

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

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA AUMENTAR A PERCEPÇÃO DE RISCO SOBRE AS
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS NAS ALDEIAS DO POLO BASE INDÍGENA DE
OSÓRIO/RS

GERALDO SCHNEIDER DE MELLO

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

Orientador (a): Prof. (a) Juliana Gonçalves
Fidelis

SÃO PAULO

2017

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA AUMENTAR A PERCEPÇÃO DE RISCO SOBRE AS
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS NAS ALDEIAS DO POLO BASE INDÍGENA DE
OSÓRIO/RS

GERALDO SCHNEIDER DE MELLO

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

Orientador (a): Prof. (a) Juliana Gonçalves
Fidelis

SÃO PAULO

2017

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar saúde e muita força para superar todas as dificuldades.

A minha orientadora Professora Juliana Gonçalves Fidelis, e demais professores do curso que de uma forma ou de outra sempre contribuíram para o meu aprendizado.

A família, minha esposa Léia Gonchoroski Machado, minhas filhas Gabrieli Machado de Mello e Giovanna Machado de Mello, a meus Pais Arlindo de Mello e Davina Noeli Schneider de Mello por sempre acreditar em seguir em frente e pelas vezes que entenderam minha ausência por dedicar me aos estudos e sempre buscar que tudo que se acredita junto se torna possível.

Aos meus colegas de trabalho que contribuem diariamente para uma saúde indígena mais eqüime e universal e para todos os indígenas Guaranis Mbya do Polo Base de Osório/RS que inspiram esse trabalho.

E enfim, a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, seja de forma direta ou indireta, fica registrado aqui, o meu muito obrigado!

Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito.

Chico Xavier

RESUMO

As doenças respiratórias agudas acometem a população indígena, sendo uma morbimortalidade elevada devido a vários fatores relacionadas a incidência e prevalência desses agravos no meio da população indígena. O Projeto relaciona uma intervenção educativa para aumentar a percepção de risco sobre as doenças respiratórias agudas nas Aldeias do Polo Base Indígena de Osório/RS, e tem como objetivo geral de promover rodas de conversas entre equipe multidisciplinar e indígenas sobre fatores culturais relacionados aos riscos de doenças respiratórias agudas, aumentando assim a percepção de risco de doenças respiratórias agudas, construindo juntamente com indígenas ações de promoção de saúde através de rodas e conversas desenvolvidas nas 7 Aldeias do Polo Base de Osório/RS. Assim melhorando a qualidade de vida no tocante da prevenção, promoção e diagnóstico através de reconhecimentos de sinais de perigo para doenças respiratórias agudas em indígenas menores de 5 anos. Espera-se como resultados: aumento da percepção de risco de doenças respiratórias agudas no tocante da prevenção, promoção e diagnóstico; reconhecimento de sinais de alerta para doenças respiratórias agudas em indígenas menores de 5 anos; melhora da qualidade de vida dos indígenas. Levando em consideração uma abordagem multicultural para esses agravos nas aldeias do Polo Base de Osório, uma vez que compreender o ponto de vista e práticas de saúde existentes em grupos particulares percebe-se que os valores culturais determinam à elucidação do processo saúde-doença.

Palavras – chave: Respiratórias, Indígenas, Polo Base.

LISTA DE SIGLAS

AB: Atenção Básica

AIS: Agente Indígena de Saúde

AISAN: Agente Indígena de Saneamento

BR: Brasil, no Texto Rodovia Federal

DDA: Doença Diarreica Aguda

DRAB: Doença Respiratória Aguda Baixa

DSEI: Distrito Sanitário Especial Indígena

DSEI ISul: Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul

DSEI LiSul: Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul

EMATER: Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural

EMSI: Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

FUNAI: Fundação Nacional do Índio

IRA: Infecção Respiratória Aguda

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

RS: Rio Grande do Sul

SC: Santa Catarina

SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena

SUS: Sistema Único de Saúde

TMI: Taxa de Mortalidade Infantil

LISTA DE QUADROS

**Quadro 01: Morbidade do polo base de Osório, referente ao período de janeiro a dezembro de 2015 -----
18**

Quadro 02: Cronograma de Atividades do Projeto.....22

LISTA DE FIGURAS

**Figura 01 – Mapa do Estado do Rio Grande do Sul – área de Abrangência dos Polo Base Dsei ISul-RS e LiSul-RS segundo a distribuição da etnias-----
-----12**

**Figura 02 – Mapa do Estado do Rio Grande do Sul – área de Abrangência dos Polo Base Dsei ISul-RS e LiSul-RS da etnia Guarani -----
-----12**

Figura 03 – População Indígena por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, Dezembro 2015 -----14

**Figura 04 – Pirâmide etária do Polo Base de Osório -----
17**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
Aspectos Políticos.....	11
Descrição do Território.....	13
Caracterização da Saúde Indígena no Rio Grande do Sul.....	13
OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
METODOLOGIA	21
RESULTADOS ESPERADOS.....	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS.....	32

INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas respiratórias agudas constituem um grupo de síndrome infecciosa aguda das vias respiratórias que engloba um grupo de patologias que possuem uma base clínica comum e acometem uma ou mais porções do trato respiratório (CHATKIN & MACHADO, 2004).

A incidência de infecção respiratória aguda é similar em menores de 5 anos ao redor do mundo, enquanto as incidências de formas graves, como pneumonia clínica (bronquiolite e pneumonia), hospitalizações e óbitos, são heterogêneas. Em países em desenvolvimento, estima-se 0,29 episódio de pneumonia clínica por 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 (CARDOSO, 2010).

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 às 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. (CARDOSO, 2010).

As infecções das vias aéreas baixas (bronquites, bronquiolites e pneumonias) são as que mais frequentemente necessitam de tratamento hospitalar. Entretanto, em decorrência de limitações quanto à capacidade diagnóstica específica em ambiente comunitário e da relevância do diagnóstico sindrômico de gravidade para

a prevenção da mortalidade, muitos estudos se referem ao conjunto das infecções respiratórias agudas (IRA) das vias aéreas baixas como doenças respiratórias agudas baixas (DRAB), termo que será utilizado na maioria das vezes em que for referido esse grupo de doenças nos Guarani, ou em situações onde ele se aplicar (CARDOSO, 2010).

No Rio Grande do Sul (RS), a taxa de mortalidade infantil de crianças menores de 5 anos por infecções respiratórias representa 5,2%. Embora a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) tenha reduzido de forma significativa, nas crianças menores de 1 ano, a maioria dos óbitos está relacionada às doenças do sistema respiratório. Durante as hospitalizações de crianças, entre 1 a 4 anos de idade, as estimativas chegam a 51% (PRATO et al, 2014).

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) superam 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, dados referentes ao ano de 2007-2008 (CARDOSO, 2010)

Na literatura há divergências em relação aos fatores para riscos de doença respiratória aguda, mas o baixo nível socioeconômico esta atrelado as causas de mortalidade por doenças respiratórias agudas (VICTORIA, 1994).

Na população indígena a relação da vulnerabilidade social esta intimamente ligada ao desequilíbrio no processo saúde-doença o que evidencia na dificuldade da relação multicultural com fatores de acessibilidade social, desnutrição, falta de acesso à terra, degradação sociocultural são alguns fatores que reverberam diretamente na população indígena torna os mais susceptíveis as doenças respiratórias, doenças diarreicas agudas e parasitarias entre outros.

Na atualidade, um dos princípios centrais das Políticas do desenvolvimento é de que a redução da pobreza somente pode ser alcançada através da implementação de estratégias que qualifiquem a equidade, efetivamente, incluindo acesso ao mercado de trabalho, à saúde, à educação, aos bens de consumo a terra, habitação e à representação política (TORRES, 2001).

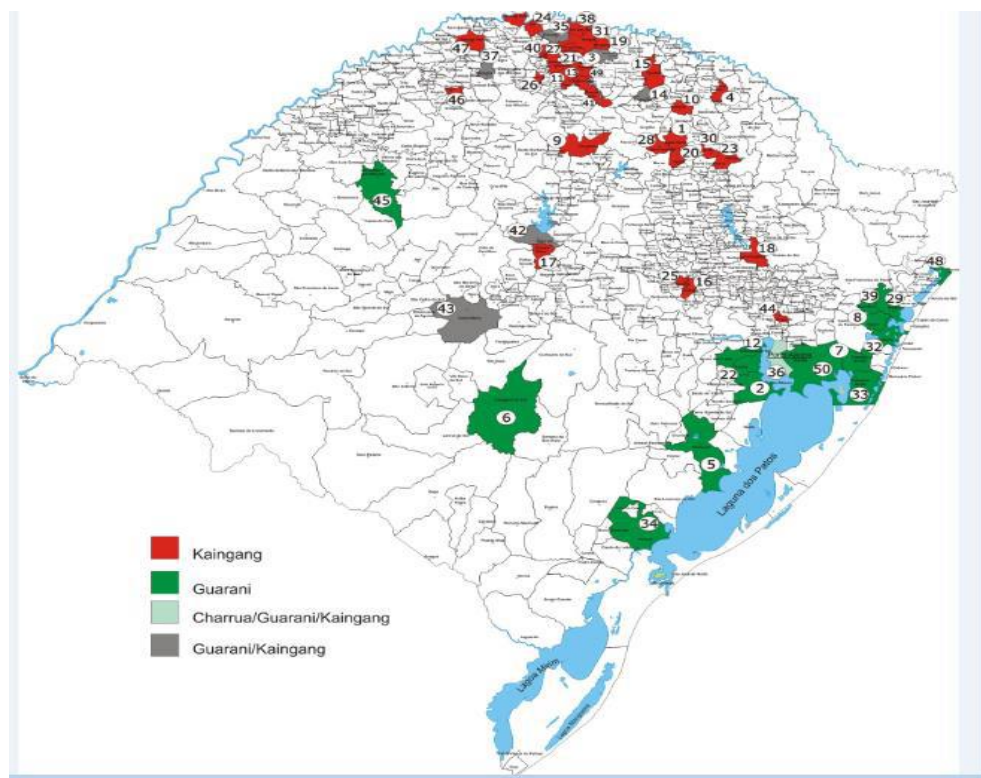
Para Torres Parodi (2001), diversos fatores diretos e indiretos podem ser apontados como determinantes das desigualdades em saúde, entre eles a

discriminação racial, que resulta em dificuldade de acesso dos mais necessitados aos serviços de saúde e à própria informação necessária para a melhor condução de sua saúde, além do estilo de vida, do local de residência, da ocupação e do grau de inserção social, entre outros. Esses múltiplos fatores concorrem para a construção mais lenta da identidade própria de minorias étnicas e sua subordinação a outros grupos sociais, contribuindo para a marginalização, a discriminação e o racismo.

Aspectos Políticos

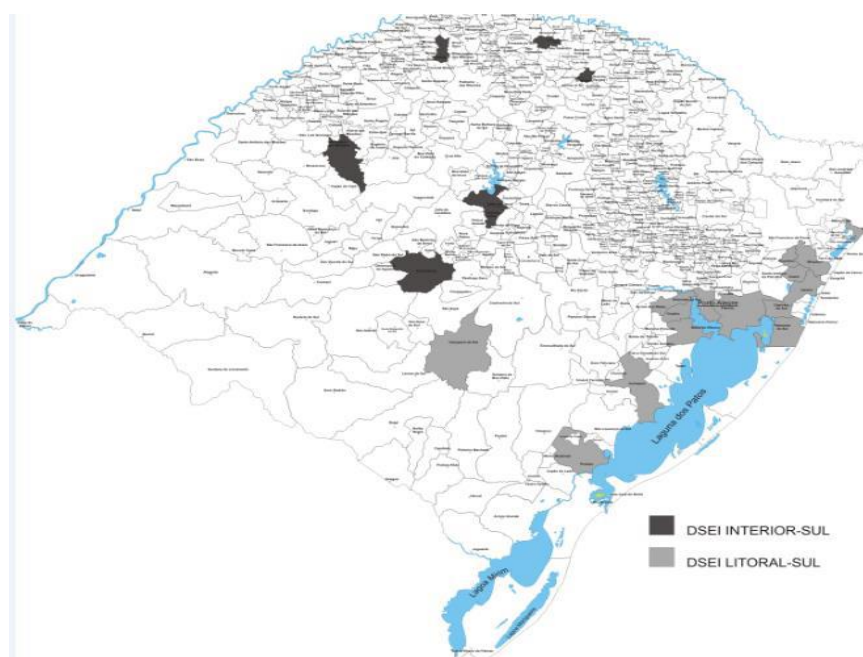
O Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul mantém a execução das atividades no litoral gaúcho e litoral catarinense. O organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) mostra uma divisão geográfica que contempla essa área como sendo do DSEI Litoral Sul, porém por questões loco regional foram adaptados uma organização dos dois estados do Sul, deixando sob responsabilidade do DSEI Interior Sul, as terras indígenas dos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Desta forma ficando sob responsabilidade do DSEI Litoral Sul os polos do litoral do Paraná, São Paulo, Rio Janeiro e interior de São Paulo, Interior do Paraná.

Figura 01 – Mapa do Estado do Rio Grande do Sul – área de Abrangência dos Polo Base Dsei ISul-RS e LiSul-RS segundo a distribuição das etnias



FONTE: Plano Distrital Saúde Indígena 2012-2015

Figura 02 – Mapa do Estado do Rio Grande do Sul – área de Abrangência dos Pólo Base Dsei ISul-RS e LiSul-RS da etnia Guarani



FONTE: Plano Distrital Saúde Indígena 2012-2015

A economia das aldeias caracteriza-se com a história de contato e de cada grupo étnico. Os povos Xokleng concentram-se nas regiões dos municípios de Vitor Meireles/SC e José Boiteux/SC e mantêm empregabilidade em empresas formalmente com acesso a cargos de formação superior. Assim também temos o povo Kaingang que habita predominantemente a região central do Rio Grande do Sul e possui uma inserção aos serviços formais e de exigência de nível superior, em diversas áreas. Os Charruas vivem na região central do Estado do Rio Grande do Sul. O povo Guarani concentra-se predominantemente na faixa litorânea dos dois estados e sua inserção no mercado de trabalho é mínima, exceto atividades de professores e profissionais de nível primário ligados à saúde dos próprios povos indígenas.

Descrição do Território

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior Sul abrange terras indígenas localizadas nos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, conta com as etnias Guarani, Xokleng, Kaingang, Xetá e Charrua. Com cerca de 33.103 mil indígenas na sua abrangência, distribuídos em 17 municípios em Santa Catarina, 64 municípios no Rio Grande do Sul, 45 aldeias e 03 acampamentos no Estado de Santa Catarina e 119 aldeias e 22 acampamentos em terras gaúchas. Há 5 polos bases em Santa Catarina e 06 polos bases no Rio Grande do Sul. Abrange áreas geográficas desde da faixa litorânea até a região central dos estados catarinense e do estado gaúcho. Tem um total de 11 polos bases sob seus domínios (SIASI, SESAI, 2015).

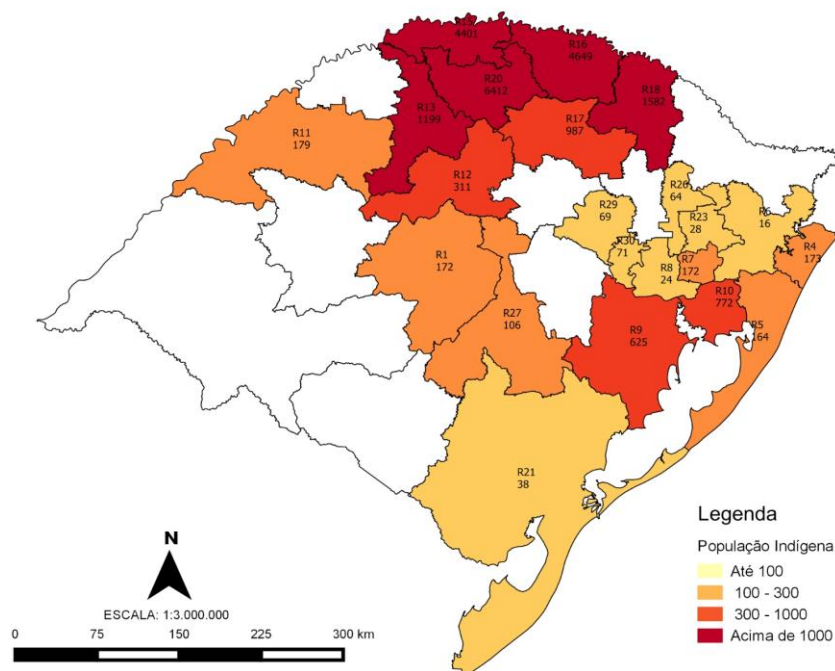
Caracterização da Saúde Indígena no Rio Grande do Sul

Vinculados aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas encontram-se os Polos Base, que são as primeiras referências na rede de atenção à saúde, o qual podem estar localizados dentro das áreas indígenas ou nos municípios de referência, como organizador das demandas vindas das aldeias e ou Unidades de Saúde localizadas dentro das aldeias. No estado do Rio Grande do Sul existem em funcionamento 6 polos base, que são: Polo Base da Barra do Ribeiro; Polo Base de Porto Alegre; Polo Base de Osório; Polo Base de Viamão; Polo Base do Guarita; Polo Base de Passo Fundo. Os

polos base Porto Alegre e Passo Fundo possuem características diferenciadas dos demais, pois além do apoio assistencial se apresentam como apoio gerencial ao Escritório Local de Passo Fundo que reporta se ao DSEI-Interior Sul (RIO GRANDE DO SUL).

Figura 03 – População Indígena por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, Dezembro 2015

População Indígena por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, em Dezembro de 2015.



FONTE: Secretaria de Saúde Rio Grande do Sul – Saúde da População indígena - RS

Todas essas estruturas compõem o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, estrutura interligada ao SUS com objetivo de ampliar o acesso dos indígenas à atenção básica através de serviços diferenciados. Apesar da organização da atenção básica, quando demandado os serviços de média e alta complexidade o acesso segue o mesmo processo da população não indígena. Isso faz com que, por vezes, as especificidades étnicas e culturais não sejam observadas (RIO GRANDE DO SUL).

O Polo Base de Osório localiza se no litoral gaúcho e atende um contingente de 325 indígenas, todos da etnia Guarani Mbya divididos em 7 aldeias que estão distribuídas em 5 municípios (Osório – *Aldeia Sol Nascente*; Maquine – *Aldeia Campo molhado e Acampamento Solidão*; Torres – *Aldeia Campo Bonito*; Caraa –

Aldeia Varzinha; Riozinho – Aldeia Itapoty e Aldeia Km 45). As aldeias possuem uma organização social na qual estabelece-se no território em pequenos grupos ligados por parentescos e 1ª e/ou 2ª grau. Do total das 7 aldeias, seis aldeias possuem Agente Indígena de Saúde (AIS) e 4 aldeias tem Agente Indígena de Saneamento (AISAN), sendo que três aldeias possuem professores indígenas com escola diferenciada e uma escola normal que não possuem professor indígena.

A população indígena tem-se tornado mais susceptível às Infecções Respiratórias Agudas, tanto que os índices de letalidade têm aumentado mostrando que essa doença tem adentrado o território indígena atingindo cada vez mais as pessoas (PORTELA, 2005).

O Polo Base de Osório é composto por uma equipe multidisciplinar volante composta por um médico, do Programa Mais Médicos, um enfermeiro, um odontólogo, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, seis agentes indígenas de saúde, quatro agentes indígenas de saneamento, possui uma equipe de apoio logístico que é composta de quatro motoristas, 03 auxiliares de serviços de limpeza. O Polo tem sua sede na cidade de Osório e possui Unidades de saúde em quatro aldeias (*Aldeia Sol Nascente, Km 45, Varzinha e Campo molhado*).

O Polo Base foi criado e efetivado as suas ações a partir do ano de 2011, anteriormente a isso existia as execuções de ações realizadas pelo Polo Base de Viamão que realizava atendimento mensalmente com ações pontuais, a partir de 2011 as ações ficaram focadas semanalmente com a formação de uma equipe multidisciplinar para atender as aldeias acima mencionadas.

A aquisição das terras indígenas Sol Nascente, Varzinha, Campo Bonito, Campo Molhado e Itapoty foram adquiridas em compensação da duplicação da BR 101, o que aconteceu a partir de 1995, como relata o Liebgott et al 2010,

Mais próximo ao litoral estão demarcadas as áreas Barra do Ouro, com mais de 2.266 hectares e onde, pelas condições ambientais, distâncias, clima e relevo, vivem poucas famílias; Varzinha – terra demarcada com 795 hectares e onde vivem 15 famílias; Osório – área adquirida pela Funai, como compensação mitigadora em função da duplicação da BR-101, onde vivem 12 famílias; Riozinho (Itapoty) – área adquirida pelo Estado com 12 hectares e onde vivem 7 famílias; Torres – área adquirida pela Funai com

94 hectares em função de indenização pela duplicação da BR-101 e onde vivem 8 famílias (LIEBGOTT, et al 2010).

Os indígenas Guarani Mbya tem contato por volta de 1550 anos e são os primeiros a terem contatos com os europeus, nos dias atuais, depois de muitas guerras e genocídios que dizimou a população que habitava território gaúcho em meados de 1580, vivem em aldeamentos pequenos e o convívio é pacífico, mas ainda com muito preconceitos e etnocentrismo das sociedades dominadoras, prova disso que no Polo Base de Osório não há nenhum indígena com emprego formal em empresas privadas e não são reconhecidos seus conhecimentos e concepções por parte das estruturas da sociedade que a circundam, os indígenas vivem em aldeias dentro dos limites de municípios de pequeno porte basicamente formados por imigrantes alemães e italianos que por vezes expõem algum tipo de resistência as práticas indígenas.

Os Guarani estão dentre os povos de mais longa e intensa experiência com os colonizadores. Ocupando, na época do contato, a costa atlântica desde o litoral sul do atual estado de São Paulo até a Laguna dos Patos, foram dos primeiros a estabelecer relações com os portugueses. Como o território guarani se expande até a bacia do Rio da Prata, igualmente foram pioneiros na relação com os espanhóis. No Rio Grande do Sul, cuja história é marcada pela disputa territorial entre portugueses e espanhóis, ergueram com os jesuítas os Sete Povos das Missões (LIEBGOTT, et al 2010)

Indígenas com contato muito prolongados e que ainda conseguem manter seus costumes culturais como o povo guarani sofrem as consequências dos preconceitos da sociedade que acreditam que não são mais índios por não morarem em florestas e que já estão iguais aos brancos, isso demonstra o quanto a nossa sociedade esta despreparada para conviver com a multiculturalidade o que acaba refletindo nos preconceitos etnocêntricos da sociedade dominadora. Num parâmetro de contato, os índios recém contatados sofrem por guerras e doenças levadas pelos brancos, já os índios com contato há mais de 200 anos sofrem de doença social, no qual vivem numa sociedade que não os aceita do jeito que ele quer ser.

Uma vez que a população indígena que vivem próxima a cidades sofrem de uma vulnerabilidade social muito maior do que as comunidades que estão protegidas

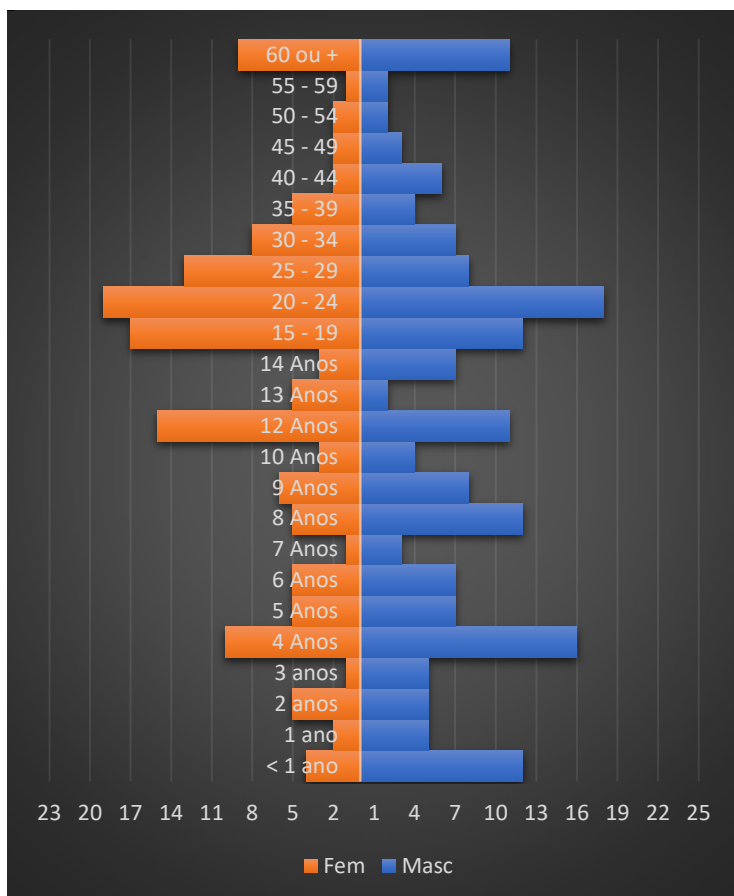
nas florestas, e tendo os agravos respiratórios como principal incidência no Polo de Osório por tal fato é importante a capacitação em serviço do AIS (Agente Indígena de Saúde) e AISAN (Agente indígena de Saneamento), para alerta aos sinais precoce doenças respiratórias e vigilância em saúde.

Nesse contexto, coloca - se ao trabalho a necessidade de intervenção sobre o tema descrito, os sinais e sintomas de doenças do aparelho respiratório e fatores correlacionados a prevalência das doenças respiratórias para melhor abordagem em seu contexto sociocultural.

O Polo Base de Osório é composto por uma equipe multidisciplinar volante composta por um médico, do Programa Mais Médicos, um enfermeiro, um odontólogo, dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, seis agentes indígenas de saúde, quatro agentes indígenas de saneamento, possui uma equipe de apoio logístico que é composta de quatro motoristas, 03 auxiliares de serviços de limpeza. O Polo tem sua sede na cidade de Osório e possui Unidades de saúde em quatro aldeias (*Aldeia Sol Nascente, Km 45, Varzinha e Campo molhado*).

A população adscrita do polo base é 325 pessoas divididas da seguinte forma:

Figura 04 – Pirâmide etária do Polo Base de Osório



FONTE: SESAI/SIASI 3.0 - Dados ref 2015

Os problemas com maior frequência são doenças do sistema respiratório, seguido por doenças infecciosas – parasitárias e doenças da pele e do tecido subcutâneo com algumas sazonalidades, principalmente relacionadas as doenças de pele e doenças respiratórias. As aldeias possuem um abastecimento de água regulado pela SESAI, que muitas vezes passa por dificuldades de abastecimento e/ou restabelecimento da distribuição para as aldeias, o que é feito de modo emergencial através de caminhão pipa, não há rede de esgoto na maioria das aldeias. As residências são de alvenaria feita pela FUNAI, como parte da compensação pela duplicação da BR 101, mas em alguns casos os indígenas não reconhecem as construções como suas residências, pelo fato de serem muito frias no inverno e muito quentes no verão, no qual muitos usam a casa apenas em tempos de temperaturas não abrasivas, essas casas possuem banheiros com fossa séptica. A maior parte do tempo, ocupam peças de madeira feitas por eles mesmos denominadas como cozinha, com fogo de chão em sua maioria. Há aldeias com boa articulação com órgãos de apoio tais como: EMATER, Secretaria de Ação Social do Estado e do município, Petrobras através de projetos de

sustentabilidade, o que contribui para uma melhor qualidade de produção de alimentos e sustentabilidade.

Quadro 01: Morbidade do polo base de Osório, referente ao período de janeiro a dezembro de 2015

Agravos do Sistema Respiratório	359	27%
Agravos infecciosos e Parasitários e DDA	142	11%
Anemias nutricionais e Desnutrição	128	9%
Infecções da pele e do tec. Subcutâneo e Artralgias	143	11%
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	31	2%
Outros	542	40%

Fonte: relatório de Morbidade do Polo base de Osório do ano de 2015

Doenças do Aparelho respiratório, possui um relevância dentre os agravos por apresentarem uma incidência considerável e está relacionada as causas de óbitos em menores de um ano, uma vez que as doenças do trato respiratório é a maior causa de internação e remoção de indígenas, trazendo um conflito interno uma vez que a maioria dos indígenas não gosta de permanecer no hospital, pois considera um ambiente total adverso a sua realidade, trazendo preocupação quanto a sua reabilitação e principalmente a ausência do acompanhamento tradicional (medicina tradicional – Xamã).

A relevância do agravo justifica-se também pelo fato que existem fatores predisponentes para o surgimento de doenças do trato respiratório dentro da cultura indígena e que muitas vezes por desconhecimento do “Branco” anulam tais fatores que são considerado pelos indígenas muito importante, tais como o fogo dentro de casa e a fumaça, o uso de Cachimbo para execução de rituais de cura, o que para muitos faz agravar o comprometido respiratório, principalmente em crianças, pelo fato de suas vias aéreas serem menores. Mas existem estudos que estão tentando provar que não é a fumaça ou fogo que faz com que haja a piora do quadro, mas sim o material que é feito as casas dos indígenas que isolam a fumaça num mesmo local e a permanência por muito tempo da fumaça dentro das casas. No polo base de Osório a maioria das casas construídas através de um projeto da FUNAI, dentro da

compensação da duplicação da BR 101, o que por sua vez, não foi levado em consideração essa peculiaridade do Povo Guarani. Uma vez que o fogo e a fumaça tem um papel muito mais abrangente dentro da cultura dos Guaranis e deve ser considerado em todas as situações de tratamento relacionados a saúde, tanto no campo físico como no campo espiritual. Intervencionando esses problemas de saúde inicialmente não podemos deixar de lado esse fator preponderante que é a fumaça, como trabalhar com ela? Como fazer com que os guaranis não fiquem por muito tempo expostos a fumaça, acredito que através de educação em saúde para que possam ter uma melhor abordagem a esses fatores que estão intimamente ligados a questão cultural indígena.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Promover rodas de conversas entre equipe multidisciplinar e indígenas sobre fatores culturais relacionados aos riscos de doenças respiratórias agudas no Polo Base Indígena de Osório.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desenvolver estratégia educativa que permita aumentar a percepção de risco de doenças respiratória, as medidas para sua prevenção e aspectos de abordagem da doença.

Construir junto com os indígenas ações de promoção e prevenção de saúde para o Polo Base Indígena de Osório/RS em relação às doenças respiratórias;

Melhorar a qualidade de vida em relação a saúde da população do Polo Base Indígena de Osório/RS, principalmente na população de menores de 5 anos

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso científico com a finalidade de aumentar a percepção do risco e de educação em saúde sobre as doenças respiratórias no Polo Base Indígena de Osório/RS. Neste trabalho buscaremos acrescentar aos elementos histórico-culturais, ações de promoção/prevenção em saúde nas doenças respiratórias.

A metodologia será a realização de uma roda de conversa sobre doenças respiratórias, será realizada uma ação em cada uma das 7 aldeias do Polo Base de Osório/RS, sendo levantado nessas rodas de conversas conceitos, manifestações clínicas, abordagem diferenciada, cuidado ampliado e discussão de casos e situações de vulnerabilidade. As rodas de conversas serão de trocas de ideias e realizará uma atividade por semana. Na fase da avaliação será compilado todas as demandas levantadas no que tange as dificuldades de enfrentamento etnocultural e acrescentando conceitos de medicina tradicional e conceitos de saúde-doença no contexto dos indígenas.

Esses dados serão analisados segundo a incidência e prevalência do ano de 2017, fazendo um referencial mensal de incidência e prevalência, levando o debate para a equipe de saúde e populações indígenas envolvidas.

A roda de conversa será realizada com o envolvimento de todos os agentes envolvidos com a saúde indígena e que demonstre alguma ligação a saúde dentro das aldeias tais como: agente indígenas de saúde, agente indígena de saneamento, professores indígenas, conselheiros indígenas, caciques, parteiras, lideranças das mulheres indígenas, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, psicólogo, assistente social e população em geral das aldeias que interessar o tema.

Para se chegar a nesse contexto foi realizado uma caracterização do Polo Base Indígena de Osório que relata condições socioeconômicas, culturais, relação de contato, dados epidemiológicos, dados populacionais, rede de referências, condições política de saúde, situação territorial e descrição de serviços. Descrição do DSEI Interior sul e DSEI Litoral Sul e suas particularidades e divisão assistencial e suas etnias adscritos.

A coleta dos dados se dará pelo levantamento das situações de incidência de doenças respiratórias no mundo, descrevendo a situação no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul as incidências de morbidade e mortalidade das doenças respiratória e o contexto dentro da população indígena do sul do país.

Ao findar esse processo a metodologia para avaliar as ações proposta se dará através de análises dos dados epidemiológicos de incidência de doenças respiratórias aguda no Polo Base de Osório no decorrer dos próximos 12 meses após a execução do projeto, comprovando a melhor abordagem de prevenção e melhora no reconhecimento dos sinais de perigo para intervenção precoce. Será realizado um acompanhamento por 12 meses após a aplicação do projeto os dados epidemiológicos de incidência das doenças respiratórias aguda do Polo Base de Osório, através de análises de planilhas de morbidade que compõe o relatório de produção realizado mensalmente pelas EMSI do Polo Base de Osório.

Os recursos que seriam necessários para rodas de conversas: transporte para as aldeias (caminhonete com tração), papel madeira, lápis, caneta, lápis de cor, cadeiras para a roda de conversa. Será necessária uma visita anteriormente para esclarecimento do tema e colaboração dos caciques para informar as informações junto aos comunitários.

Num período de execução de elaboração do projeto de intervenção a partir de abril/maio/junho de 2017 com a elaboração do projeto com a pesquisa bibliografia, pesquisa da contextualização do problema e dos objetivos, apresentação do projeto em Junho/julho de 2017 e aplicação do projeto em Agosto/setembro/outubro/novembro/dezembro 2017. Será realizado a finalização com a análises dos dados de incidência e prevalência das doenças respiratórias do polo base de Osório em Janeiro de 2018, trazendo o debate a sua aplicabilidade e retorno que as ações de educação em saúde podem trazer para as aldeias. O Cronograma e realização seguira o planejamento de execução do projeto.

Quadro 02: Cronograma de Atividades do Projeto

Ações	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan/18
-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--------

RESULTADOS ESPERADOS

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a promoção, prevenção e educação para saúde estabelece que o resultado esperado nesse projeto é proporcionar uma melhor abordagem e uma metodologia integrativa de troca de conhecimentos sobre conceituação de doenças respiratórias agudas do Polo Base de Osório/RS, a busca de contribuição para uma melhor abordagem e incremento através das rodas de conversas dialogando dentro das aldeias do polo. Com a execução do plano esperasse a diminuição dos casos de doenças respiratórias agudas nas aldeias indígenas do Polo Base de Osório/RS, uma vez que essas síndromes respiratórias apresentam um quadro de prevalência alta dentro das morbidades atendida na Atenção Básica de Saúde Indígena pela EMSI do Polo Base de Osório/RS, comparada a outras morbidades. As rodas de conversas têm a finalidade de trocas de conhecimentos entre saberes distintos e se coloca numa interfase de crescimento de todos que fazem parte dessa metodologia de roda de conversas, pois esperamos que todos possam desenvolver dentro de sua própria realidade mecanismos de enfrentamentos para prevenção, cuidado, tratamento e reabilitação das doenças respiratórias agudas do Polo Base de Osório/RS.

As rodas de conversas apresentam-se basicamente como uma concepção dialética, uma forma de ver a realidade de modo crítico, buscando articular num processo integral a participação dos envolvidos. [...] A abordagem e os métodos pedagógicos proporcionam a conscientização e a compreensão da própria realidade

[...] e ajudam a desenvolver o sentido da busca de transformação dessa realidade. As interações oferecidas aos membros do grupo ao desenvolver a Intervenção Participativa, na forma de investigação sobre a realidade, ajudam a transformar as pessoas envolvidas ou mesmo as organizações em um grupo com perspectivas e objetivos comuns, com tarefas e responsabilidades definidas no coletivo (FURTADO & FURTADO, 2000, p. 67).

A proposta de realizar Rodas de Conversa sobre Saúde dos Povos Indígenas tem o objetivo de estabelecer um espaço para conhecer e refletir sobre a complexidade da saúde das comunidades indígenas, dialogando sobre as diferentes culturas, sistema de saúde específico, concepções do processo saúde-doença, propiciando aproximação inicial sobre o contexto de saúde indígena no Brasil (LUNA).

Os resultados desse trabalho serviram para esclarecimento sobre o processo de adoecimento dentro do contexto cultural e conceitos ocidentais das doenças respiratórias agudas das aldeias do polo base de Osório/RS, implementando e instrumentalizando os agentes de saúde onde devem estar presentes também lideranças espirituais e lideranças da comunidade, sendo assim tentaremos aumentar a preparação profissional dos mesmos em relação ao tema e por consequência aumentarão também a vigilância dessas pessoas com as crianças da comunidade, já que a saúde e o bem-estar dos comunitários é uma tarefa de todos. Num tocante do preparo para o enfrentamento das síndromes respiratórias agudas para a diminuição das intervenções farmacológicas ocidentais e o incremento do uso de medidas e tratamentos tradicionais indígenas.

Essa troca de conhecimento fará com que as EMSIs possam efetivar o cuidado ampliado abordando fatores ligados aos conceitos culturais e assim exercitando o princípio da equidade, num contexto diferenciado, fazendo prevalecer a diferenciação da saúde indígena.

Para a comunidade indígena favorecerá o seu reconhecimento e participação como parte da sociedade e como cidadãos, contribuindo para a motivação dos indígenas em atuar na direção da melhoria das suas condições de vida, comprometidos com a realidade da qual fazem parte.

Os resultados esperados desse projeto de intervenção serão a capacitação dos atores envolvidos nos cuidados com o manejo das doenças respiratórias agudas,

através de troca de conhecimentos, e como também a clareza para os cuidados preventivos das doenças do aparelho respiratório.

O resultado será em curto prazo uma melhor abordagem e cuidados para sinais de alerta de doenças respiratórias aguda para os Agente Indígenas de Saúde, Lideranças indígenas, líderes espirituais, professores indígenas, EMSI e população em geral que participarem das rodas de conversas. Devido as distâncias dos centros de referência para atendimento médico é necessário que os comunitários possam desenvolver a capacidade de reconhecer sinais de perigo e/ou comprometimento respiratório agudo, uma vez que há aldeias localizadas em áreas de difícil acesso, o que é de suma importância a interferência nas doenças agudas de forma precoce. Isso só seria possível com a clareza do reconhecimento sintomatológico dos sinais de perigo da criança, para assim reduzir as incidência e acometimento do sistema respiratório dos indígenas.

A longo prazo serviria para uma diminuição das causas de morbimortalidade por doenças respiratórias que assolam a população indígena como a maior causa de internação hospitalar e maior causa mortis da população indígena, principalmente em crianças menores de 5 anos.

O resultado desse projeto servirá para socialização dos meios preventivos dos indígenas para com a equipe de saúde (EMSI) e meios de prevenção ocidental debatido e dialogando a sua importância para as populações tradicionais.

Outro aspecto importante é delinear as condições clínicas dos indígenas com problemas respiratórios agudos quando esses necessitam ser referenciado para Unidade de Saúde para intervenção médica ocidental, uma vez que a grande maioria dos indígenas são resistentes a levarem seus filhos aos hospitais, muitas vezes pela forma de atendimento que se é prestado aos indígenas, ou por que o indígena perde sua autonomia de tratamento tradicional, isso faz com que muitos pais sejam reticentes ao tratamento especializado. Desta forma, que muitos, desconhece a gravidade dos sinais e sintomas respiratórios agudos, fazendo com que o quadro respiratório piore e por algumas vezes se torne irreversível.

A relação profissional - paciente vai muito além do conhecimento técnico é preciso conhecer a realidade local, criar vínculo com a comunidade; o profissional deve saber

transmitir seu conhecimento sem menosprezar a cultura local de forma que estes ensinamentos sejam aceitos e se tornem um hábito. Isso só será possível quando o profissional está aberto ao diálogo intercultural, respeita as crenças e costumes dos povos indígenas (ZANETTI, 2006)

Contudo os resultados esperados dessas rodas de conversas é a troca de saberes sobre o processo saúde doença através de diálogos de conceitos divergentes para que se possa chegar em conceitos convergentes para uma diminuição da prevalência das morbimortalidades das doenças respiratórias agudas no Polo Base de Osório/RS, esclarecendo manifestações clínicas das principais síndromes respiratórias e como se manifesta dentro do contexto indígena, pois a prevalência dessas patologias geram atendimentos e cuidados apropriados de todos os autores envolvidos no cuidado dos indígenas acometidos de tais doenças, enfatizando que o efetivo tratamento somente se consolida trabalhando em uma linha de cuidado que abranja tanto o contexto etnocultural quanto aos cuidados biomédicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao presente projeto que efetivará em uma abordagem diferenciada na saúde indígena pois trabalhará junto aos contextos indígenas, o qual será planejado e executado sob a ótica dos próprios atores envolvidos, ou seja, os próprios indígenas e lideranças reverberam seus conceitos para que possa ser debatido e afinado junto aos conceitos biomédicos que por sua vez também se alinhará aos preceitos do processo saúde e doença na Cultura Guarani Mbya. Isso toma uma dimensão de vários saberes para uma mesma finalidade que são as diminuições das prevalências das doenças respiratórias agudas no Polo Base de Osório/RS.

Será realizada uma análise da incidência e prevalência dos casos de doenças respiratórias do Polo Base de Osório, levando o debate aos atores e envolvidos no projeto, o qual fara uma comparativo que quando se trabalha junto para uma mesma finalidade o resultado será prospero, pois os fatores de saúde e doenças permeiam situações muito além da ausência de doença orgânica.

Conclui se que para trabalhar áreas estratégicas no campo da Saúde Indígena o próprio indígena tem que ser o ator principal na transformação de sua própria saúde dentro dos seus conhecimentos etnocultural.

A grande dificuldade que se observa é a de implantar e fazer valer o princípio doutrinário do SUS da equidade, por se tratar de conhecimentos diferenciados que por vezes se choca aos meios biomédicos, isso torna as intervenções truculentas, dificultosas e infrutíferas. Não obstante é a questão de se buscar ou “achar” que a maneira que os profissionais não indígenas veem o problema é a mesma maneira que os indígenas devam visualizar o mesmo problema. Por tal fato que se faz necessário esse projeto de intervenção para que possamos em conjunto incrementar a percepção de risco, a abordagem preventiva e o conhecimento das doenças respiratória do Polo Base Indígena de Osório.

Com isso o presente projeto se propôs a aplicar uma estratégia educativa que permita aumentar a percepção de risco de doenças respiratória, as medidas para sua prevenção e aspetos de abordagem do processo saúde-doença, através de rodas de conversas para também qualificar a promoção e prevenção de saúde, melhorando a qualidade de vida das pessoas que sofrem ou convivem com doenças respiratórias

agudas e de todas as pessoas envolvidas no processo de bem viver do Polo Base Indígena de Osório/RS.

Ao se tentar compreender o ponto de vista e práticas de saúde existentes em grupos particulares percebe-se que os valores culturais determinam à elucidação do processo saúde–doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério de Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília _ DF, 2012; 9.

CARDOSO, A.M. **A Persistência das Infecções Respiratórias Agudas como Problema de Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (7): 1270-1271, jul 2010

CARDOSO, A. M. **Doença respiratória aguda em indígenas Guarani no Sul e Sudeste do Brasil**. Rio de Janeiro: s.n., 2010. 239 f.; Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

CHATKIN, J. M.; MACHADO, A. R.L. **Infecção respiratória aguda na criança**. In: Duncan BB, Schmidth MI, Giugliani ERJ, organizadores. Medicina ambulatorial: 140 condutas de atenção primária baseadas em evidências, 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.p.1335-41

FURTADO, R. & FURTADO, E. **A Intervenção participativa dos Atores – INPA: uma metodologia de capacitação para o desenvolvimento sustentável**. Brasília: IICA, 2000.

LIEBGOT, R. A. et al. **Coletivos Guarani no Rio Grande do Sul Territorialidade, Interetnicidade, Sobreposições e Direitos Específicos**. Editora Deriva, Porto alegre 2010

LITAIFF, A. **O Sistema Médico Guarani**. Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, v.14, n.19, p. 107-115, 1996;

LUNA, Willian Fernandes. **Rodas de Conversas Saúde dos Povos Indígenas**. Disponível em: <https://cursosauaideindigena.wordpress.com/2017/02/24/74/#more-74>. Acesso em 10 de maio de 2017.

PRATO, M. I. et al. **Doenças Respiratórias na Infância: uma Revisão Integrativa**. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. | v.14, n.1, p 33-9 | Julho 2014

PORTELA, M. F. P.; Sant’anna, C. C.; Campos Júnior D. **Pneumonia em crianças e adolescentes indígenas internados em Brasília-DF**. Brasil: estudo de casos Pulmão RJ 2005;14(4):284.

SECRETARIA DE SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE DO RIO GRANDE DO SUL (SSMARGS). Vol 25. **Estatísticas de saúde: mortalidade 2000**. Porto Alegre: SSMARGS; 2001.

SECRETARIA DE SAÚDE RIO GRANDE DO SUL. Atenção Básica. Coordenadoria Estadual de Saúde Indígena. <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/saude-da-populacao-indigena>. Acessado em 02/03/2017

TORRES P. C. **La equidad em materia de salud vista con enfoque étnico**. Revista Panamericana de Salud Publica 2001; 10(3): 188-201

VICTORA C. G. et al. **Risk factors for pneumonia among children in a Brazilian metropolitan area**. *Pediatrics*. 1994;93(6 Pt 1):977-85

ZANETTI, C. H. G. **A Formação do Cirurgião Dentista**. In: **DIAS, Aldo Angelim (org) Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas**. São Paulo: Ed. Santos, p. 21-41, 2006.

ANEXOS

Anexo 01 – Não tem idade para o cuidar



Fonte: Acervo pessoal

Anexo 02 – Atendimento da Equipe nas Aldeias



Fonte: Acervo pessoal

Anexo 03 – Aldeia Indígena com sua arquitetura tradicional



Fonte: Acervo pessoal