

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

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE PREVENÇÃO DAS DIARREIAS NAS
MÃES DAS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS DA COMUNIDADE BETÂNIA, POLO
BASE BETÂNIA, DSEI ALTO RIO SOLIMÕES.**

Autor: Roger Armando Somoza Delgado

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

Orientadora: Profa. Evelin Placido Dos Santos
Orientador: Prof. Maurici Tadeu Ferreira Santos

SÃO PAULO
2017

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE PREVENÇÃO DAS DIARREIAS NAS
MÃES DAS CRIANÇAS DE 0-5 ANOS DA COMUNIDADE BETÂNIA, POLO
BASE BETÂNIA, DSEI ALTO RIO SOLIMÕES.**

Autor: Roger Armando Somoza Delgado

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

Orientadora: Profa. Evelin Placido Dos Santos

Orientador: Prof. Maurici Tadeu Ferreira Santos

SÃO PAULO

2017

RESUMO:

A diarreia é geralmente definida como a ocorrência de 3 ou mais dejeções amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas. A doença diarreica aguda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil no Brasil, especialmente nas crianças menores de 6 meses que não estão em aleitamento materno exclusivo. Suas consequências fisiopatológicas mais graves são a desidratação e desnutrição. Será proposta uma intervenção educativa em saúde para melhorar os conhecimentos sobre a prevenção das diarreias nas mães das crianças menores de 5 anos da comunidade indígena de Betânia, Polo Base Betânia, DSEI Alto Rio Solimões. O projeto será dividido em três etapas: diagnóstico, intervenção e de avaliação. Com a intervenção educativa planejada esperamos incrementar o conhecimento sobre a prevenção das diarreias nas mães das crianças menores de 5 anos. Conhecendo como evitar a transmissão digestiva de esta doença por água e alimentos contaminados, identificando seus principais sintomas e sinais de perigo, que precisam de atendimento médico urgente para evitar complicações nas crianças. Com a participação dos agentes indígenas de saúde nesta intervenção educativa desejamos melhorar seu capacitação.

PALAVRAS CHAVE: Diarreia, educação, prevenção, indígena e criança.

LISTA DE FIGURAS:

Figura 1. Mapa de localização geográfica do DSEI Alto Rio Solimões.....	31
Figura 2. Mapa de localização do DSEI Alto Rio Solimões por Polo Base.....	32
Figura 3. Etnia Ticuna. Comunidade de Betânia.....	33
Figura 4. Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. Comunidade de Betânia.....	33
Figura 5. Atendimento em a Comunidade de Lago de Correia.....	34
Figura 6. Visita domiciliar a uma puérpera e seu filho recém-nascido....	34
Figura 7. Atendimento em a Comunidade Boa Esperança.....	35
Figura 8. Atividade educativa com as mães. Comunidade de Betânia.....	36
Figura 9. Atividade educativa com as crianças. Comunidade de Betânia...	36

SUMARIO:

1. Introdução.....	6
2. Objetivo geral e Objetivos específicos.....	21
3. Metodologia	22
4. Resultados esperados.....	25
5. Considerações finais.....	26
6. Referências bibliográficas	27
7. Anexos.....	29

1. INTRODUÇÃO

1.1. Caracterização do território

Território físico ambiental do DSEI Alto Rio Solimões

A sede do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Alto Rio Solimões está localizada no município de Tabatinga, estado do Amazonas. A cidade de Tabatinga está situada no sudoeste do estado com uma distância de aproximadamente 1.105 km em linha reta da capital do estado (Manaus), possui fronteira com a Colômbia e o Peru, sendo que a fronteira com o primeiro país é terrestre, e com o segundo o acesso é exclusivamente fluvial. Para a capital do estado do Amazonas o transporte pode ser aéreo ou fluvial. O clima da região é equatorial e a vegetação é própria da selva amazônica.

A extensão territorial do DSEI é de 214.217,8 Km² com um total de 228 comunidades que envolvem 6 municípios, sendo: Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Amaturá, Santo Antônio do Içá e Tonantins. ¹

Está também na sede deste município a Casa de Apoio a Saúde Indígena – CASAI, vinculada à Secretaria de Saúde Indígena -SESAI e que é referência de média e alta complexidade para os 11 Polos Base.

Aspectos sociais e antropológicos.

Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, vivem em Brasil cerca de 896 917 pessoas que se declaravam ou consideravam indígenas, distribuídos em 611 terras indígenas e centros urbanos pertencentes a 305 etnias diferentes. ²

O DSEI Alto Rio Solimões assiste a 7 etnias: Kaixana, Kambeba, Kanamari, Kokama, Maku-Yuhup, Ticuna e Witoto, distribuídas em 6 Municípios do estado do Amazonas. Destacável e que a região abriga o maior grupo indígena do país os ticunas, em general os grupos indígenas representa 23% da população regional. ¹ A população assistida atualmente no distrito é de 65.532 índios. ³

Os povos indígenas presentes no território do Polo Base de Saúde Indígena de Betania no município de Santo Antônio do Içá som os Ticuna, Kokama e Kaixana. Onde a distribuição por etnias mostra um predomínio da etnia Ticuna

para um 65,14 % da população total, seguido dos Kocamas com um 31,14 % e os Kaixana 3,42 %, segundo registro de SIASI 2016. ³

Os primeiros contatos dos Ticuna com os brancos datam do final do século XVII, quando jesuítas espanhóis, vindos do Peru e liderados pelo Padre Samuel Fritz, criaram diversos aldeamentos missionários às margens do rio Solimões. Essa foi a origem das futuras vilas e cidades da região, como São Paulo de Olivença, Amaturá, Fonte Boa e Tefé. Os Ticuna configuram o mais numeroso povo indígena na Amazônia brasileira com um total de 53.544 habitantes. Com uma história marcada pela entrada violenta de seringueiros, pescadores e madeireiros na região do rio Solimões, foi somente nos anos 1990 que os Ticuna lograram o reconhecimento oficial da maioria de suas terras. ⁴

As primeiras referências aos Kokama, fornecidas por exploradores e missionários nos séculos XVI e XVII situam os seus principais assentamentos no médio e baixo rio Ucayali, afluente meridional do Amazonas peruano. No princípio do século XX, a população Kokama que habitava o Amazonas peruano, nas proximidades da cidade de Caballocha, começa um movimento continuado de migração rumo ao alto Solimões, no Brasil. ⁵

As primeiras notícias da ocupação de índios Kaixana na região do alto Solimões datam de 1691, ano no qual Samuel Fritz elaborou o mapa da bacia amazônica com plotagem aproximada de vários agrupamentos indígenas. Muito embora, no mapa referido, o local de ocupação dos Kaixana tenha sido plotado apenas às margens do rio Tonantins, onde ainda moram seus descendentes. Os índios Kaixana foram massacrados, escravizados e, muitos deles, expulsos de seu território tradicional logo no início dos confrontos entre Espanha e Portugal pela posse da Amazônia. ⁶

Hoje não existem conflitos antagônicos com a sociedade nacional, pero enfrentam o desafio de garantir sua sustentabilidade econômica e ambiental, bem como qualificar as relações com a sociedade envolvente mantendo viva sua riquíssima cultura.

As principais atividades econômicas desenvolvidas som a pesca fluvial e agricultura familiar em roças longe da comunidade onde moram, além do

comercio local, serviços geral como pedreiros, carpinteiros, mecânicos do motos e profissionais e técnicos como professores de ensino pré-escolar, geral e médio e os trabalhadores do Polo base.

Nas comunidades são usados no setor familiar práticas de autocuidado, automedicação e os familiares participam na prestação de cuidados, medidas preventivas e dietas indicadas concorde seu nível instrucional. Existem especialistas tradicionais, como pajés, rezadores e parteiras. Os médicos e enfermeiros acompanham partos com as parteiras, quando as grávidas tem trabalho do parto demorado e elas participam em as consultas de atendimento prenatal com os médicos e enfermeiros.

Existem aspectos de nossa prática médica que ainda causam estranhamento ou conflito e sobre todo na hora de encaminhamentos de crianças para tratamento hospitalar e partos complicados que precisam de hospitalização que com uma negociação compreensiva e a intervenção pactuada e respeitosa de outros familiares e profissionais do EMSI podem ser superadas.

Aspectos das políticas de saúde.

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões (DSEI-ARS) é uma unidade organizacional da SESAI e deve ser entendido como uma base territorial e populacional com responsabilidade sanitária claramente identificada, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações de saúde e com controle social por intermédio do Conselho Local e Distrital de Saúde Indígena. Os territórios distritais foram delimitados num processo de construção com as comunidades indígenas, profissionais e instituições de saúde. Não se delimitou uma área distrital apenas por critérios técnico-operacionais e geográficos, procurou-se respeitar a cultura, as relações políticas e a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas. Sua implantação ocorreu no mês de novembro de 1999. ¹

O distrito tem uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. A constituição da rede de serviços leva em conta a estrutura de serviços de saúde já existentes nas terras indígenas, a qual está sendo adequada e ampliada de acordo com as necessidades de cada local.

O DSEI-ARS conta com 47 equipes de saúde, distribuídas em 11 polos base, que prestam assistência a 228 comunidades. O acesso as localidades se dar por via fluvial e terrestre. ³

Cada polo base cobre um conjunto de aldeias, e sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza capacitação e supervisão dos agentes indígenas de saúde.

As demandas que superam a capacidade de resolução no nível dos polos base são resolvidas das mais variadas formas, na rede de referências do SUS.

REDE DE ASSISTENCIA

A rede de assistência à saúde é composta por 11 Polos Base sendo assim distribuídos:

- Umariçu I, Umariçu II e Belém do Solimões – Município de Tabatinga/AM;
- Filadélfia e Feijoa – Município de Benjamin Constant/AM;
- Vendaval, Campo Alegre e São Paulo de Olivença – Município de São Paulo de Olivença/AM;
- Nova Itália – Município de Amaturá/AM;
- Betânia – Município de Santo Antônio do Içá/AM
- Tonantins – Município de Tonantins/AM).

O DSEI-ARS conta com as Casas de Apoio a Saúde Indígena – CASAI de Tabatinga, São Paulo de Olivença e Santo Antônio do Içá e como referências os Hospitais Municipais e Estaduais e Hospital de Guarnição de Tabatinga e com os municípios descritos como parceiros.

O meio de transporte predominante é o Fluvial, mas também se faz necessário a utilização de transporte aéreo e terrestre. As equipes de saúde são compostas por Médico, Enfermeiro, Odontólogo, Técnico e Auxiliar de Enfermagem, Técnico Laboratório, Técnico de Saúde Bucal, Auxiliar de Saúde Bucal, AIS, AISAN, Motorista Terrestre e Fluvial e Secretário.

Desta forma assegura-se o acesso integral á saúde respeitando as especificidades culturais e epidemiológicas aos povos indígenas.

Polo Base Betânia

Na micro área, do Polo Base Betânia, do DSEI Alto Rio Solimões, a sede dele está localizada na comunidade Vila Betânia no município Santo Antônio do Içá, com uma população atendida de 7337 habitantes com predomínio da etnia Ticuna para um 65,14 % da população total. O acesso a município é realizado somente pela via fluvial que leva um tempo de 27 horas de lancha e 5 dias de barco para aceder a capital do estado Manaus.

A situação da terra indígena esta demarcada em 26 aldeias reconhecidas onde não existem conflitos com a sociedade nacional. As atividades produtivas desenvolvidas nas comunidades são a coleta vegetal, agricultura com a plantação e coleta de macaxeira, mandioca, batata doce, banana, melancia, milho, feijão, coleta e extração de castanha, açaí, coco, goiaba, limão, produção de farinha de mandioca, que exerce um papel relevante na economia dos índios, uma vez que além de ser consumida, possui valor de troca no mercado, também tem cria de galinhas e porcos, pesca de pirarucu, o tambaqui, o curimatã, o pacu, o matrinchã, pirapitinga, a sardinha, a piranha, o surubim e o tucunaré. E captura de animais terrestres como macacos, jacaré, antas, pacas, queixadas, veados, aves como mutum, nambu, maguarí, mergulhão, o soco e o pato do mato. Do modo geral a região tem sua economia fundada no processos produtivo voltados para a subsistência, os ingressos de renda das políticas sociais da providência são: a aposentadoria e bolsa família.

O equipe de saúde do Polo Base está contido por 3 médicos, 2 odontólogos, 7 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 assistente social, 15 técnicos de enfermagem, 2 técnicos de laboratório, 28 agentes indígenas de saúde. Que são responsável pelo atendimento da população das 26 comunidades indígenas que pertencem a nosso Polo Base.

Os serviços de saúde utilizado pela comunidade são nosso Polo Base, e como segunda opção o Hospital Municipal Adalberto Marzi e tecer lugar tem a CASAI no município de referência de Tabatinga ou na cidade de Manaus, quando os pacientes são encaminhados e agendados para médicos especialistas que requerem atendimentos de alta complexidade.

A principal fonte de fornecimento de água para o consumo humano nas comunidades da região são rio e igarapés, onde não existem métodos de cloração de água de consumo com baixa disponibilidade de hipoclorito de sódio para essas famílias nas comunidades. Na comunidade de Vila Betânia a maior de todas do Polo Base com uma população de 3401 habitantes e um total de 544 casas, tem ligado à rede de água só 384 casas e possui reservatório de água 180.³ Não tem coleta pública do lixo e precisa ser queimado, enterrado ou ficar exposto.

Nesta área a população indígena tem relacionamento estreito com a população regional, notasse o aparecimento de novos problemas de saúde que se relacionam com mudanças introduzidas no seu modo de vida e especialmente na alimentação e surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes, câncer, alcoolismo, a depressão e tentativas suicidas são problemas cada vez mais frequentes nestas comunidades, além disso o acúmulo de lixo não degradável condicionam um problema de saneamento ambiental com repercussão na saúde.

Em nosso trabalho aceitamos a cultura dos povos indígenas, respeitando suas tradições sem forçar mudanças em eles que não são precisos para o bom desenvolvimento do processo saúde doença. Os especialistas tradicionais que temos nas comunidades são parteiras, pajés, rezadores e herbários, as relações dos especialistas tradicionais com os profissionais são de respeito e ajuda mútua sobre tudo com as parteiras.

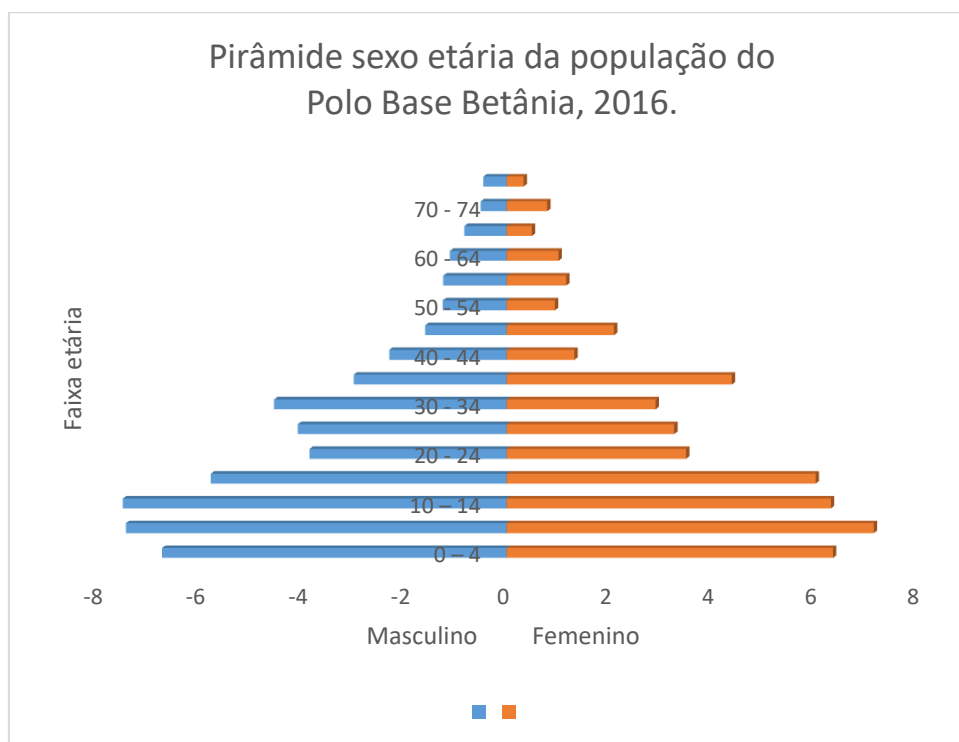
- **Aspectos demográficos e epidemiológicos da população da sua micro área de atuação:**

Podemos afirmar que a população que atendemos no Polo Base é principalmente jovens como é mostrado a continuação no quadro 1 e figura 1 da pirâmide sexo etária, que representa uma base larga o que demonstra que predomina a população menor de 35 anos, sendo semelhante com os aspectos demográficos do DSEI Alto Rio Solimões que também apresenta uma população jovem pouco envelhecida.

Quadro 1. Distribuição sexo-etária da população. Polo Base Betânia. SIASI 2016.

Faixa etária	M	%	F	%	Total
75 e mais	33	0,45	24	0,33	57
70 - 74	37	0,5	58	0,79	95
65 - 69	60	0,82	36	0,49	96
60 - 64	81	1,1	74	1,01	155
55 - 59	90	1,23	85	1,16	175
50 - 54	91	1,24	69	0,94	160
45 - 49	116	1,58	153	2,09	269
40 - 44	167	2,28	97	1,32	264
35 - 39	218	2,97	321	4,38	539
30 - 34	332	4,52	213	2,9	545
25 - 29	298	4,06	239	3,26	537
20 - 24	281	3,83	256	3,49	537
15 - 19	422	5,75	442	6,02	864
10 - 14	547	7,46	464	6,32	1011
5 - 9	543	7,4	525	7,16	1068
0 - 4	498	6,7	467	6,36	965
Total	3814	51,98	3523	48,02	7337

Figura 1. Pirâmide sexo-etária da população. Polo Base Betânia. SIASI 2016.



A distribuição por etnias mostra um predomínio da etnia Ticuna para um 65,14 % da população total, seguido dos Kocamas com um 31,14 % e os Kaixana 3,42 %, segundo registro de SIASI 2016. ³

Quadro 2. Distribuição por etnias. Polo Base Betânia. SIASI 2016.

Etnias	M	F	Total	%
Ticuna	2463	2316	4779	65,14
Kocama	1208	1077	2285	31,14
Kaixana	126	125	251	3,42
Kambeba	8	3	11	0,15
WaiWai	1	0	1	0,02
Ahanenawa	0	1	1	0,02
Não Indígena	8	1	9	0,12
Total	3814	3523	7337	100

As taxas de natalidade e fecundidade são altas o que condiciona manter uma população com predomínio jovem e demonstra a necessidade de um melhor controle do risco pre concepcional para evitar uma gravidez não desejada e assim continuar diminuendo a mortalidade infantil.

Taxa de natalidade =

$$\frac{\text{Nascidos vivos em determinada área e período}}{\text{População da mesma área, no meio período}} \times 1.000$$

$$\frac{\text{Nascidos vivos no Polo Base de Betânia em 2016}}{\text{População do Polo Base de Betânia 01 de julho 2016}} \times 1.000$$

$$\frac{179}{7337} \times 1.000 = 24,39$$

Taxa de fecundidade:

$$\frac{\text{Nascidos vivos em determinada área e período}}{\text{Mulheres de 15 a 49 anos da mesma área, no meio do período}} \times 1.000$$

$$\frac{\text{Nascidos vivos no Polo Base de Betânia em 2016}}{\text{Mulheres de 15 a 49 anos do Polo Base de Betânia 01 de julho 2016}} \times 1.000$$

$$\frac{179}{1568} \times 1.000 = 114,15$$

A mortalidade geral da micro área foi diminuída de 23 óbitos em o 2015 a 13 óbitos no 2016 com uma redução da taxa geral de mortalidade desde 3,15 em 1,77.

Taxa geral de mortalidade:

Número de óbitos em determinada comunidade e ano
População estimada para 01 de julho do mesmo ano x 1.000

Número de óbitos no Polo Base de Betânia em 2016
População do Polo Base de Betânia estimada para 01 de julho do 2016 x 1.000

$$\frac{13}{7337} \times 1.000 = 1,77$$

Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes

A mortalidade infantil da micro área foi diminuída de 8 óbitos de menores de 1 ano em o 2015 a 3 óbitos de menores de 1 ano no 2016 com uma redução da taxa de mortalidade infantil desde 39,21 em 16,75.

Taxa de mortalidade infantil:

Número de óbitos de menores de 1 ano em determinada comunidade e ano x 1.000
 Nascidos vivos na mesma comunidade e ano

Número de óbitos de menores de 1 ano no Polo Base de Betânia em 2016 x 1.000
 Nascidos vivos no Polo Base de Betânia em 2016

$$\frac{3}{179} \times 1.000 = 16,75$$

A taxa de mortalidade infantil pode ainda ser dividido em:

- Taxa de mortalidade neonatal (óbitos de 0 a 27 dias inclusive) em relação ao total de nascidos vivos (por 1000);

Número de óbitos de óbitos de 0 a 27 dias em determinada comunidade e ano x 1.000
 Nascidos vivos na mesma comunidade e ano

Número de óbitos de 0 a 27 dias no Polo Base de Betânia em 2016 x 1.000
 Nascidos vivos no Polo Base de Betânia em 2016

$$\frac{1}{179} \times 1.000 = 5,58$$

- Taxa de mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia. (Óbitos de 28 dias a 364 dias inclusive) Em relação ao total de nascidos vivos (por 1000).

Número de óbitos de 28 dias a 364 dias inclusive em determinada comunidade e ano x 1.000
Nascidos vivos na mesma comunidade e ano

Número de óbitos de 28 dias a 364 dias inclusive no Polo Base de Betânia em 2016 x 1.000
Nascidos vivos no Polo Base de Betânia em 2016

$$\frac{2}{179} \times 1.000 = 11,17$$

Não apresentamos mortalidade materna em o 2015 ne em o 2016

Quadro 3. Óbitos de acordo com o sexo, idade e causa da morte (CID 10), Polo Base Betânia. SIASI 2016.

Idade	Sexo	Causa de Óbito	CID 10
Menor de 1 ano	F	Desnutrição proteico calórica não especificada.	E46
De 20 a 59 anos	F	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento.	X70.0
Menor de 1 ano	M	Feto e recém-nascido afetado por transtornos maternos hipertensivos.	P00.0
De 20 a 59 anos	F	Parada respiratória	R09.2
Maior ou igual a 60 anos	M	Insuficiência cardíaca	I50
Menor de 1 ano	F	Choque hipovolêmico	R57.1
De 10 a 19 anos	M	Lesão encefálica anóxica não classificada em outra parte	G93.1
De 20 a 59 anos	F	Edema cerebral	G93.6
De 20 a 59 anos	M	Acidente com embarcação	V91.5
Maior ou igual a 60 anos	F	Neoplasia maligna do estomago	C16
Maior ou igual a 60 anos	M	Neoplasia maligna do reto	C20
Maior ou igual a 60 anos	M	Broncopneumonia não especificada	J18.0
Maior ou igual a 60 anos	F	Choque não especificado	R57.9

Quadro 4. Número de óbitos em menores de 1 ano de idade de acordo com a causa (CID 10), Polo Base Betânia. SIASI 2016.

Causas de Óbito (CID 10)	Idade						TOTAL
	0 - 6 dias		7-27 dias		> 28 dias e < 1ano		
	M	F	M	F	M	F	
E40 – E46 – Desnutrição	0	0	0	0	0	1	1
P00 – P96 – Afecções originadas no período perinatal	1	0	0	0	0	0	1
R57 – Choque	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	1	0	0	0	0	2	3

Quadro 5. Número de mulheres entre 25 a 64 anos de idade que fizeram exames de citologia oncótica do colo uterino de acordo com o mês de coleta do material e alterações encontradas, Polo Base Betânia. SIASI 2016.

Meses	Nº de exames	Alterações
		Lesão intraepitelial de baixo grau
JANEIRO	1	
FEVEREIRO	0	
MARÇO	4	
ABRIL	183	4
MAIO	119	
JUNHO	71	1
JULHO	6	
AGOSTO	24	
SETEMBRO	0	
OUTUBRO	16	
NOVEMBRO	3	
DEZEMBRO	0	
TOTAL	427	

Coeficiente de incidência de Lesão intraepitelial de baixo grau no colo de útero:

Número de mulheres com Lesão intraepitelial de baixo grau no colo de útero x 1000

Total de mulheres de 25 a 64 anos

5 x 1000 = 3,99

1251

Quadro 6. Casos de Malária e Filaríase notificados, resultados da pesquisa por busca ativa com Gota espessa, Polo Base Betânia. SIASI 2016.

Malária por Plasmodium vivax		Filaríase por Wuchereria bancrofti	
2015	2016	2015	2016
38	22	7	6

Taxa de incidência da malária:

Casos novos da doença em determinada comunidade e tempo
 _____ x 1.000
 População estimada da área no mesmo tempo

Casos novos de malária no Polo Base de Betânia em 2016
 _____ x 1.000
 Populaçãodo Polo Base de Betânia estimada para 01 de julho do 2016

$$\frac{22}{7337} \times 1.000 = 2,99$$

Taxa de incidência de Filaríase:

Casos novos de malária no Polo Base de Betânia em 2016
 _____ x 1.000
 Populaçãodo Polo Base de Betânia estimada para 01 de julho do 2016

$$\frac{6}{7337} \times 1.000 = 0,81$$

Taxa de incidência de Diarreias agudas:

Casos novos de diarreias agudas no Polo Base de Betânia em 2016
 _____ x 1.000
 Populaçãodo Polo Base de Betânia estimada para 01 de julho do 2016

$$\frac{317}{7337} \times 1.000 = 43,20$$

Taxa de incidência da hipertensão:

Casos novos de hipertensão no Polo Base de Betânia em 2016
 _____ x 1.000
 População do Polo Base de Betânia estimada para 01 de julho do 2016

$$\frac{4}{7337} \times 1.000 = 0,54$$

Taxa de prevalência da hipertensão:

$$\frac{\text{Casos presentes de hipertensão no Polo Base de Betânia em 2016}}{\text{População do Polo Base de Betânia estimada para 01 de julho do 2016}} \times 1.000$$
$$\frac{55}{7337} \times 1.000 = 7,49$$

Taxa de prevalência da diabetes:

$$\frac{\text{Casos presentes de diabetes no Polo Base de Betânia em 2016}}{\text{População do Polo Base de Betânia estimada para 01 de julho do 2016}} \times 1.000$$
$$\frac{11}{7337} \times 1.000 = 1,49$$

Principais problemas de saúde identificados

- Alta incidência de Diarreias Agudas.
- Alta incidência de parasitismo.
- Alta incidência de gravidez na adolescência
- Alta incidência de malária

Problema de saúde escolhido

A Diarreia Aguda é muito frequente no Polo Base de Betânia, este problema teve uma alta taxa de incidência de 43,20 no ano 2016 sendo de fácil prevenção e cura além de aparecer complicações de não ser tratada adequadamente.

Em termos de morbidade e mortalidade infantil, as diarreias representam 2 bilhões de casos, matando 1,5 milhões de crianças anualmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, causam grandes impactos no setor salutar e socioeconômico em decorrência da sua prevalência, apesar dos avanços no conhecimento e manejo desta enfermidade.⁷

A diarreia aparece quando a perda de água e eletrólitos nas fezes é maior do que a normal, resultando no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes. Diarreia é geralmente definida como a ocorrência de 3 ou mais dejeções amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas. ⁸

A doença diarreica aguda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil no Brasil, especialmente nas crianças menores de 6 meses que não estão em aleitamento materno exclusivo. Nas regiões Norte e Nordeste, onde o problema assume maior magnitude, o risco de morte por diarreia em crianças menores de 5 anos é cerca de 4 a 5 vezes maior do que na Região Sul, representando cerca de 30% do total das mortes após o período neonatal durante o primeiro ano de vida. ⁸

Podem ser acompanhadas de náuseas, vômitos, febre e dores abdominais. Geralmente são auto-limitadas, com duração de 2 a 14 dias. Suas consequências fisiopatológicas mais graves são a desidratação e desnutrição com problemas no desenvolvimento ponderoestatural e intelectual. ⁹

Quando uma criança tem diarreia por menos de 14 dias, dizemos que a diarreia é **aguda**. A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocado por um agente infeccioso viral e dura menos de 2 semanas, mas uma pequena proporção de todas as diarreias agudas se devem à cólera.

Caso a diarreia dure 14 dias ou mais, é denominada diarreia **persistente**. Até 10% dos episódios de diarreia são persistentes, causam problemas nutricionais e contribuem para mortalidade na infância.

A diarreia com sangue, com ou sem muco, é chamada **disenteria**. A causa mais comum da disenteria é *Shigella*. A disenteria amebiana não é comum nas crianças pequenas e a maioria das amebas encontradas no Brasil não são patogênicas (*Entamoeba Dispar*), embora sejam morfologicamente indistinguíveis no microscópio da *Entamoeba Histolytica*. Uma criança pode ter diarreia líquida e disenteria associada. ⁸

As diarreias podem ser provocada por múltiplos agentes etiológicos, como bactérias, vírus e protozoários. Muitos estudos apontam o rotavírus como

agente etiológico preponderante nos países desenvolvidos, enquanto as bactérias são mais importantes nas crianças de países em desenvolvimento. ¹⁰

Esses dados, contudo, não são consensuais. Um estudo multicêntrico, em países em desenvolvimento, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstrou uma maior prevalência do rotavírus em crianças menores que 12 meses de idade e uma maior prevalência bacteriana no segundo e terceiro anos de vida. ¹¹

O grupo etário mais vulnerável as diarreias no Brasil são crianças de 0 a 5 anos de idade.¹² Nesta faixa etária, as crianças com maior risco de desenvolverem a doença são as mais jovens (menores de 1 ano) e mais suscetíveis ao quadro persistente, aumentando assim as infecções sistêmicas, o tempo de hospitalização e os óbitos. ^{13 14}

Estima-se que a diarreia esteja em primeiro lugar entre as doenças que são ocasionadas por fatores ambientais, e que 94% da carga das doenças diarreicas sejam atribuíveis as condições ambientais. Considerando esta perspectiva, as intervenções ambientais podem prevenir a morte de mais de 2 milhões de crianças entre 0 a 5 anos de idade a cada ano em todo o mundo.¹⁵

Na comunidade de Betânia como já foi descrito de seus 544 casas, só tem ligado à rede de água 384 casas o que representa 70,58 % delas, além de que não tem coleta pública do lixo e precisa ser queimado, enterrado ou ficar exposto, é a comunidade do Polo base de Betânia com maior incidência de diarreias em crianças menores de 5 anos que podem ser ocasionadas por fatores ambientais, sendo este problema de saúde factível de ser modificado com uma intervenção educativa com as mães ou cuidadoras de estas crianças que permita incrementar o conhecimento sobre a prevenção das diarreias.

2 - OBJETIVOS:

2.1 Objetivo geral:

Incrementar o conhecimento sobre a prevenção das diarreias nas mães das crianças menores de 5 anos da comunidade indígena de Betânia.

2.2 Objetivos específicos:

1. Identificar o conhecimento sobre as medidas preventivas das diarreias.
2. Aplicar uma estratégia educativa que permita aumentar a percepção de risco das diarreias, as medidas para sua prevenção e aspectos de abordagem da doença.
3. Qualificar o trabalho que vem sendo desenvolvido pelos Agentes Indígenas de Saúde nas visitas domiciliares.

3- METODOLOGIA:

Será proposta uma intervenção educativa em saúde para melhorar os conhecimentos sobre a prevenção das diarreias nas mães das crianças menores de 5 anos da comunidade indígena de Betânia, Polo Base Betânia, DSEI Alto Rio Solimões.

A intervenção educativa será desenvolvida na comunidade de Betânia por apresentar uma morbidade elevada de diarreias em crianças menores de 5 anos, com 396 mães das 474 crianças menores de 5 anos. As mães serão divididas em dois grupos para a intervenção educativa.

O projeto será dividido em três etapas:

Diagnóstica: Com a revisão da literatura, coleta de dados e um diagnóstico situacional de saúde do território.

Intervenção: Se aplicaram dois questionários (Anexo 1 e 2) dirigido as mães para seu caracterização demográfica e identificar o conhecimento sobre as medidas preventivas das diarreias. Após se aplicaram atividades educativas em saúde com dinâmicas de grupo e palestras. As atividades terão uma frequência semanal durante quatro semanas com uma duração de 1 hora.

Avaliação: Se aplicaram os mesmos questionários depois das atividades educativas, e serão feitas visitas domiciliares a todas as famílias envolvidas no projeto por seus agentes indígenas de saúde, enfermeiro e médico que participaram em as atividades educativas de saúde com as mães das crianças, com o objetivo de avaliar os conhecimentos adquiridos pelas pessoas participantes da investigação.

A participação dos agentes indígenas de saúde deve permitir compreender melhor o processo saúde-doença, promovendo a saúde e intervindo neste processo, propiciam a análise dos problemas calcada em referencial teórico num contexto intercultural, na perspectiva da promoção à saúde, prevenção das doenças e controle dos agravos. A metodologia proposta para eles está fundamentada na pedagogia problematizadora, inserindo-se no campo de uma educação crítica. Tem por princípio a integração teoria-prática, a integração ensino-serviço-comunidade, a construção coletiva do conhecimento a partir do

referencial cultural dos próprios agentes e a relação indissociável entre o processo de formação e a organização dos serviços. ¹⁶

Programação das Atividades educativas			
Semana	Atividades educativas	Tempo	Responsável
1	Diarreia. Concepto. Causas Via de transmissão. Sintomas. Sinais de perigo. Complicação.	1 hora	Médico
2	Como prevenir a diarreia. Tratamento do água. Alimentação saudável. Aleitamento materno. Higiene pessoal e bucal.	1 hora	Médico Nutricionista Odontólogo
3	Higiene ambiental. Tratamento da diarreia. Sais de reidratação oral. Alimentação durante a diarreia.	1 hora	Médico Nutricionista
4	Avaliação final com dinâmica de grupo. Aplicar questionário inicial	1 hora	Médico

Crítérios de inclusão: Todas as mães das crianças de 0 a 5 anos de idade da comunidade indígena de Betânia.

Crítérios de exclusão:

- Pessoas que não aceitem formar parte da investigação.
- Pessoas que presentem alguma doença ou condição que impossibilite sua participação.
- Pessoas que se encontrem fora de área no momento da investigação.

RECURSOS:

Recursos materiais:

- Papelaria: lápis, borracha, canetas, resma de papel, marcadores, impressora e tinta para impressora.
- Audiovisual: Datashow, laptop e caixas de som.
- Infraestrutura: Polo base da comunidade de Betânia.
- Logística: mapa do setor devidamente identificado, planilhas para a coleta da informação.

Recursos humanos: pessoas em estudo, 15 agentes indígenas de saúde um médico geral, quatro enfermeiros, uma nutricionista e um odontólogo.

4. RESULTADOS ESPERADOS:

Com a intervenção educativa planejada esperamos incrementar o conhecimento sobre a prevenção das diarreias nas mães das crianças menores de 5 anos. Conhecendo como evitar a transmissão digestiva de esta doença por água e alimentos contaminados, identificando seus principais sintomas e sinais de perigo, que precisam de atendimento médico urgente para evitar complicações graves nas crianças que podem ser causa de óbito como a desidratação e desnutrição.⁹

Esperamos sensibilizar os envolvidos sobre as condições ambientais de seus moradias com uma adequada disposição final do lixo e seus dejetos, que evitam a transmissão das diarreias e outras doenças por vetores como a malária.¹⁵

Evitando as diarreias esperamos diminuir as crianças com baixo peso, fator de risco muito importante para evitar a mortalidade infantil por outras doenças transmissível. Com um estado nutricional adequado será favorecido um crescimento e desenvolvimento que permita um melhor aproveitamento de seu rendimento escolar futuro.⁹

Com a participação dos agentes indígenas de saúde nesta intervenção educativa desejamos melhorar sua capacitação na avaliação das famílias atendidas para assim fortalecer e qualificar o trabalho que vem sendo desenvolvido por eles.

Diminuindo a alta incidência das diarreias e seu número de atendimentos por demanda espontânea aumentaria a disponibilidade para mais consultas agendadas.

Também esperamos diminuir o número de encaminhamentos por diarreias complicadas com um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Como principal contribuição aportada com este projeto de intervenção educativa será incrementar o conhecimento sobre a prevenção das diarreias nas mães das crianças menores de 5 anos e que possa gerar resultados positivos no estado de saúde das pessoas, nos níveis de motivação e na adesão a comportamentos saudáveis, que permitam reconhecer as situações ou condições que a expõem em risco, e a toma de decisões oportunas para diminuir a chance de adoecer.

A maior fortaleza que disponhamos é nosso Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena que funciona como uma família muito unida onde todos participam colaborando com as atividades educativas planejadas. Contamos com meios audiovisuais que facilitam o trabalho educativo em saúde, os dois odontólogos são indígenas que falam a língua ticuna e permite uma adequada comunicação com os integrantes da comunidade.

Como limitações encontramos pouco tempo disponível para fazer a intervenção educativa desejada e como proposta este projeto deve ser aplicado a todas as mães e cuidadoras das crianças da comunidade de Betânia y outras comunidades com incidência elevada de diarreias.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Alto Rio Solimões. 2013. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/03-cartografia_3o_movimento_23.pdf
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
3. Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena Alto Rio Solimões. 2016.
4. Instituto Socioambiental. Ticuna. Povos Indígenas no Brasil. Brasil. 2017. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/ticuna>
5. Instituto Socioambiental. Kokama. Povos Indígenas no Brasil. Brasil. 2017. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/kokama>
6. Instituto Socioambiental. Kaixana. Povos Indígenas no Brasil. Brasil. 2017. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/kaixana>
7. WHO. World Health Organization. Diarrhoeal disease. Fact sheet nº 330. August, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/index.html>
8. Organização Pan-Americana de Saúde. Manual AIDPI criança 2 meses a 5 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
9. Tavares, W.; Marinho, L. A. C. Rotina de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. 2ª ed. ampl. Editora: Atheneu. São Paulo, 2007. p. 232-238.
10. Schnak FJ, Fontana LM, Barbosa PR, Meyer LS, Baillargeon CMM, Barichello T, Póvoa MM, Cavasini CE, Machado RLD. Enteropatógenos associados com diarreia infantil (<5 anos de idade) em amostra da população da área metropolitana de Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19: 1205-8.
11. Huilan S, Zhen LG, Mathan MM, Mathew MM, Olarte J, Espejo R, Khin Maung U, Ghafoor MA, Khan MA, Sami Z. Etiology of acute diarrhoea among children in developing countries: a multicentre study in five countries. Bull WHO. 1991; 69: 549-55.
12. Kronemberger, D. M. P.; Clevelário Junior, J. Análise dos impactos na saúde e no Sistema Único de Saúde decorrente de agravos

relacionados ao esgotamento sanitário inadequado nos municípios brasileiros com mais de 300.000 habitantes. 2010. Disponível em: <http://www.agersa.es.gov.br/site/arquivos/relatorios/Estudo%20Completo%20Esgoto_TRATA%20BRASIL.pdf>.

13. Veronesi, R. Focaccia, R. Tratado de Infectologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
14. Façanha, M. C.; Pinheiro, A. C. Comportamento das doenças diarreicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 e 2001. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 49-54, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/06.pdf>>.
15. Prüss-Üstün, A.; Corvalán, C. Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease. World Health Organization (WHO), 2006.
16. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde. Módulo Introdutório. Brasília, 2005.

7. ANEXOS:

Anexo 1

Questionário 1

1. Nome da mãe: _____
2. Idade da mãe: _____
3. Endereço: _____
4. Escolaridade: _____
5. Estado civil: _____
6. Ocupação: _____
7. Quantas pessoas moram na residência: _____
8. Renda familiar: _____
9. Tipo de casa:
 1. Tábua _____
 2. Tijolo _____
 3. Mista _____
10. Qual o tipo de piso do domicílio? :
 1. Cerâmica _____
 2. Cimento _____
 3. Terra _____
 4. Tábua _____
11. Qual e destino do lixo da sua residência? :
 1. Coleta regular _____
 2. Lançado a céu aberto _____
 3. Queimado _____
 4. Enterrado _____
 5. Outros _____
12. De onde e proveniente a água que abastece a casa? :
 1. Rede pública _____
 2. Rio _____
 3. Poço _____
 4. Outros _____
13. Qual a procedência da água que a criança consome? :
 1. Água mineral _____
 2. Torneira _____
 3. Outros _____
14. Você realiza algum tratamento na água que a sua criança irá tomar:
 1. Sim _____
 2. Não _____
 3. A criança só mama _____
15. Se sim, qual dos tratamentos listados abaixo:
 1. Apenas ferve a água _____
 2. Apenas filtra a água _____
 3. Ferve e filtra a água _____
 4. Trata com hipoclorito de sódio _____
 5. Outro _____
16. Tipo de sanitário:
 1. Com descarga de água _____
 2. Sem descarga de água _____
 3. Sem sanitário _____
17. Qual o tipo de esgoto da casa? :
 1. Rede pública _____
 2. Fossa séptica _____
 3. Céu aberto _____
 4. Outro _____
18. Há na casa alguma geladeira funcionando hoje? :
 1. Sim _____
 2. Não _____
19. Na casa existe algum animal? :
 1. Sim _____
 2. Não _____ Se sim, especificar _____

Anexo 2

Questionário 2

Nome da mãe: _____

Para cada uma das seguintes perguntas, por favor escolha a resposta que melhor descreve o que você faz para prevenir diarreia no seu filho.

1. Você faz que seu filho lave as mãos com água e sabão antes das refeições?
Não____ Às vezes____ Sim____
2. Você lava as verduras e frutas com hipoclorito de sódio. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
3. Você lava suas mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos?
Não____ Às vezes____ Sim____
4. Você mantém limpo o local onde prepara os alimentos. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
5. Você deixa cobertos os alimentos e a água depois de servir. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
6. Você amamentou seu filho por mais de 6 meses. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
7. Você lava suas mãos com água e sabão antes de alimentar a seu filho. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
8. Você evita que seu filho coloque objetos sujos na boca. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
9. Você ofereceu aleitamento materno exclusivo para seu filho nos seus primeiros 6 meses de vida. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
10. Você lava com água e sabão a mamadeira/chupeta/copo de seu filho após cada uso. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
11. Você corta as unhas de seu filho quando necessário. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
12. Você joga o lixo da sua casa em sacos amarrados. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
13. Você lava suas mãos com água e sabão depois de limpar seu filho, quando ele faz cocó ou xixi. ?
Não____ Às vezes____ Sim____
14. Você ferve, filtra ou coloca hipoclorito de sódio a água de beber de seu filho. ?
Não____ Às vezes____ Sim____

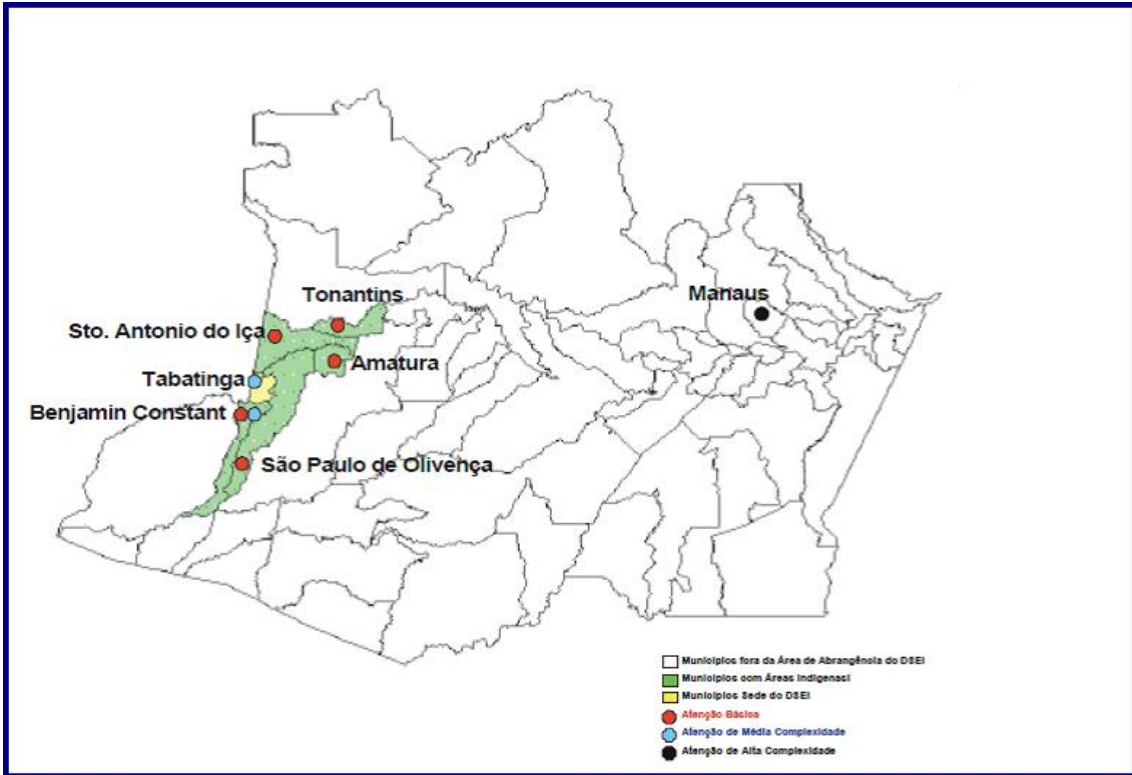


Figura1. Mapa de localização geográfica do DSEI Alto Rio Solimões.

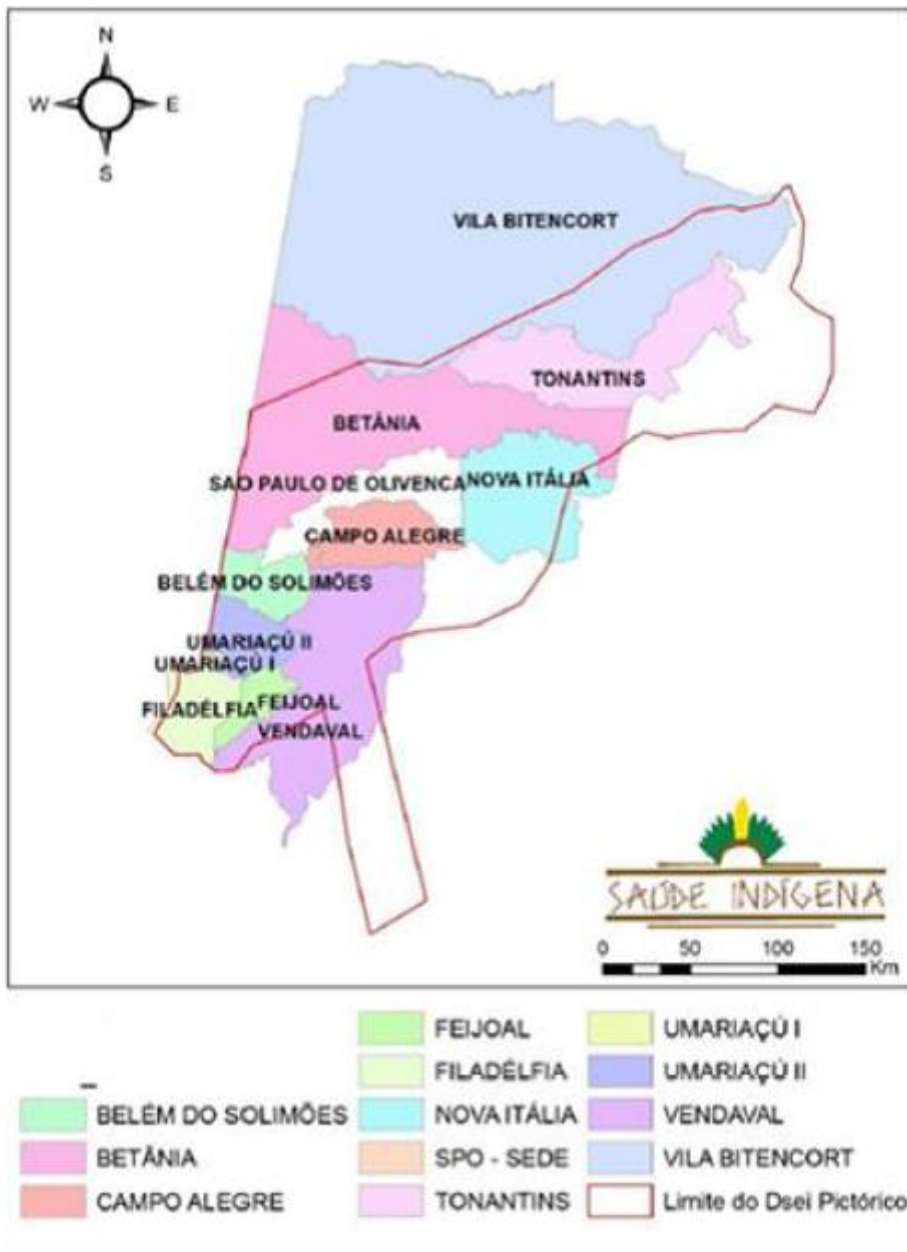


Figura 2. Mapa de localização do DSEI Alto Rio Solimões por Pólo Base



Figura 3. Etnia Ticuna. Comunidade de Betânia.



Figura 4. Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. Comunidade de Betânia.



Figura 5. Atendimento em a Comunidade de Lago de Correia



Figura 6. Visita domiciliar a uma puerpera e seu filho recém nascido



Figura 7. Atendimento em a Comunidade Boa Esperança



Figura 8. Atividade educativa com as mães. Comunidade de Betânia.



Figura 9. Atividade educativa com as crianças. Comunidade de Betânia.