

IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DE ENDOPARASIToses EM PACIENTES DA TERCEIRA IDADE

GILLIARD DE OLIVEIRA JUSTINO
DANIELE IDALINO JANEIRO
ALÚSIO DE MOURA FERREIRA
MARIA DE FÁTIMA FERREIRA NÓBREGA
MARIA DO SOCORRO RAMOS DE QUEIROZ
Universidade Estadual da Paraíba e
Faculdade Maurício de Nassau,
Campina Grande, Paraíba, Brasil.
queirozsocorroramos@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

As endoparasitoses intestinais são de grande importância para o mundo, constituem-se num grave problema de saúde pública e contribuem para problemas econômicos, sociais e médicos, sobretudo nos países do terceiro mundo. As doenças parasitárias são importantes pela mortalidade resultante e pela frequência com que produzem déficits orgânicos, sendo um dos principais fatores debilitantes da população, associando-se a quadros de diarreia crônica e de desnutrição, comprometendo assim, o desenvolvimento físico e intelectual, particularmente das faixas etárias mais jovens da população (PEDRAZZANI et al., 1989).

Estudos abordando a ocorrência de parasitas intestinais na população idosa são escassos. Não obstante sabe-se que os enteroparasitas contribuem no comprometimento do estado nutricional deste segmento populacional e da sua saúde como um todo.

Os helmintos frequentemente encontrados nos idosos são: *A. lumbricoides*, *T. trichiura*, *A. duodenale* e *S. stercoralis*. Dentre os protozoários de maior incidência nesse grupo etário tem-se: *E. coli*, *G. lamblia* e *E. histolytica* (PESSÔA; MARTINS, 1988).

As parasitoses intestinais são frequentes em locais onde existem baixas condições sócio-econômicas. A diversidade de manifestações clínicas e de lesões que podem ocorrer está relacionada às características biológicas dos parasitos no trato gastrointestinal, capacidade de invasão, migração e consumo de nutrientes e de sangue e as condições do hospedeiro (nutrição, competência imunológica e doenças associadas) (PEREIRA; DIAS; NUCCI, 1995). Segundo os mesmos autores as manifestações gastrointestinais mais comuns são alterações do hábito intestinal e do apetite, náusea, vômito e dor abdominal. A diarreia pode ocorrer na giardíase, na amebíase e na estrombiloidíase, assim como a anemia na ancilostomíase e má absorção na giardíase e na estrombiloidíase.

Sabendo que as infecções por helmintos e enteroprototozoários são na maioria das vezes assintomáticas ou apresentam sintomatologia discreta e inespecífica, e em vários casos não são causas habituais de procura de assistência médica e de investigação diagnóstica, é preciso evidenciá-las, porque muitas vezes resultam em consequências graves e até fatais. Portanto identificar e tratar as endoparasitoses na terceira idade é mais um desafio e uma contribuição para garantir uma melhor qualidade de vida.

2 METODOLOGIA

O estudo foi do tipo transversal e analítico com abordagem quantitativa e descritiva, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UEPB sob o nº. 3336.0.000.133-07. A seleção dos participantes aconteceu no Serviço Municipal de Saúde (SMS), em Campina Grande-PB e os exames coproparasitológicos no Laboratório de Parasitologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no período de março a agosto de 2008. A amostra foi composta por todos os pacientes portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus (HIPERDIA), que participam do Programa de Atenção Farmacêutica (PROATENFAR) da UEPB.

Os idosos que apresentaram enteroparasitoses foram tratados de acordo com as recomendações normativas da instituição ou da pesquisa em andamento. Os resultados foram digitados em software, como o Excel (2003) e tratados no Epi-info 3.5.1 e SPSS versão 16.0 para Windows e descritos em números absolutos e percentuais.

3 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 107 pessoas e todos os dados socioeconômicos e demográficos estão registrados na Tabela 1.

TABELA 1: Indicadores socioeconômicos e demográficos da amostra (n = 107).

INDICADORES	n	%
Gênero		
Feminino	78	73
Masculino	29	27
Tipo de doença crônica não transmissível (DCNT)		
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	71	66
HAS e Diabetes Mellitus (DM)	36	34
Renda familiar (Salários – mínimos)		
0 --- 1	06	06
1 --- 2	85	79
2 --- 3	09	08
3 --- 4	03	03
4 --- +	04	04
Ocupação		
Ativo	24	22
Inativo	83	78
Presença de coleta de lixo		
Sim	100	100
Não	-	-
Presença de rede de água encanada		
Sim	100	100
Não	-	-
Presença de rede de esgotamento sanitário		
Sim	98	92
Não	09	08

n=número; %= percentual.

No referido estudo, a maior frequência correspondeu ao gênero feminino. Não se pode afirmar que as parasitoses são mais presentes nas mulheres, o motivo delas se apresentarem sempre em maior percentual pode estar relacionado ao comportamento averso por parte dos homens em relação ao auto-cuidado nas questões de saúde.

Com relação à faixa etária dos idosos parasitados, a maior frequência foi registrada no intervalo de 60 – 69 anos. Estudos como o de Ludwig et al., (1999) e Guerreiro, Alencar e Guerreiro (2005) afirmaram que com o avanço dos anos, há uma tendência para a diminuição nas taxas de incidência e de prevalência de endoparasitoses em adultos, resultante da mudança de hábitos e do desenvolvimento da imunidade progressiva de longa duração contra os parasitas.

A maioria dos idosos pertencia à população economicamente inativa, eram aposentados e assistidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), direito assegurado pela constituição brasileira (BRASIL, 1988). A renda familiar mensal revelada correspondeu ao

estrato de 1 a 2 salários mínimos, dado também verificado em outras análises que, quanto menor a renda maior a probabilidade de infestação por parasitas. Segundo Ferreira, Ferreira e Monteiro (2000), além da renda, a escolaridade, o tipo de alimentação e a presença de saneamento básico são fatores determinantes para o surgimento de endoparasitoses.

Na avaliação do saneamento básico, foram considerados a coleta de lixo e os sistemas de água e de esgoto. Soares, Bernardes e Cordeiro Netto (2002) conceituaram sistema de saneamento básico como um conjunto formado pela infra-estrutura de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, coleta e disposição de resíduos sólidos, drenagem urbana e controle de vetores. Frei, Juncansen e Paes (2008) explicaram que melhorias nas condições de saneamento básico de uma localidade, diminuem o número de doenças e de possíveis internações.

Na amostra estudada o índice de parasitoses correspondeu a 32%. A ocorrência de endoparasitoses no presente estudo correspondeu a trabalhos semelhantes aos realizados por Guerreiro, Alencar e Guerreiro (2005). Ludwig et al., (1999) explicou que o decréscimo progressivo na prevalência de protozoários e de helmintos foi evidenciado a partir de 1991.

A Tabela 2 faz referência às parasitoses isoladas que foram apresentadas pelos pacientes merecendo destaque a *E. histolytica* com 46% para o gênero masculino e 64% para o feminino.

TABELA 2: Endoparasitoses isoladas por gênero.

PARASITAS	MASCULINO		FEMININO	
	n	%	n	%
<i>E. histolytica</i>	05	46	09	64
<i>E. coli</i>	-	-	03	21
<i>E. nana</i>	-	-	02	15
<i>G.lambliia</i>	01	27	-	-
<i>S. stercoralis</i>	01	27	-	-
TOTAL	07	100	14	100

A presença do primeiro parasita citado configura-se em risco para a população estudada, uma vez que ela é patogênica e invasiva, também é justificado pelo clima tropical da cidade, o que pode favorecer o seu surgimento. De acordo com Alves et al., (2003), este tipo de parasitose é causador das formas invasivas de amebíase e é responsável por 10% das 500 milhões de pessoas infectadas por amebas no mundo.

A *E. coli* é um parasito da cavidade intestinal, onde se nutre de bactérias e detritos alimentares. Apesar de ser considerado comensal e não apresentar patogenicidade ao ser humano deve ser estudado pelo fato de ter mecanismo de transmissão semelhante ao dos protozoários patogênicos (REY, 2001; NEVES et al., 2005). Knaippe e Tanus (1992) e Guerreiro, Alencar e Guerreiro (2005) explicaram que este parasita é apontado como um indicador de consumo de água e de alimentos contaminados por material fecal.

A *E. nana* vive nos segmentos cólicos do intestino humano, sem causar nenhum mal. A sua presença é justificada pela literatura da maneira semelhante ao da *E. coli*.

A giardíase é mais frequente na infância; na população adulta a sua menor incidência decorre da imunidade adquirida após exposições precoces resultantes de infecções assintomáticas. A *G. lamblia* responsável pela sua transmissão pode produzir vários graus de dano à mucosa e ao mesmo tempo propiciar condições na luz intestinal que pode prejudicar a digestão e a absorção de nutrientes (MOTTA; SILVA, 2002).

A ascaridíase tem prevalência no mundo, acometendo cerca de 30% da população; os seus sintomas geralmente ocorrem quando há uma infecção mais numerosa de vermes ou larvas. O seu agente transmissor isoladamente pode desencadear um severo quadro clínico,

representado, principalmente, por má digestão, náuseas, perda de apetite, emagrecimento, sensação de irritação nasal, irritabilidade e insônia (REY, 2001; MELO et al., 2004). As famílias de baixa renda e subnutridas são as mais expostas ao risco desta infecção, podendo este parasita contribuir para debilitar ainda mais o seu estado nutricional (FERREIRA; FERREIRA; MONTEIRO, 2000).

A estrogiloidíase tem incidência elevada em regiões de clima tropical ou com saneamento básico precário (NEVES et al., 2005). O portador desta helmintose residia numa rua que dispõe de saneamento básico, no entanto, é desprovida de rede de esgotamento sanitário, o que facilita a exposição de resíduos e o surgimento de vetores responsáveis pela transmissão.

A associação de endoparasitoses também foi evidenciada, sendo o biparasitismo representado na sua maioria por *E. histolytica* e *E. coli*, com 36% para o gênero masculino e 64% para o feminino e o poliparasitismo por *E. coli* + *E. histolytica* + *G. lamblia* (TABELA 3).

TABELA 3: Associação de endoparasitoses por gênero.

GÊNERO	BIPARASITISMO				POLIPARASITISMO	
	<i>E. Nana</i> + <i>A. Lumbricoides</i>		<i>E. histolytica</i> + <i>E. coli</i>		<i>E. coli</i> + <i>E. Histolytica</i> + <i>G. lamblia</i>	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	-	-	04	36	-	-
Feminino	01	100	07	64	01	100
TOTAL	01	100	11	100	01	100

A alimentação é um dos fatores importantes na avaliação da presença de parasitoses. Na amostra estudada a preferência foi por frutas (100%) (TABELA 4).

TABELA 4: Alimentos consumidos pelos portadores de endoparasitoses.

ALIMENTOS	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Frutas	34	100	-	-
Feijão	31	91	03	9
Verduras	25	74	09	26
Derivados de Milho	21	62	13	38

Nóbrega (2002) explicou que durante o plantio de frutas, verduras e legumes a irrigação é realizada com água sem tratamento, podendo resultar na contaminação por cistos e ovos de parasitos, dado importante que pode justificar a presença de parasitoses na amostra trabalhada.

O tratamento das protozooses e das helmintoses nos pacientes estudados foi realizado respectivamente pela administração do metronidazol na posologia de 250mg, por via oral, 3 vezes ao dia, por 7 dias ou por 10 dias e albendazol na posologia de 400mg, por via oral, em dose única.

Avaliando o tratamento com o número de parasitos, constatou-se que houve uma melhora total de 64% da amostra. Todas as helmintoses foram erradicadas, o único parasita que foi detectado tanto no primeiro quanto no segundo exame foi a *E. histolytica* (TABELA 5).

TABELA 5: Comparação entre as frequências de parasitoses pré e pós - tratamento.

TIPO DE PARASITOS	PRÉ TRATAMENTO		PÓS TRATAMENTO	
	n	%	n	%
<i>E. histolytica</i>	26	76	12	46
<i>E. nana</i>	03	09	-	-
<i>G.lambliia</i>	02	06	-	-
<i>A. lumbricoïdes</i>	01	03	-	-
<i>S.stercoralis</i>	01	03	-	-
TOTAL	33	100	12	36

6 CONCLUSÃO

A presença de endoparasitoses evidenciada na população geriátrica pode estar relacionada à imunidade adquirida com o avanço da idade ou pelas condições favoráveis oferecidas pelo município. Portanto, políticas públicas de saúde deverão ser intensificadas, para assegurar a melhoria e o bem estar da população, favorecendo o aumento da expectativa de vida, contribuindo assim para uma longevidade mais saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, J. R.; MACEDO, H. W.; RAMOS JUNIOR, A. N.; FERREIRA, L. F.; GONÇALVES, M. L. C.; ARAUJO, A. Parasitoses intestinais em região semi-árida do nordeste do Brasil: resultados preliminares distintos das prevalências esperadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. n. 19, v.2, p. 667–670, mar./abr. 2003.

ARAÚJO, C. F. F.; CORREIA, J. S. Frequência de parasitas intestinais em idosos dos núcleos da Prefeitura de João Pessoa, Estado da Paraíba. **RBAC**, João Pessoa. v. 29, n. 4, p.230–231, 1997.

BRASIL, Ministério da Educação. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 24º parágrafo, artigo 7. MEC: Brasília, 1998. p. 14.1988.

FERREIRA, M. U.; FERREIRA, C. S.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984 – 1996). **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p.73–82, 2000.

FREI, F.; JUNCANSEN, C.; PAES, J. T. R. Levantamento epidemiológico das parasitoses intestinais: Viés analítico decorrente do tratamento profilático. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro.v. 24, n. 12, p.2919–2925, 2008.

GUERRERO, A. F.; ALENCAR, F. H.; GUERRERO, J. C. Ocorrência de enteroparasitoses na população geronte de Nova Olinda do Norte – Amazonas, Brasil. **Acta Amazonica**, Manaus. v. 35, n. 4, p.487–490, 2005.

KNAIPPE, F.; TANUS, R.. Prevalência de giardíase e flutuação sazonal em uma amostra da população urbana da região centro-oeste do Brasil. **Rev. Bras. Farm.** Brasília. v. 73, n. 2, p.33–34, 1992.

LUDWIG, K. M. Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses na população de Assis, Estado de São Paulo. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v. 32, n. 5, p. 547 – 55, 1999.

MELO, M. C. B.; KLEM, V. G. Q.; MOTA, J. A. C.; PENNA, F. J. Parasitoses Intestinais. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte. v. 14, n. 1, p.03–12, 2004.

MOTTA, M. E. F. A.; SILVA, G. A. P. Diarréia por parasitas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 93, p 117–127. 2002.

NEVES, D. P.; MELO, A. L.; LINARDI, P. M.; VITOR, R. W. A. **Parasitologia Humana**. 11. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. 494 p.

NÓBREGA, M. de F. F. Perfil sócio - demográfico dos vendedores de hortaliças e prevalência de enteroparasitas humanos em *Lactuca sativa* L (Alface). 2002. 108 f. **Dissertação (Mestrado)** – UFPB/UEPB (PRODEMA), Campina Grande, 2002.

PEDRAZZANI, E. S., MELLO, D. A., PIZZIGAT, C. P., PRIPAS, S., FUCCI, M., SANTORO, M. C. M. Helminthoses Intestinais. III – Programa de Educação e Saúde em Verminose. **Rev. de Saúde Pública**. n. 23, p. 189–195, 1989.

PEREIRA, A. S.; DIAS, L. C. S.; NUCCI, M. A. C. Parasitoses intestinais. terapêutica em clínica e pediatria. Medical Master. **Anais de Atualização Médica** (UNIEME EDITORA). n. 3, p. 65–72, 1998.

PESSOA, S. B.; MARTINS, A. V. **Parasitologia Médica**. 11ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988. 872 p.

REY, L. **Parasitologia: Parasitos e Doenças Parasitárias do Homem nas Américas e na África**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A, 2001. 856 p.

SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; CORDEIRO NETTO, O. de M. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: Elementos para a formulação de um modelo de planejamento em saneamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 6, p.1713–1724, 2002.

WHO, World Health Organization. **Iron deficiency anaemia. Assessment, prevention and control**. A guide for programme managers, 2001. 114p.

MARIA DO SOCORRO RAMOS DE QUEIROZ

queirozsocorroramos@yahoo.com.br

Endereço: José de Alencar, 286

Bairro: Prata

CEP: 58400-500

Campina Grande-PB

Telefone: 08333212852