINI, L. S. Prevalência de enteroparasitoses na população do município de Maria Helena,Paraná,**Ciências& Saúde Coletiva**,v.15, n.3,899-905,2010. Disponível em:< http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300033&lng=pt>. Acesso em: 15 dez. 2011.

SATURNINO, A. C. R. D.; NUNES, J. F. L.; SILVA, E. M. A.; Relação entre a ocorrência de parasitas intestinais e sintomatologia observada em crianças de uma comunidade carente de Cidade Nova, em Natal-Rio Grande Norte,Brasil. **Revista Brasileira de Análises clínicas**, v.35, n.2, p.85-87 fev./mar.2003. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=346069&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

SCHNAK, F. J. et al. Enteropatógenos associados com diarreia infantil (< 5 anos de idade) em amostra da população da área metropolitana de Criciúma, Santa Catarina, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.19, n. 4, p. 1205-1208, jul-

ago. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16869.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2012.

SILVA, A. T. A. **Desenvolvimento de compostos potencialmente ativos contra Helicobacter Pylori**. 2008. 116 F. Tese (Ciências Farmacêuticas, Área de Pesquisa e Desenvolvimento de Fármacos e Medicamentos da Faculdade de Ciências Farmacêuticas). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Araraquara.SP, 2008. Disponível em: < http://www.fcfar.unesp.br/posgraduacao/cienciasfarmaceuticas/Disertacoes/2008/antonio_tavora-completo.pdf>. Acesso em: 07 maio 2012.

SILVA, C. G.; SANTOS, H. A. Ocorrência de parasitoses intestinais da área de abrangência do Centro de Saúde Cícero Idelfonso da Regional Oeste da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Biologia e Ciência da terra**, V.1, n.1, 2001. Obs. Não tem pagina. Disponível em:< <http://eduep.uepb.edu.br/rbct/sumarios/pdf/parasitoses.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

SILVA, J. C. et al. Parasitismo por *Ascaris lumbricoides* e seus aspectos epidemiológicos em crianças do Estado do Maranhão. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Paranaíba, PI, v. 44, n.1, p.100-102, jan-fev, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n1/22.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2012.

SILVA, M. C. M. **Estudo Epidemiológico da Amebíase no estado do Pará utilizando diferentes metodologias para diagnóstico**. 2005. 163 F. Tese (Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários). Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará, 2005. Disponível em: < http://www.baip.ufpa.br/arquivos_baip/teses_dissertacoes/monica_cristina_moraes_silva.pdf>. Acesso em: 03 maio 2012.

SILVA, Penildon. **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A, 2006.

SÁNCHEZ-VÉGA, J. T.; ZANALA, J. T.; GUERREIRO, L. R.; CABELLO, R. R.; SANCHEZ, D. R.; Frecuencia de Parasitosis intestinales en asentamientos humanos irregulares. **Revista da Faculdade Medicina de UNAM**. V. 43, n.3 p.80-83 maio-junio,2000. Disponível em:< <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2000/un003c.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

SOUZA, F. P. C. et al. Esquistossomose mansônica: aspectos gerais, imunologia, patogênese e história natural. **Revista Brasileira Clínica Medica. São Paulo**, v. 9,

n. 4, p. 300-7, jan-ago,2011. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n4/a2190.pdf> >. Acesso em: 05 maio 2012.

SOUZA, V. F.; LUCCA, G.; ANIBAL, F. F. Mapeamento Epidemiológico das Parasitoses intestinais em seis bairros do município de Araraquara/SP. *Revista Uniara*, São Paulo, SP, n. 19, p. 01-05, 2006. Disponível em: < http://www.uniara.com.br/revistauniara/pdf/19/Rev19completa_04.pdf >. Acesso em: 04 abr. 2012.

STANLEY JR, S.L. Pathophysiology of amoebiasis. **Trends in Parasitology**, v.17, n.6, p. 280-285, jun. 2001. Disponível em: < [http://www.cell.com/trends/parasitology/abstract/S1471-4922\(01\)01903-1](http://www.cell.com/trends/parasitology/abstract/S1471-4922(01)01903-1)>. Acesso em: 25 abr. 2012.

TAKAYANAGUI, O. M.; LEITE, J. P. NEUROCYSTICERCOSE. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Ribeirão Preto, SP, v.34, n.3, p. 283-290, maio-jun. 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n3/4998.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2012.

TÉO, C. R. P. A. Intolerância à lactose: uma breve revisão para o cuidado nutricional. **Arq. Ciênc. Saúde**, UNIPAR, v.6, n.3, p.135-140, dez. 2002. Disponível em: < <http://revistas.unipar.br/saude/article/view/1190/1051>>. Acesso em: 01 maio 2012.

TORRES, D. J. M. et al. Tratamento cirúrgico da ascaridíase biliar: uma terapêutica alternativa. **GED**. São Luís, v.17, n. 4, p. 117-120, jul-ago. 1998. Disponível em: < http://www.drortlandotorres.com.br/site/arquivos/artigos/Tratamentocirurgicodaascaridiasse_completo.pdf >. Acesso em: 03 maio 2012.

TORRES, D. M. A. G. V.; CHIEFFI, P. P.; COSTA, W. A.; KUDZIELICS. E. Giardíase em creches mantidas pela prefeitura do município de São Paula 1982/1983. **Revista Inst. Med. Trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 33, n. 2, p.133-142, 1991. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v33n2/a08v33n2.pdf> >. Acesso em: 28 abr. 2012.

UECKER, M. et al. Infecções parasitárias: diagnóstico imunológicos de enteroparasitoses. **RBAC**, v.39, n.1, p.15-19, jan. 2007. Disponível em: < http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39_01/rbac_39_1_03.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2012.

VINHA, C. Fundamentos e importância das campanhas contra os geohelmintos no Brasil. **Revista Brasileira Malariologia e doenças Tropicais**. V.17, n.4, p.379-406,1965. Disponível em:

< <http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0102-311X199100010000800014&pid=S0102-311X1991000100008&lng=en> >. Acesso em: 04 abr. 2012.

VISSER, S.; GIATTI, L. L. CARVALHO, R. A. C.; GUERREIRO, J. C. H. Estudo da associação entre fatores socioambientais e prevalência de parasitose intestinal em área periférica da cidade de Manaus (AM, Brasil). **Ciências e Saúde coletiva**, v.16, n.8, p.3481-3492. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a16v16n8.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

VITORINO, R. R. et al. Esquistossomose mansônica: diagnóstico, tratamento, epidemiologia, profilaxia e controle. **Revista Brasileira Clínica Médica**. São Paulo, v. 10, n. 1, p. 39-45, 2012. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n1/a2676.pdf> >. Acesso em: 07 abr. 2012.

ZAIDEN, M. F. **Enteroparasitoses em crianças de 0 a 6 anos de creches municipais de Rio Verde-GO e sua interface com o meio ambiente**: 2006. 77 F. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) Universidade de Franca, Franca. Disponível em: < http://www.promocaodesaude.unifran.br/dissertacoes/2006/MARILUCIA_FONSECA_ZAIDEN.pdf>. Acesso em: 05 maio 2012.