

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO AMAZONAS – TURMA II

TÍTULO DO TCC

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA AGENTES DE SAÚDE INDÍGENAS SOBRE SINAIS DE
ALARMA DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS.

AUTOR

ERICK JOSE EIRIN REY

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

Orientadoras: Profas.

CAMILA FEIJO TORMES

SELMA APARECIDA CHAVES NUNES

SÃO PAULO

2017

TÍTULO DO TCC

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA AGENTES DE SAÚDE INDÍGENAS SOBRE SINAIS DE
ALARMA DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS.

AUTOR

ERICK JOSE EIRIN REY

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

Orientador (as): Prof. (as)

CAMILA FEIJO TORMES

SELMA APARECIDA CHAVES NUNES

SÃO PAULO

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu Deus pela sabedoria que ele me deu para fazer todas as coisas na minha vida.

A minha esposa e filhos pelo apoio incondicional sem importar a distância.

A meus pais pelo seu sacrifício para que eu fosse médico.

A minhas orientadoras pelo interesse mostrado para me ajudar.

RESUMO

Um projeto de intervenção com design antes e depois foi realizado no Polo Base (PB) Campo Alegre do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Alto Rio Solimões, município de São Paulo de Olivença de março a maio de 2017, com o objetivo de elevar o nível de conhecimento sobre sinais de perigo de infecções respiratórias agudas (IRA) em agentes indígenas de saúde (AIS). O universo foi constituído pelos 28 AIS dos quais uma amostra de 21 foi selecionada. Após a seleção da amostra foi aplicado um enquete onde obteve-se dados como a: idade, sexo, anos de experiência, preparação prévia sob as IRA e nível de conhecimento sob os sinais de perigo das mesmas. Foram feitas três sessões de capacitação com uma duração de 2 horas cada uma e periodicidade mensal. Os resultados amostram que a maioria dos agentes são do sexo masculino, em relação a faixa etária houve um leve predomínio das idades entre 41 até 50 anos e entre 51 até 60 anos, o intervalo de anos de experiência de maior frequência foi de 16 - 20 anos, existia uma preparação prévia sob as Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em 19 dos 21 agentes de saúde analisados e 16 dos 18 sujeitos melhoraram o nível de conhecimento após da intervenção. Pode-se concluir que o modelo de intervenção educativa foi efetivo para elevar o conhecimento sob as sinais de perigo das IRA. Recomenda-se desenvolver ações educativas nas populações para detecção precoce das mesmas e reduzir o risco de morte por doenças preveníveis.

Palavras – chave: Agente Indígena de Saúde , Infecção Respiratória Aguda, Saúde Indígena, Educação em Saúde

LISTA DE SIGLAS

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

ACS - Agentes Comunitarios de Saúde

AIS - Agentes Indígenas de Saúde

DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

IRA - Infecção Respiratória Aguda

ODM - Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organizações não governamentais

PB – Polo Base

PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

SG - Síndrome gripal

SRAG - Síndrome respiratório agudo grave

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI - Terra Indígena

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. Distribuição de AIS de acordo com o faixa etária e o sexo. --- **10**
- Quadro 2. Distribuição de AIS de acordo com anos de experiência e ---- **11**
sexo.
- Quadro 3. Distribuição de AIS de acordo com a preparação prévia ----- **12**
sobre IRA e sexo.
- Quadro 4. Distribuição da AIS acordo com o nível de conhecimento ----- **14**
antes e depois da intervenção.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 7 |
| 3. METODOLOGIA | 8 |
| 4. RESULTADOS | 10 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 16 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 17 |
| 7. ANEXOS..... | 21 |

INTRODUÇÃO

As transformações sociais, econômicas e demográficas, ocorridas nos últimos 50 anos, foram fatores determinantes das significativas mudanças nos padrões de morbimortalidade em todo o globo. No âmbito dessas transformações, a ampliação da cobertura do saneamento, a melhoria das condições habitacionais e a introdução de novas tecnologias de saúde, particularmente vacinas e antibióticos, foram decisivas para o rápido declínio da magnitude das doenças infecciosas.¹

No entanto, os fatos contrariaram essas expectativas e o que assistimos foi a aceleração do processo de emergência e reemergência das doenças infecciosas a partir do final do século XX, mantendo-as no rol de prioridades da Agenda Global de Saúde Pública.²

Essa trajetória de contínuas mudanças, muitas vezes inesperadas, assumiu caráter global, mas com velocidade e intensidade variável nos diferentes países.³

As infecções respiratórias agudas (IRA) constituem uma síndrome clínica cujos agentes infecciosos mais comuns são vírus respiratórios, como o vírus sincicial respiratório, ou bactérias, como *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. São particularmente suscetíveis as crianças, os idosos e populações socialmente menos favorecidas de países em desenvolvimento e minorias étnicas.^{4,5}

Outros fatores de risco são: Grávidas, puérperas até duas semanas após o parto, população indígena aldeada, Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado de ácido acetilsalicílico, indivíduos que apresentem: pneumopatias (incluindo asma), cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica), nefropatias hepatopatias, doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme), distúrbios metabólicos (incluindo diabetes melito), transtornos neurológicos e do desenvolvimento que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesão medular, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de Down, Acidente Vascular Cerebral ou doenças neuromusculares), imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV/Aids ou outros e obesidade.⁶

Segundo o CDC/EUA, não é possível prever o comportamento da gripe a cada ano no que tange ao momento em que ela se dissemina, em relação à gravidade e à duração da estação, que pode variar de um ano para o outro, mesmo dentro de regiões de um mesmo país. Todo ano, no Brasil, ocorre uma epidemia de gripe sazonal, geralmente entre abril e outubro, sobretudo nos estados onde as condições climáticas são mais definidas.⁷

A OMS em seu relatório sobre a Saúde Mundial estimou em 2012 ocorreram cerca de 5 milhões de mortes com menos de 5 anos de idade no mundo, o 73% delas ocorreram no primeiro ano de vida, sendo pneumonia a segunda causa de mortalidade (15%), precedido apenas pela prematuridade.⁸

Em países em desenvolvimento, estima-se 0,29 episódio de pneumonia clínica/criança-ano ou 151,8 milhões de casos novos anuais (95% da incidência mundial em menores de 5 anos); 7 a 13% dos casos resultam em internação; e mais de 2 milhões evoluem para óbito, posicionando a pneumonia como a principal causa isolada de óbito em crianças. As proporções de óbito por pneumonia variam de 12% (Américas e Europa) a 21% (África e Leste do Mediterrâneo), com maior importância relativa nas regiões cujos sistemas de saúde são mais precários.⁴

O Brasil é um dos 15 países com maior número de casos anuais de pneumonia clínica em menores de 5 anos (1,8 milhão), com incidência estimada de 0,11 episódio/criança ano. Nesse grupo, 30 a 50% das consultas ambulatoriais, mais de 50% das hospitalizações e 10 a 15% dos óbitos são atribuídos à IRA, sendo 80% destes por pneumonia. Entre 2000 e 2007, houve redução de 18% nas hospitalizações por pneumonia clínica em menores de 1 ano, e de 27% entre 1 e 4 anos, ainda que a proporção de hospitalização por esta causa tenha se mantido estável no período (27%). Entretanto, os custos com as hospitalizações cresceram, atingindo R\$ 189 milhões e 20,5% dos gastos com hospitalização em menores de 5 anos. O número de óbitos decresceu, mas a proporção de óbitos por pneumonia clínica manteve-se estável, constituindo-se na segunda causa de óbitos em grande parte das Unidades Federadas.

Em indígenas no Sul e Sudeste do Brasil, as taxas anuais de mortalidade em menores de 5 anos (54,8/1.000) e em menores de 1 ano (35,6/1.000) superaram em 2,8 vezes e em 84,4% as taxas correspondentes no Brasil, com 85,7% dos óbitos infantis concentrados no período pós-neonatal. O risco de morte por IRA

responde por mais da metade do risco de morte por todas as causas em indígenas menores de 5 anos. ⁴

Os povos indígenas encontram-se entre os grupos sociais mais marginalizados na América Latina e no Caribe. No Brasil, assim como em outros países, o perfil de morbimortalidade desses povos é marcado por doenças infecciosas, parasitárias e carenciais, particularmente na população infantil, com destaque para as infecções respiratórias agudas (IRA), em sua maioria preveníveis ou reduzíveis por intervenções disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) ⁹

Em 2010, a população indígena brasileira foi estimada em 896,900 pessoas (0,4% do total da população mundial), distribuídos por 305 grupos étnicos que falam 274 línguas e cerca de 82 grupos isolados. ¹⁰

As taxas de mortalidade nesta população é de três a quatro vezes superiores aos da população brasileira não-indígena, com elevado número de mortes sem registro ou causa indefinida ¹⁰

A análise do Censo Demográfico de 2000 confirma os altos níveis da mortalidade infantil indígena no país (IBGE, 2005). Os dados indicam, para indígenas nas áreas urbanas e rurais, uma taxa de mortalidade infantil de 51,4 por mil, substancialmente mais elevada que a taxa de mortalidade infantil nacional (30,1 por mil). A taxa de mortalidade infantil indígena mostrou-se superior a de outros segmentos reconhecidamente desfavorecidos da sociedade brasileira, como as crianças de cor/raça preta (34,9 por mil). ¹¹

Entre os indígenas, são as infecções da criança que representam a principal causa de mortes infantis. ¹²

Além dos déficits nutricionais que colocam a criança indígena em posição de larga desvantagem quando comparada à criança brasileira não indígena, o Inquérito Nacional evidenciou elevadas prevalências de hospitalização por condições sensíveis à atenção básica nos 12 meses que antecederam as entrevistas no campo – diarreia (37,2%) e infecção respiratória aguda (47,6%)

¹³

Em recente estudo sobre doença respiratória aguda em indígenas Guarani residentes em 83 aldeias no Sul e Sudeste do Brasil, verificou-se que 71,9% das hospitalizações com causas definidas em < 5 anos de idade foram devidas às infecções respiratórias agudas baixas (IRAB), ⁹

Nessa mesma população e no mesmo período, a taxa de mortalidade em < 5 anos e a taxa de mortalidade infantil corresponderam a 44,5 óbitos por mil nascidos vivos e a 29,6 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente. A mortalidade por IRAB (< 5 anos: 24,7 por mil nascidos vivos; < 1 ano: 17,3 por mil nascidos vivos) foi a maior entre as causas específicas de mortalidade, superando em pelo menos duas vezes as taxas de mortalidade por diarreia e por demais causas.⁹

Em nosso polo base de Campo Alegre que faz atendimento de 8 aldeias com uma população de 6600 pessoas até a semana epidemiológica 16 do presente ano tem sido atendidos 278 pessoas com Síndrome gripal (SG): de elas 65 menores de um ano; 108, de 1 a 4 anos e 23, de 5 a 9 anos e 51 pacientes com Síndrome respiratório agudo grave (SRAG): de eles 19 menores de um ano, 16, de 1 a 4 anos e 4, de 5 a 9 anos. Pode-se observar a alta prevalência das infecções respiratórias em crianças menores de 5 anos que representam para el SG el 72.2% dos casos avaliados por esta doença e para o SRAG, o 68.6%.¹⁴

Desde 1999, estabeleceu-se o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena, reconhecendo os povos indígenas com suas especificidades étnicas e culturais, como também seus direitos territoriais, considerando que o subsistema deveria desenvolver um modelo diferenciado de atenção à saúde que atendesse os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mas criando uma rede de serviços capaz de transpor as dificuldades de cobertura de atendimento, acesso e a especificidade cultural desses povos. A atenção à saúde indígena é realizada em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) onde são desenvolvidas ações de atenção primária por meio de Equipes Multidisciplinares Indígenas (EMSI), que atuam nas aldeias de forma “diferenciada”, levando em consideração as especificidades culturais e epidemiológicas dos povos indígenas.¹⁵

Os AIS são profissionais que compõem a equipe multidisciplinar nos serviços de atenção básica de saúde indígena. O espaço de intervenção desses agentes está delimitado pelo campo da saúde à medida que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida e da relação intercultural dos povos indígenas com a sociedade nacional.¹⁶

Os agentes indígenas de saúde são um tipo de trabalhadores comunitários de saúde também conhecidos como promotores de saúde em Latino América.¹⁷

A categoria de AIS deriva da categoria de Agente de Saúde (AS). Esta última remontava há três décadas, impulsionada pela Organização Mundial de Saúde das Nações Unidas em muitas partes do mundo, quando finalmente se desenvolveu, oficialmente, no Brasil, na década de noventa.

No Brasil, os AS, designados como ACS, foram reconhecidos como profissionais da saúde em 2002 por meio da *Lei n. 10.507/2002*.³ Segundo essa Lei, a profissão de ACS caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. Na saúde indígena, a inclusão do AIS na atenção primária iniciou via universidades e organizações não governamentais (ONG) a partir da década de 1980 (...). A grande maioria dessas experiências envolveu formação e capacitação de índios em atividades de atenção básica, freqüentemente em situações em que não havia outros profissionais, ou para atender surtos de doenças epidêmicas (LANGDON et al, 2006. P. 2637 e 2638).¹⁸

No Brasil, a concepção do cargo de agente indígena de saúde (AIS) centrou-se na ideia de que os AIS seriam capazes de ter um olhar interno à comunidade, tanto dos problemas de saúde, como das dinâmicas socioculturais, que influenciariam negativamente os processos de saúde/doença localmente. Dessa forma, previa-se que a capacitação permitiria aos AIS informar as equipes médicas sobre como melhorar a eficácia dos serviços.^{19, 20, 21}

El DSEI Alto Solimões tiene una población de 28 562 indígenas, de los cuales 26 000 son de la etnia Tikuna. Según Erthal, en esta región, al principio, el papel de los agentes de salud era de ejecutores de los procedimientos biomédicos. Después de la década de los noventa, la organización de los AIS Tikuna solicitó una articulación con los líderes de las comunidades, el reconocimiento de las medicinas tradicionales y la protección de los conocimientos indígenas; no obstante, la autora señala que se mantuvo una separación entre las prácticas tradicionales y los servicios de salud. Erthal identifica el trabajo del AIS como un canal de comunicación entre la población y los servicios, pero la actuación de éste todavía es más una forma de promover la aceptación de los servicios médicos por las comunidades.¹⁷

As principais atribuições do AIS, visando a promoção da saúde em sua comunidade, contemplam atividades que vão desde o conhecimento da política nacional de atenção à saúde indígena, cadastramento de famílias, conhecimento do itinerário terapêutico até a realização de um tratamento supervisionado, ou seja, o AIS, como membro da EMSI, participa da construção e execução das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em sua comunidade ^{16,21}

De acordo com Langdon (2012), formar e capacitar AIS segundo a PNASPI, é fundamental para sua atuação na atenção primária ¹⁶

Nos cenários sociais, a promoção da saúde surge como alternativa de empoderamento dos sujeitos para intervenção nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Nessas circunstâncias, os procesos educativos operam como via privilegiada para operacionalizar ações qualificadas e efetivas de promoção e manutenção da saúde. ²²

A importancia de desenvolver uma atenção diferenciada na saúde indígena, a prevalencia das IRA entre as principais causas de morbimortalidade da nossa população, o papel fundamental dos AIS na pesquisa das sinais de alarma, a necessidade da detecção precoce das complicações para redução de custos em tratamentos e hospitalizações, a inexistencia de vacinas para prevenir o espectro de agentes infecciosos nas IRA , a prioridade de realizar intervenções educativas de caráter coletivo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes nos estimulou a a desenvolver esta investigação em nosso polo base.

OBJETIVOS

GERAL

- ✓ Elevar o nível de conhecimento sobre sinais de perigo de infecções respiratórias agudas em agentes indígenas de saúde no Polo Campo Alegre Base do Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões.

ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever as características da amostra, tendo em conta a idade, sexo e anos de experiência.
- ✓ Determinar a existência de uma preparação prévia nas infecções respiratórias agudas.
- ✓ Demonstrar a eficácia do modelo de intervenção aplicada.

MÉTODOS

Um estudo de intervenção foi realizada com design antes e depois no Polo Base (PB) Campo Alegre do DSEI Alto Rio Solimões, município de São Paulo de Olivença de março a maio 2017, com o objetivo de melhorar o nível de conhecimento sobre sinais de perigo das IRA nos AIS.

Cenário de estudo

As atividades foram realizadas no local das reuniões da equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI) do Polo Base Campo Alegre. O local é espaçoso e arejado, bem iluminado e com pouca interferência externa.

Sujeitos

O processo de intervenção foi dirigido aos AIS do referido polo base que são responsáveis pelo acompanhamento de 128 crianças menores de um ano de idade e 622 crianças de 1 a 5 anos, que constituem a população de maior risco para complicações da IRA e os quais são distribuídos em nove aldeias.

O universo foi constituído pelos 28 AIS dos quais uma amostra de 21 foi selecionada.

Para a seleção da amostra foi tomado como critério de inclusão: aqueles que voluntariamente desejaram participar (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) Ver anexo 1 e aqueles que não faltarem a nenhuma das três sessões de trabalho. Foram excluídos aqueles que não cumpriram com estes requisitos.

Estratégias e ações

Após a seleção da amostra foi aplicado um enquete, como método auxiliar (ver Anexo 2), onde foram obtidos os seguintes dados:

a) Informações gerais: idade, sexo e anos de experiência.

Idade: Distribuiu-se da seguinte maneira, de 21 a 30 anos, de 31 a 40 anos, de 41 a 50 e de 51 a 60 anos.

Sexo: Masculino e feminino

Anos de experiência: Até 5 anos, de 6 a 10, de 11 a 15, 16 a 20 e mais de 20.

b) Dados em relação a preparação prévia nas infecções respiratórias agudas: se recebeu cursos anteriores sobre o tema ou não.

c) Nível de conhecimento sob os sinais de perigo das infecções respiratórias agudas:

✓ Adequado: Se teve uma pontuação de 8 o mais.

✓ Inadequado: Se teve uma pontuação menos de 8.

O enquete foi avaliado de acordo a uma chave (ver Anexo 3) onde foi determinado se o nível de conhecimentos era adequado ou não.

Foram feitas 3 sessões de trabalho com uma periodicidade de duas horas mensalmente.

Na primeira sessão e com ajuda da psicóloga do EMSI foi feita uma técnica de introdução onde cada pessoa se identificou falando seu nome e profissão. Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre sua participação, que foi voluntária, sendo garantido o sigilo com relação aos resultados da enquete e eles tiveram acesso ao “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), que foi lido, explicado e assinado. Após foi aplicado o enquete. Nesse primeiro encontro falou-se das do conceito das infecções respiratórias agudas (IRA) assim como das causas e da epidemiologia no Brasil e nas populações indígenas.

Na segunda sessão fez-se uma técnica de introdução de chuva de ideias e lembrou-se dos temas da sessão anterior. Após falou-se dos sintomas e sinais desta doença assim como do tratamento de forma geral.

Na terceira sessão fez-se novamente um revisão do tema anterior e procedeu-se a mostrar vídeos do curso de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) ²³ onde puderam-se observar os sinais de perigo das IRA. Depois aplicou-se novamente a enquete para determinar o nível de conhecimento depois da intervenção educativa.

A avaliação dos resultados e o porcentagem mostra-se nos quadros.

RESULTADOS

No quadro 1 expõe a distribuição de AIS de acordo com o faixa etária e o sexo.

Quadro 1. Distribuição de AIS de acordo com o faixa etária e o sexo. PB Campo Alegre, no Rio Alto Solimões DSEI. Município de São Paulo de Olivença. Trimestre de março a maio. 2017

| Faixa etária | Sexo | | | | Total | |
|--------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | No | % | No | % | No | % |
| 21-30 | 4 | 19 | 1 | 4.8 | 5 | 23.8 |
| 31-40 | 3 | 14.2 | 1 | 4.8 | 4 | 19 |
| 41-50 | 5 | 23.8 | 1 | 4.8 | 6 | 28.6 |
| 51-60 | 5 | 23.8 | 1 | 4.8 | 6 | 28.6 |
| Total | 17 | 80.8 | 4 | 19.2 | 21 | 100 |

Fonte: Enquete

Nela pode-se observar com relação ao sexo que dos 21 AIS que trabalham no polo base, 17 deles são do sexo masculino o que representa um 80.8% del total e somente 7 são do sexo feminino.

Nosso trabalho coincide com uma pesquisa etnográfica sobre a atuação dos agentes indígenas de saúde (AIS) na Terra Indígena (TI) Kwatá- Laranjal, Município de Borba, Amazonas, o perfil mostrou que os homens constituíram el 84% e as mulheres so el 16%.¹⁹

A autora Marina Pereira encontrou prevalência dos homens entre os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu onde cabe aos homens um papel que pode ser definido como mais “político” já que são eles os responsáveis pela intermediações interétnicas, incluindo as relações com a sociedade nacional. Esta interdição das mulheres aos espaços “públicos” dificulta seu acesso também as cidades e locais marcados pelo contato interétnico o que tem como consequência direta o menor domínio feminino da língua portuguesa.²⁴

Erthal detalha como a escolha de AIS é feita entre as afiliações políticas das lideranças Tikúna e o surgimento de conflitos como consequência da criação do cargo assalariado.²⁵

Infere-se que ainda existindo uma “igualdade” entre o homem e a mulher a maioria das mulheres tikunas sofrem discriminação. Elas engravidam muito

jovens e em mais de uma ocasião sendo elas “responsáveis” pelo cuidado do seus filhos, do trabalho na casa e muitas vezes de trabalhar na roça para ajudar aos seus parceiros no mantimento familiar, por isso faz-se difícil continuar os seus estudos de superação. Em relação a faixa etária houve um leve predomínio das idades entre 41 até 50 anos e entre 51 até 60 anos. Autores como Scopel Paiva Langdon encontraram predomínio das idades entre 31 até 40 anos.¹⁹ Não encontramos outros estudos relacionados.

O intervalo de anos de experiência de maior frequência foi de 16 - 20 anos para um 42.8% da amostra como pode-se apreciar no quadro 2.

Quadro 2. Distribuição de AIS de acordo com anos de experiência e sexo. PB Campo Alegre, no Rio Alto Solimões DSEI. Município de São Paulo de Olivença. Trimestre de março a maio. 2017

| Anos de experiência | Sexo | | | | Total | |
|---------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | No | % | No | % | No | % |
| Até 5 | 3 | 14.2 | 1 | 4.8 | 4 | 19 |
| 6-10 | 3 | 14.2 | 1 | 4.8 | 4 | 19 |
| 11-15 | 1 | 4.8 | 1 | 4.8 | 2 | 9.5 |
| 16-20 | 8 | 38.1 | 1 | 4.8 | 9 | 42.8 |
| Mais de 20 | 2 | 9.5 | 0 | 0 | 2 | 9.5 |
| Total | 17 | 80.8 | 4 | 19.2 | 21 | 100 |

Fonte: Enquete

Isto coincide com o referido por Diehl Langdon Scopel quando expressa que na prática, desde o final da década de 1970 os AIS estavam sendo treinados e incluídos nos serviços de atenção primária prestada por algumas universidades, organizações não governamentais (ONG) indígenas e não indígenas e grupos ligados à Igreja católica. Destacam-se as experiências do Conselho Indigenista Missionário, do Projeto Xingu (Mato Grosso), do Rio Envira (Acre), da região do Rio Negro (Amazonas), dos Tikúna (Amazonas) e de Santa Catarina.²⁵

Segundo Diehl Pellegrini a incorporação de indígenas nos serviços como agentes indígenas de saúde já era uma estratégia utilizada antes da implementação do subsistema, porém, como apontam as revisões²⁰, a inserção

e o trabalho destes profissionais a partir de 1999 em localidades específicas e voltadas para a resolução de problemas particulares,^{25,26}

Nosso resultado tem alguns pontos de convergência com o perfil dos AIS de Kwatá- Laranjal onde mais da metade da amostra tinha mais de 10 anos de trabalho na profissão.¹⁹

Nosso resultado não coincide com uma investigação realizada na Terra Indígena Xapecó em janeiro de 2007, onde observou-se que nas aldeias localizadas neste município havia pouca permanência dos AIS no cargo.²⁵

A existência de preparação prévia sobre IRA mostra-se no quadro 3 onde pode-se apreciar que 19 dos 21 agentes de saúde tinha recebido cursos sob o assunto anteriores a intervenção. Infere-se que os dois agentes que não tinham feito a superação e devido ao pouco tempo no cargo.

Quadro 3. Distribuição de AIS de acordo com a preparação prévia sobre IRA e sexo. PB Campo Alegre, no Rio Alto Solimões DSEI. Município de São Paulo de Olivença. Trimestre de março a maio. 2017

| Preparação previa sobre IRA | Sexo | | | | Total | |
|-----------------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Feminino | | | |
| | No | % | No | % | No | % |
| Sim | 15 | 71.4 | 4 | 19 | 19 | 90.5 |
| Não | 2 | 9.5 | 0 | 0 | 2 | 9.5 |
| Total | 17 | 80.8 | 4 | 19.2 | 21 | 100 |

Fonte: Enquete

Em estudo sobre a capacitação dos agentes de saúde, Rocha verificou que no período de 1990 a 2006 eles receberam 12 treinamentos curtos, ofertados por diversas instituições. Nenhum destes cursos dispunha de conteúdos programáticos voltados para a especificidade das culturas locais. Limitavam-se a temas biomédicos.^{17,22}

A demanda por cursos de formação e palestras sobre temas específicos foi uma constante observada entre os Xoklém e os Kaingáng. AIS reclamam que não têm palestras nem cursos contínuos para ajudar melhorar o atendimento dos problemas de saúde.²⁵

Entre 2005 e 2010, os agentes Munduruku da TI Kwatá-Laranjal relataram que tiveram apenas cursos breves e específicos, incluindo um sobre DST/AIDS, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde. A maioria dos AIS com menos de seis anos de trabalho não recebeu qualquer capacitação fora da rotina. Nesse caso, os mais novos obtinham conhecimento sobre como atuar via outros membros das EMSI e, principalmente, de maneira informal, ao acompanhar o trabalho dos agentes mais experientes. ¹⁹

Novo 30 também descreve a articulação, comunicação e troca de experiências entre os próprios AIS como forma de aprendizado. ²⁵

Ao longo dos 11 anos de gestão da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), as iniciativas de capacitação dos trabalhadores da saúde indígena foram descontínuas e de modo geral desconsideraram especificidades socioculturais, com o foco na biomedicina. ²⁶

Autores como Tolomeu et al. refere que as ações de educação em saúde realizadas no município de Diamantina, semelhantemente ao que ocorre no restante do país, ainda é insuficiente, em quantidade, necessitando urgentemente de ser ampliada. ²⁷

Os 21 AIS que atuavam na Terra Indígena Xaçecó citaram capacitações anteriores aos DSEI que trataram sobre o uso de plantas medicinais e visita domiciliar, oferecidas de maneira esporádica. Por mais que a capacitação faça parte da Política Nacional desde a criação dos DSEI, as pesquisas revisadas demonstram que existem grandes lacunas em sua regularidade e continuidade e que a supervisão do trabalho do AIS, que contribuiria para o processo pedagógico em serviço, está ausente. ^{25,28}

O nível de conhecimento antes e depois da intervenção e mostrado no quadro No 4 onde observa-se que dos 18 profissionais com nível inadequado, 16 melhoraram o conhecimento sob as sinais de perigo das IRA. Infere-se que os dois AIS que mantiveram-se como inadequados foi pela questão da comunicação e dificuldades com a língua.

Quadro 4. Distribuição da AIS acordo com o nível de conhecimento antes e depois da intervenção. PB Campo Alegre, no Rio Alto Solimões DSEI. Município de São Paulo de Olivença. Trimestre de março a maio. 2017

| Nível de conhecimento antes | Nível de conhecimento depois | | | | Total | |
|-----------------------------|------------------------------|------|--------------|-----|-------|------|
| | Adequado | | Não adequado | | No | % |
| | No | % | No | % | | |
| Adequado | 3 | 14.3 | 0 | 0 | 3 | 14.3 |
| Não adequado | 16 | 76.2 | 2 | 9.5 | 18 | 85.7 |
| Total | 19 | 90.5 | 2 | 9.5 | 21 | 100 |

Fonte: Enquete

Um adequado nível permitirá um melhor atuar destes profissionais na detecção precoce do risco de complicações e assim diminuir a mortalidade infantil nas populações indígenas.

A autora Elietys no seu projeto de intervenção educativo sobre as IRA em mães com crianças menores de 5 anos pertencentes à município de Rio Negro, Mato Grosso do Sul, obteve resultados significativos já que 92,5% das mães tinham conhecimentos inadequados antes da intervenção educacional, mas não foi assim em seguida que culminou a comunicação já que o 97,5% obteve um conhecimento adequado, dado que 97,3% dos inadequados mudaram de categoria, de modo que eles são significativos.³²

Na literatura revisada não existem outros resultados semelhantes já que poucos trabalhos foram encontrados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que na investigação a maioria dos agentes são do sexo masculino, em relação a faixa etária houve um leve predomínio das idades entre 41 até 50 anos e entre 51 até 60 anos, o intervalo de anos de experiência de maior frequência foi de 16 - 20 anos, existia uma preparação prévia sob as IRA em 19 dos 21 agentes de saúde analisados e 16 dos 18 sujeitos da investigação melhoraram o nível de conhecimento após da intervenção. Pode-se concluir que o modelo de intervenção educativa foi efetivo para elevar o conhecimento sob as sinais de perigo das IRA.

Recomenda-se desenvolver ações educativas nas populações para elevar o conhecimento sob as infecções transmissíveis e a detecção precoce dos sinais de alarma das mesmas para reduzir o risco de morte por doenças preveníveis e cumprir os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio(ODM) assim como fazer capacitações frequentes aos agentes de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waldman, Eliseu Alves, and Ana Paula Sayuri Sato. "Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio." *Revista de Saúde Pública* 50 (2016): 68. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rsp/article/view/126091>
2. Fauci AS, Morens DM. The perpetual challenge of the infectious diseases. *N England J Med* 2012 ;366(5) :454-61. DOI:10.1056/NEJMra1108296.
3. Monteiro CA, Levy RB, organizadores. Velhos e novos males da saúde no Brasil: de Geisel a Dilma. São Paulo (SP): Hucitec; 2015. v. 1, p. 374.
4. Cardoso, Andrey Moreira. "A persistência das infecções respiratórias agudas como problema." *Cad. Saúde Pública* 26.7 (2010): 1270-1271. Cardoso, Andrey Moreira. *Doença respiratória aguda em indígenas Guarani no Sul e Sudeste do Brasil*. Diss. Escola Nacional de Saúde Pública, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=587479&indexSearch=ID>
5. Cardoso, Andrey Moreira. *Doença respiratória aguda em indígenas Guarani no Sul e Sudeste do Brasil*. Diss. Escola Nacional de Saúde Pública, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=587479&indexSearch=ID>
6. Moura, Alexandre Sampaio. "Doenças Infectocontagiosas na Atenção Básica à Saúde [2016]." (2016). Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3703?show=full>
7. Ribeiro–HBDF, Julival. "INFLUENZA (GRIPE)." (2017). Disponível em: <https://www.infectologia.org.br/admin/zcloud/125/2017/04/INFLUENZA-2-de-abril-de-2017-15.pdf>
8. WHO. Under Infant mortality 2014. Disponible en: http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/ (Acesso em 24 de jul. 2014).
9. Souza, Patrícia Gomes de, Andrey Moreira Cardoso, and Clemax Couto Sant'Anna. "Prevalência de sibilância e fatores associados em crianças indígenas Guarani hospitalizadas por doença respiratória aguda no Sul e Sudeste do Brasil." *Cadernos de Saúde Pública* 30.7 (2014): 1427-1438. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1427.pdf>

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social 10 de agosto de 2012 [documento em internet]. Brasília: IBGE, 2012 [consultado el 27 de julio 2012]. Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2194&id_pagina=1
11. Cardoso, Andrey Moreira. *Doença respiratória aguda em indígenas Guarani no Sul e Sudeste do Brasil*. Diss. Escola Nacional de Saúde Pública, 2010. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LIL_ACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=587479&indexSearch=ID
12. Maranhão, Ana Goretti Kalume, et al. "Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010." (2012). Disponível em: http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/12478/1/CAPITULO_MortalidadeInfantilBrasil.pdf
13. Carlos Jr, E. A. "Health and indigenous peoples in Brazil: reflections based on the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition." *Cadernos de Saúde Pública* 30.4 (2014): 855-859. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0855.pdf>
14. Sistema da Informação da Atenção a Saúde Indígena. Polo Base Campo Alegre. 2017
15. Patzer, Juliana Dourado, and Ivone Andreatta Menegolla. "Hospitalização de crianças indígenas de etnia Guarani, Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, Rio Grande do Sul." *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 7.4 (2013): 195-204. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1429>
16. Araújo, Sâmia Kelle de. "A formação profissional dos agentes indígenas de saúde." (2014). Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15592>
17. de Moura-Pontes, Ana Lucia, and Luiza Garnelo. "La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil." *salud pública de México* 56.4 (2014): 386-392. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/spm/v56n4/v56n4a13.pdf>.
18. Rodrigues, Ricardo da Silva. "Atuação dos agentes indígenas de saúde Paiter Suruí: Possibilidades de Ações Terapêuticas no Contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena Vilhena." (2013). Disponível em: http://www.ri.unir.br/jspui/bitstream/123456789/770/1/Ricardo%20da%20S.%20Rodrigues_Atua%C3%A7%C3%A3o%20dos%20agentes%20ind%C3%ADgenas.pdf

19. Kwatá-Laranjal, Indígena. "Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil Intermedicality and protagonism: the role of indigenous health agents on the Kwatá-Laranjal." *Cad. Saúde Pública* 31.12 (2015): 2559-2568. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Esther_Jean_Langdon/publication/293013038_Intermedicalidade_e_protagonismo_a_atuacao_dos_agentes_indigenas_de_saude_Munduruku_da_Terra_Indigena_Kwata-Laranjal_Amazonas_Brasil/links/56fbbcb08ae3c0f264d5be9.pdf
20. Langdon EJ, Diehl EE, Dias-Scopel RP. O papel e a formação dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadores. *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014. p. 213-39.
21. Garnelo L, Pontes AL, Stauffer A. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de Agentes Indígenas de Saúde. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação; 2012. p. 265-88.
22. Garnelo, Luiza, et al. "Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro." (2009). Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12100/2/formacao_tecnica_rio_negro.pdf
23. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, AIDPI. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=50iBYWtUDjY>
24. Novo, Marina Pereira. "Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu." (2008). Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/190/2073.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Diehl, Eliana Elisabeth, Esther Jean Langdon, and Raquel Paiva Dias-Scopel. "Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros The contribution of indigenous community health workers to special healthcare for." *Cad. Saúde Pública* 28.5 (2012): 819-831. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Esther_Jean_Langdon/publication/225069271_The_contribution_of_indigenous_community_health_workers_to_special_healthcare_for_Brazilian_indigenous_peoples/links/0f31752fd04e3202f1000000.pdf

26. Diehl, Eliana Elisabeth, and Marcos Antonio Pellegrini. "Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para a atuação em contextos interculturais." *Cad Saúde Pública* 30.4 (2014): 867-74. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eliana_Diehl/publication/262846166_Health_and_indigenous_peoples_in_Brazil_the_challenge_of_professional_training_and_continuing_education_of_workers_in_intercultural_contexts/links/56ddcb0508aeb8b66f949e17.pdf
27. Tolomeu, Jéssica Samara Oliveira, et al. "Ações de educação em saúde para agentes comunitários de saúde doi: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2013.111.4049>." *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* 11.1 (2013): 40-49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2013.111.4049>
28. Rocha E. Uma etnografia das práticas sanitárias no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro –Noroeste do Amazonas [Dissertação de Mestrado]. Manaus: Programa de Pós-graduação em Sociedade e Cultural na Amazônia, Universidade Federal das Amazonas; 2007
29. Quintana, Elietys Gomez. "Intervenção educativa para mães de crianças menores de cinco anos sobre as infecções respiratórias agudas." (2016). Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7422>

ANEXO 2 ENQUETE

Idade ____

Sexo M ____ F ____

Anos como agente de saúde: _____

Recebeu cursos anteriores sobre infecções respiratórias agudas:

Sim ____ Não ____

Conhece quais são os sinais de perigo das infecções respiratórias agudas:

Sim ____ Não ____

Se a resposta é sim então coloque uma X em qual você acha correta

____ Febre

____ Respiración rápida

____ Quando a criança não bebe nem mama

____ Perda de consciência

____ Batimento de asa da nariz

____ Tosse

____ Secreção nasal

____ Vômitos frequentes

____ Convulsões e movimentos anormais

____ Gemência

____ Apresenta tiragem

____ Não consegue chorar nem falar

ANEXO 3 CHAVE DE RESPOSTAS

Se a resposta é sim então coloque uma X em qual você acha correta

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Febre | <input checked="" type="checkbox"/> Respiración rápida |
| <input checked="" type="checkbox"/> Quando a criança não bebe nem mama | <input checked="" type="checkbox"/> Perda de consciência |
| <input checked="" type="checkbox"/> Batimento de asa da nariz | <input type="checkbox"/> Tosse |
| <input type="checkbox"/> Secreção nasal | <input checked="" type="checkbox"/> Vômitos frequentes |
| <input checked="" type="checkbox"/> Convulsões e movimentos anormais | <input checked="" type="checkbox"/> Gemência |
| <input checked="" type="checkbox"/> Apresenta tiragem | <input checked="" type="checkbox"/> Não consegue chorar nem falar |

Nota. Um ponto por cada item correto. Total: 12 pontos

Avaliação:

- ✓ Nível de conhecimentos adequado: Se teve uma pontuação de 8 o mais.
- ✓ Nível de conhecimentos inadequado: Se teve uma pontuação menor de 8.