



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Daynnier Echevarria Prieur

Ações educativas sobre doenças respiratórias com a  
comunidade Kaingang: Projeto de Intervenção na  
Aldeia Indígena Ivaí, Paraná

Florianópolis, Março de 2018



Daynnier Echevarria Prieur

Ações educativas sobre doenças respiratórias com a comunidade  
Kaingang: Projeto de Intervenção na Aldeia Indígena Ivaí, Paraná

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Camila Biribio Woerner  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Daynnier Echevarria Prieur

Ações educativas sobre doenças respiratórias com a comunidade  
Kaingang: Projeto de Intervenção na Aldeia Indígena Ivaí, Paraná

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Camila Biribio Woerner**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

As doenças respiratórias são uma das causas mais comuns de morbimortalidade. Elas são classificadas em agudas e crônicas. Os principais danos ocasionados pelas doenças respiratórias são as complicações das doenças agudas e a afecção progressiva e irreversível das estruturas do aparelho respiratório. Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças respiratórias estão o tabagismo e usar biomassa como fonte de combustível. Tal realidade foi identificada como um problema de saúde presente e representativo na população da comunidade indígena “Ivaí”, localizada no estado do Paraná. Intervir sobre os fatores modificáveis que levam a tal agravo de saúde é fundamental. Contemplando os usuários de maneira integral e adotando medidas para evitar complicações graves e mortes prematuras, sempre respeitando e considerando os aspectos culturais da população Kaingang. O objetivo do presente projeto de intervenção é desenvolver ações educativas de promoção, prevenção e acompanhamento da comunidade indígena a respeito das doenças respiratórias e suas complicações. As ações a serem desenvolvidas, no período de janeiro e junho/2018, dizem respeito a sistematização e organização das consultas realizadas pelo médico ou enfermeiras, realização de reuniões educativas, visitas domiciliares para públicos específicos e ações educativas na sala de espera. Entendemos que tais ações são importantes visto que a promoção e a prevenção de saúde, são essenciais para a adoção de estilos de vida saudáveis e diminuem consideravelmente a incidência desta doença modificando hábitos tóxicos ou agentes agressores que se apresentam como centrais na aparição das doenças de caráter respiratório. Espera-se que as ações realizadas auxiliem a reforçar as medidas preventivas e influenciar a diminuição das patologias, bem como, promovendo a adesão terapêutica e a prevenção das complicações nos pacientes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Doenças Respiratórias, Fatores de Risco, Intervenção Médica Precoce





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	13
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	21
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	25



# 1 Introdução

A Terra Indígena Ivaí, habitada pelos índios Kaingang, antigamente denominada "Toldo Ivaí", foi substituída por Posto Indígena Cacique Gregório Kaechot durante alguns anos, em homenagem ao Cacique que prestou serviços a administração do anterior SPI (Serviço de Proteção aos Índios). A área que já foi de 36.000 hectares aproximadamente, cuja posse e usufruto era assegurada pelo Artigo 256 de Constituição Federal de 1946, foi reduzida para 7.200 hectares, aproximadamente, com o acordo datado de 12 de maio de 1949. (MOTA et al., 2003)

Os Kaingang, tem uma estrutura política onde a posição máxima é ocupada pelo cacique, seguida do vice-cacique estando muito hierarquizada.

As atribuições do cacique e do vice-cacique envolvem tanto a representação da coletividade junto às autoridades do mundo dos brancos, quanto as decisões sobre diversos aspectos da dinâmica interna. Para os Kaingang, de uma maneira geral, a autoridade política de seus caciques está diretamente relacionada à capacidade do cacique de bem representar sua coletividade. Para tanto, eles esperam que a autoridade de seus caciques ultrapasse os limites da Terra Indígena. (TOMMASINO, 2017)

A participação do cacique e do vice-cacique na dinâmica interna da Terra Indígena está relacionada aos processos de tomada de decisões relacionadas a aspectos econômicos, políticos, jurídicos e éticos. Tais decisões envolvem a participação de outras autoridades kaingang, aquelas que genericamente são chamadas de Liderança, uma espécie de conselho local. Além do cacique e do vice os demais membros da Liderança são indivíduos que cumprem as funções específicas, ora relacionadas ao controle social (chamados de 'soldados', 'cabos', 'sargentos'), ora relacionadas aos processos de tomada de decisão. Os 'soldados', 'cabos' e 'sargentos' são responsáveis pelas resoluções de pequenos problemas, tais como: brigas internas, 'bebedeira', acusações de pequenos roubos e desrespeito à autoridade. (TOMMASINO, 2017)

As famílias, residentes nessa terra indígena, são de baixa renda e vivem da agricultura e do artesanato. Na agricultura há o plantio de milho, soja, feijão e arroz cultivados pelo sistema familiar. Na atividade artesanal que é responsabilidade das mulheres, são fabricados cestas, balaios, chapéus, tulas, peneiras e adornos, feitos de bambu (taquara), que são vendidos nas cidades de região ou trocados por artigos e alimentos que necessitam no consumo doméstico.

A maioria das famílias da comunidade é católica e se reúnem na Capela Nossa Senhora de Guadalupe, padroeira dos povos indígenas em toda América. As orações são animadas por jovens que cantam o mesmo cântico nas duas línguas: Kaingang e Português.

Os indígenas possuem uma cozinha comunitária instalada com o objetivo de diminuir a desnutrição das crianças. O que se observa entre crianças indígenas brasileiras são elevadas

prevalências de desnutrição infantil, caracterizados por altas prevalências de baixo peso para a idade e déficits de crescimento, que em muitos casos se traduzem em frequências de desnutrição bastante superiores dos valores reportados.

Para o lazer da comunidade há um campo de futebol, principal divertimento entre os homens adultos, jovens, adolescentes e crianças e um salão do baile com eventos animados pelo conjunto musical denominado "Os Indianos" composto por membros da comunidade.

A coleta do lixo é tarefa da Prefeitura, executada por trabalhadores profissionais que atendem na aldeia uma vez à semana, também pode ser queimado fora das casas. As famílias recebem água potável, mas não têm um sistema para o recolhimento dos resíduos líquidos.

Há dois rios na comunidade, mas a água não é potável porque está contaminada com produtos químicos agrícolas utilizados em lavouras próximas.

Há na Terra Indígena Avaí 129 casas de alvenaria, sendo 42 destas construídas pelo atual Governo do Estado do Paraná, porém há algumas famílias que moram em ranchos de costaneiras cobertas com lona ou eternites. A população indígena Ivaí vem aumentando ano a ano. O perfil epidemiológico da comunidade está apresentado pela população de 1738 pessoas delas 842 são femininos e 896 masculinos, temos 793 entre crianças e jovens com menos de 20 anos, 872 entre 20 e 59 anos e 73 com mais de 60 anos, sendo 392 famílias de Kaingang e 5 do grupo Guarani. Há também algumas que são itinerantes, mudando-se de uma comunidade indígena para outra. Segundo dados estatísticos nascem em média 35 crianças cada ano.

As organizações como a Funai - Fundação Nacional do Índio e Sesai - Secretaria Especial de Saúde Indígena estão ligados à Liderança da Comunidade. A FUNAI é o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro. Vinculada ao Ministério da Justiça, é a coordenadora e principal executora da política indigenista do Governo Federal. Sua missão institucional é proteger e promover os direitos dos povos indígenas no Brasil. É, ainda, seu papel promover políticas voltadas ao desenvolvimento sustentável das populações indígenas. (MJ, 2017)

A SESAI é a área do Ministério da Saúde responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A missão da secretaria é implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS (SasiSUS), descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira (MS, 2017).

A aldeia Ivaí possui uma Unidade Básica de Saúde e conta com a atuação do Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Na aldeia existem oito agentes de saúde treinados pela FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) e frequentemente são realizadas palestras por pessoas convidadas sobre higiene, cuidados pessoais e com a alimentação.

As cinco queixas mais comuns que levam a população a procurar atenção médica são: as infecções respiratórias agudas; as doenças digestivas agudas; as afecções dermatológicas; os acidentes e os síndromes osteomioarticulares, sendo importante sinalar o incremento das doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis na população.

Até setembro de 2017 havia 78 pacientes com HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica e 2 pacientes com DM - Diabetes Mellitus, durante o ano passado não houve casos de Tuberculose ou Hanseníase. As principais causas de morte são os acidentes, as pneumonias, as insuficiências respiratórias, os AVE - Acidente Vascular Encefálico e o câncer.

Na principal causa de internamento das pessoas idosas é a doença respiratória crônica descompensada. De modo geral as doenças respiratórias (sejam altas ou baixas, agudas ou crônicas) são a principal causa de atendimento de população e internamento nos idosos e ficam dentro das principais causas de óbito.

A alta incidências de doenças respiratórias está associada ao estilo de vida tradicional da população kaingang devido a frequente exposição à fumaça dos fogões e fogueiras que os indígenas mantêm em suas casas. Além de oferecer calor para o ambiente e propiciar a manutenção dos alimentos, possui significados culturais. Para os Kaingang, permanecer ao redor do fogo fortalece o espírito contra doenças. Nessas circunstâncias, a enfermagem orienta sobre as consequências dessa prática, mas considera a relevância cultural desse hábito, a fim de garantir o cuidado com redução de conflitos. Situação nesta em que as costumes de um povo atentam contra sua saúde (BORGHI; CARREIRA, 2015).

Com base neste contexto, o problema que iremos intervir nessa comunidade são as doenças respiratórias, aplicando proposta de intervenção educativa para modificar fatores de risco na comunidade a fim de melhorar o estilo de vida dos pacientes. As doenças respiratórias estão entre as razões mais frequentes de atendimento primário à saúde, afetando a qualidade de vida das pessoas, interferindo no período produtivo de suas vidas, podendo causar prejuízos pelo absenteísmo ao trabalho e à escola.

A asma acomete cerca de 150 milhões de indivíduos em todo o mundo. A elevada frequência em crianças observada na última década prevê o aumento da prevalência por asma nos próximos anos a não ser que sejam tomadas medidas preventivas apropriadas (OPAS/OMS, 2017).

Estimativas sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC têm sido baseadas primariamente nas estatísticas de mortalidade, o que configura um subdiagnóstico.

Ainda assim, essas estimativas mostram que a morbimortalidade por DPOC está elevando-se em muitas regiões. DPOC representa 4,8% dos óbitos por doenças respiratórias. No Brasil, estimam-se prevalências de 7,5 milhões (5 a 10%) de portadores de DPOC. As internações por esta doença representaram um número na ordem de 170 mil admissões no último ano (DATASUS, 2008). O número de óbitos por DPOC variou em torno de 33.100 mortes anuais de 2000 a 2005 (OPAS/OMS, 2017).

Diante destes dados estatísticos, tem-se que este estudo será muito importante para

a população indígena, encaminhado a melhorar a saúde pulmonar da mesma. Tendo em conta que o custo das internações hospitalares e das doenças crônicas é alto, a solução mais adequada é a prevenção das mesmas, seja mudando fatores de risco, com a imunização para algumas doenças, a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso em caso de ser uma doença crônica assim como um tratamento oportuno quando acontece a descompensação da mesma, acompanhamento e avaliação periódica deste paciente. Pretende-se com o atendimento ao paciente com sintomas respiratório possibilitar o acompanhamento e o controle dos pacientes crônicos, além do planejamento de atividades educativas e promoção de saúde para a população de risco e tornar-les mais ativos no processo do autocuidado. Atividades educativas sejam elas individuais ou coletivas ajudam nesse processo, esclarecendo, orientando, resolvendo dúvidas.

Assim, ao propor novas estratégias de trabalho este projeto de intervenção pretende também auxiliar na qualificação dos profissionais da saúde da comunidade. A educação em saúde, por ser uma arma poderosa nestes tempos, para transformar as variáveis negativas, auxiliará a toda equipe a realizar mudanças no estado de saúde da comunidade. Sendo assim, todos têm a ganhar, comunidade e equipe de saúde. A mudança de estilos de vidas estabelecidos por séculos não vai acontecer em poucos dias, é preciso um trabalho persistente e mantido para lograr isso.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Desenvolver ações educativas de promoção, prevenção e acompanhamento da comunidade indígena a respeito das doenças respiratórias e suas complicações.

### 2.2 Objetivos Específicos

Traçar o perfil da população com maiores fatores de risco.

Organizar a agenda de atendimentos e programar as consultas de cuidado contínuo aos pacientes com doenças respiratórias.

Identificar os pacientes com sintomas de doenças respiratórias em na população.

Reduzir as complicações causadas por doenças respiratórias.

Realizar grupos, palestras e rodas de conversas educativas sobre as doenças respiratórias.





### 3 Revisão da Literatura

O presente projeto de intervenção visa o desenvolvimento de ações que possibilitem a prevenção, promoção e acompanhamento da população indígena Kaingang, residente na Terra Indígena Ivaí, a respeito das doenças respiratórias e complicações decorrentes. Neste contexto, nossa revisão de literatura aqui exposta, visa a compreensão da condição das doenças respiratórias, conhecimento dos dados epidemiológicos a seu respeito, bem como, conhecimento e verificação das políticas públicas existentes para o atendimento a esta condição. Cabe o destaque que tratamos de uma população com características específicas em decorrência da cultura e costumes indígenas decorrentes, sendo necessário, desta forma, verificar características e condições próprias antes realizar a intervenção propriamente.

Primeiramente, é importante contextualizarmos as questões específicas das doenças respiratórias. Estas, são classificadas em doenças respiratórias agudas ou crônicas. As doenças respiratórias agudas (DRA) e, particularmente as infecções respiratórias agudas (IRA), são uma das causas mais comuns de morbimortalidade na infância, atingindo principalmente crianças menores de cinco anos de idade. As doenças respiratórias agudas são aquelas que afetam nariz, seios nasais, orofaringe e laringe, causadas por vírus ou bactérias, que tem um período de duração curto e não causam sequelas (CARDOZO et al., 2007).

As doenças respiratórias crônicas são doenças crônicas das vias aéreas, incluindo o nariz e os seios da face, bem como brônquios e pulmão. A maior parte das doenças respiratórias crônicas são representadas por asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), rinite alérgica, doenças ocupacionais dos pulmões e hipertensão pulmonar. As pessoas afetadas têm dificuldade em respirar normalmente e têm suas atividades físicas limitadas.(CBP, 2017)

Os principais danos ocasionados pelas doenças respiratórias são as complicações das doenças agudas e a afecção progressiva e irreversível das estruturas do aparelho respiratório influenciadas pelo meio ambiente e condições sócio econômicas, afetando a qualidade de vida e aumentando os custos econômicos direcionados pelo tratamento medicamentos e as internações hospitalares.

Tais complicações, afetam diretamente os pulmões. Os pulmões, órgãos principais que compõem o sistema respiratório, são responsáveis pelas trocas gasosas entre o ambiente e a corrente sanguínea. São dois órgãos de formato piramidal, sendo estes os principais órgãos do sistema respiratório dos humanos. As doenças mais comumente observadas que acomete os pulmões, segundo Meldau (2017) são: Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Bronquite crônica; Enfisema pulmonar; Câncer de pulmão.

”Em todo o mundo, as doenças que acometem o sistema respiratório, de forma geral,

ocupam o posto de terceira causa de morte. Dentre as doenças mais comuns que acometem o aparelho respiratório estão: broncopatias; pneumopatias; transtornos respiratórios; fístula do trato respiratório; doenças torácicas; transtornos da motilidade ciliar; doenças nasais; hipersensibilidade respiratória; infecções respiratórias; doenças da traquéia; laringopatias; doenças pleurais; anormalidades do sistema respiratório; neoplasias do trato respiratório”(MELDAU, 2017).

”As doenças respiratórias crônicas afetam todas as idades e representam uma carga substancial tanto para o indivíduo como para a sociedade. No Brasil, 15 milhões de pessoas são afetadas por asma, 20 milhões têm rinite alérgica e cinco milhões de brasileiros com idade acima de 40 anos apresentam doença pulmonar obstrutiva crônica. Esses números demonstram que 2 em cada 10 brasileiros são afetados por uma doença respiratória crônica.”(CBP, 2017) Tal dado nos indica uma condição de alerta e necessidade de encaminhamentos e posicionamentos mais concretos enquanto política de saúde.

”Em nível mundial, a estimativa é de aproximadamente 235 milhões de pessoas sofrem de asma, mais de 200 milhões tenham doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 65 milhões sofrem de DPOC moderado a grave, 1–6% da população adulta (mais de 100 milhões de pessoas) sofrem de distúrbio respiratório do sono, 8,7 milhões de pessoas desenvolvem tuberculose (TB) anualmente, milhões vivem com hipertensão pulmonar e mais de 50 milhões de pessoas lutam contra doenças pulmonares ocupacionais, totalizando mais de 1 bilhão de pessoas sofrendo com algum problema respiratório crônico. Correlacionado esses dados com o contexto ambiental, estima-se que pelo menos 2 bilhões de pessoas estão expostas aos efeitos tóxicos do consumo de combustível de biomassa, 1 bilhão estão expostas à poluição do ar externo e 1 bilhão estão expostas à fumaça do cigarro. A cada ano, 4 milhões de pessoas morrem prematuramente de alguma doença pulmonar crônica”(INTERNACIONAIS, 2017). Indicando assim a amplitude e consequências de tais agravos.

”O quadro é ainda mais complexo quando trata-se de bebês e crianças. Aproximadamente, nove milhões de crianças com menos de 5 anos de idade morrem anualmente e doenças pulmonares estão entre as causas mais comuns, sendo a pneumonia a principal responsável, no mundo, pela morte de crianças. A asma afeta aproximadamente 14% das crianças em todo o mundo, com crecentes nos últimos anos. A DPOC é a quarta principal causa de mortes em todo o mundo, aumentando ano a ano. O câncer que mais mata no mundo é o de pulmão, que mata mais de 1,4 milhão de pessoas por ano. As gripes e infecções no trato respiratório decorrentes matam de 250.000 a 500.000 pessoas e têm um custo anual de 71 a 167 bilhões de dólares”(INTERNACIONAIS, 2017).

”As infecções respiratórias são classificadas como o maior contribuidor individual para a carga geral de doenças no mundo, conforme medido em Esperança de vida corrigida pela incapacidade (EVCI) perdida, que estima a quantidade de perda de vida ativa e produtiva devido a alguma doença. A carga de EVCI é composta de duas medidas: anos de perda

de vida (YLL), que é o potencial de anos de perda de vida para a pessoa através de sua morte prematura, e anos vividos com incapacidade (YLD), para levar em consideração os anos de vida com incapacidade. O EVCI é calculado pela soma dos dois:  $EVCI = YLL + YLD$ . Essa medida é às vezes chamada de carga da doença”.

”Entretanto, ao se falar sobre as doenças respiratórias não pode-se deixar de citar fator importante na constituição dessa condição. Conforme descrito no relatório anula da Organização Mundial de Saúde - OMS, com relação aos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças respiratórias, destaca-se as exposições a agentes poluidores domésticos, entre eles o tabagismo passivo, a utilização de biomassa como fonte de calor para preparação de alimentos, agentes poluidores atmosféricos variações climáticas e a aglomeração de pessoas. Os impactos causados pelas diversas formas de poluição, para além de afetar a saúde das pessoas, o que já por si é um fator de grande preocupação, também causam perdas econômicas e financeiras para o conjunto da sociedade desde o início da era industrial”(CONTE, 2010). Ou seja, pensar em cuidado para essa questão, necessariamente, exige pensar neste contexto ampliado e nas condições concretas e estruturais de cada população.

No cuidado e combate às infecções respiratórias agudas (IRA), são preconizadas duas medidas fundamentais, segundo Farhat (2002, p. 195), são elas: “[...] uma de natureza terapêutica (antimicrobianos) e outra de natureza profilática (imunização). O uso de antimicrobianos tem sido pouco criterioso e, muitas vezes, inadequado e abusivo, o que vem favorecendo o crescimento e a expansão da resistência bacteriana. Quanto à prevenção, deve-se destacar o papel relevante desempenhado pelas vacinas no combate às infecções e suas complicações. Assim ocorreu com as vacinas contra difteria, coqueluche, e sarampo, entre outras”.

Nesete sentido, “[...] Desde 1987, a OMS vem empenhando esforços para o controle das IRAs, através de programas comunitários, vigilância epidemiológica e estímulo à prevenção pela vacinação, a exemplo da vacinação contra o sarampo e seu impacto na redução de mortalidade infantil. Dentre os agentes etiológicos das IRAs, destacam-se os vírus e as bactérias, sendo os primeiros mais freqüentes, e as segundas, associadas à maior mortalidade. Diversos estudos epidemiológicos sobre a etiologia das IRAs foram realizados no mundo, constatando-se que os mesmos agentes etiológicos ocorrem nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento, sendo diferente a mortalidade, significativamente maior nos países em desenvolvimento. Nesse contexto, a implementação universal de medidas preventivas pode ser considerada, principalmente, através da vacinação. A prevenção de doenças respiratórias através de imunização constitui-se em uma das principais medidas para o controle das IRAs, em virtude de sua elevada eficácia” (FARHAT, 2002, p. 197).

Neste aspecto, o Brasil tem se apresentado eficaz. ”Reconhecido como referência mundial em produção de vacinas pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Brasil

é um dos países que mais oferece imunizadores pela rede pública. Sendo autosuficientes com relação a produção de vacinas, aplica anualmente aproximadamente 300 milhões de doses, distribuídas em todo o país. Para além disso também forcece para outros países”(BRASIL, 2017).

Com relação ao cuidado propriamente, o Brasil possui uma política pública de saúde mediante o SUS que contempla a prevenção de doenças mediante a modificação de estilos de vida não saudáveis, modificação de condições ambientais pouco favoráveis para a população. Sendo que boa parte dessas ações estão focada em nível de atenção básica. ”Com o objetivo de reduzir a carga global de DRC, a OMS instituiu o Plano de Ação da Aliança Global contra Doenças Respiratórias Crônicas 2008- 2013. No Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, para o período 2011-2022, é uma iniciativa para o enfrentamento das quatro principais DCNT: doenças cardiovasculares, câncer, DRC e diabetes. Este plano está em sintonia com as metas do Plano de Ação para a Estratégia Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis da OMS e propõe a redução da taxa de mortalidade prematura”(BRASIL, 2017).

As doenças crônicas possuem muitos fatores de risco em comum, e o diagnóstico está com pré existência de outra. O tabagismo, por exemplo, é uma doença, além de ser um fator de risco principal para outras doenças, seja aqui o tabagista ativo ou passivo. No Brasil, ”O sucesso da política antitabaco é um ponto de grande relevância que reflete no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, a adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras. Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para ampliar as advertências nos maços, o maior controle da propaganda nos pontos de venda e a proibição de aditivos de sabor nos cigarros”(SAÚDE, 2011).

Outra questão importante a ser considerada são os aspectos culturais da comunidade a ser atendida, no caso, a população indígena Kaingang. Em termos culturais, o uso do fogo e ficar próximos a fogueiras faz parte da rotina dessa população, seja com fins de preparação de alimentos, e também com relação as crenças religiosas de que permanecer próximo ao fogo possibilita a purificação. Entretanto, essa proximidade com fogueiras e afins também proporciona impactos relacionados as doenças respiratórias. Neste sentido, o cuidado da equipe de saúde em realizar as orientações e estratégias de prevenção, entretanto, sem desconsiderar os aspectos particulares e culturais desta população.

A importância de diagnosticar de forma precoce as doenças respiratórias agudas irá contribuir na redução de suas complicações, tais como: pneumopatias, broncopatias, laringotraqueobronquites e a diminuição e/ou retardo do agravamento de outras como asma, DPOC, enfisema pulmonar ou de caráter alérgico. É próprio dos profissionais de saúde, que trabalham na atenção básica, pesquisar os aspectos sintomáticos respiratórios

na população, o controle e acompanhamento dos doentes doentes respiratórios crônicos e indicar/ conscientizar estes sobre a importância do tratamento preventivo e do controle dos sintomas. Possibilitando desta forma realizar um diagnóstico clínico e aplicar conduta terapêutica correta. A melhor medicina é aquela que prevê a doença. Por tanto, a aplicação de tal projeto de intervenção na comunidade irá possibilitar maior qualidade de vida a população, visto que objetivo da intervenção é fortalecer o trabalho desenvolvido na atenção primária de saúde para melhorar os índices na redução da morbidade e mortalidade das doenças respiratórias, sem desconsiderar os aspectos culturais desta população indígena.



## 4 Metodologia

A presente metodologia apresenta a proposta vinculada ao projeto de intervenção que será desenvolvido, entre os meses de janeiro/2018 a junho/2018, na aldeia indígena Ivaí, Polo Base Guarapuava, no litoral sul do estado do Paraná. O objetivo deste projeto de intervenção é buscar reduzir as complicações das doenças respiratórias e garantir um atendimento médico com qualidade aos doentes, entre população exposta ao risco, bem como entre os que já possuem uma doença.

A aldeia possui uma população total de 1673 indígenas que é assistida por um Equipe Básica de Saúde. O projeto de intervenção terá uma mostra inicial de 116, deles são 43 crianças menores de 2 anos e 73 idosos acima dos 60 anos, sendo nestes pacientes os que apresentam maior risco associado a um sistema imunológico deficiente. O tamanho da amostra poderá ser acrescido nos meses de janeiro e fevereiro de 2018 devido ao levantamento daqueles pacientes como doenças crônicas que estão fora destas faixas etárias.

O projeto estará focado em ações e estratégias que se dividem em obter informação, avaliação, promoção e prevenção de saúde; desenvolvendo as seguintes ações para chegar aos resultados esperados:

a) Realizar um levantamento dos pacientes com doenças respiratórias crônicas, e todos aqueles outros com fatores de risco acrescentados; disponibilidade e utilização dos serviços de saúde e seus recursos;

b) Após a identificação da totalidade de pacientes com doenças crônicas e com fatores de risco, será realizado com eles a avaliação e classificação das doenças, e repercussão das mesmas na vida diária deles.

c) Organizar a agenda de atendimentos e programar o acompanhamento dos doentes cadastrados (realizado mediante consultas médicas e entrevistas individuais, a serem realizadas pela equipe de saúde).

d) Serão realizadas ainda atividades de educação em saúde em sala de espera, reuniões pré-agendadas e em consultório, e visitas domiciliares, abordando temas como: promoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação, exposição a fatores desencadeantes, realização de atividade física, modificação de fatores de risco ambientais), importância do acompanhamento adequadamente e/ou adesão ao tratamento, que serão conduzidas pelo médico, com o apoio dos demais integrantes da equipe de ESF.

Com relação as atividades de educação em saúde, abaixo segue melhor explicitação das mesmas:

Consultas: Realizadas mensalmente para os menores de dois anos pelo médico ou enfermeiro. Após uma consulta inicial o resto da amostra será consultado cada 3 meses além das consultas de demanda espontânea. Na primeira consulta vai a ser avaliado conforme os riscos apresentados, doenças e repercussões na vida deles.

Reuniões: Oferecer palestras mensalmente, na unidade de saúde, realizadas pela Equipe de Saúde sobre as condições de moradia, proporcionando a identificação de fatores de risco ambientais ou associados ao modo de vida.

Visitas Domiciliares: As visitas domiciliares serão cada dois meses para a população acima de 60 anos que apresenta limitações em participar das consultas agendadas. As visitas poderão ser realizadas pelo médico, enfermeiro e/ou técnicos de enfermagem e os agentes de saúde indígena.

Sala de Espera: Serão oferecidas palestras educativas e orientações, essa ação será realizada pelo enfermeiro ou técnicos de enfermagem para toda a população, incluída ou não na mostra.

Entendemos que tais ações são importantes visto que a promoção e a prevenção de saúde, são essenciais para a adoção de estilos de vida saudáveis e diminuem consideravelmente a incidência desta doença modificando hábitos tóxicos ou agentes agressores que apresentam-se como centrais na aparição das doenças de caráter respiratório.



## 5 Resultados Esperados

O desenvolvimento do presente Projeto de Intervenção é fruto da realidade da população índios Kaingang atendida na Terra Indígena Ivaí. Durante o levantamento do dados e observação das condições de saúde dessa população verificou-se grande número de pessoas com complicações e doenças respiratórias, atrelado também, as próprias condições de vida e hábitos culturais da população indígena.

Neste contexto, buscou-se desenvolver estratégias de atuação que possam possibilitar o processo de educação em saúde deste público, respeitando suas condições culturais e costumes. Logo, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde aumentando o conhecimento da população em geral sobre as doenças respiratórias e os fatores que contribuem para o surgimento e agravamento destas patologias.

Ao mesmo tempo, espera-se que as ações realizadas auxiliem a reforçar as medidas preventivas e influenciar a diminuição das patologias, bem como, promovendo a adesão terapêutica e a prevenção das complicações. E, por consequência, o retardamento da progressão da doença crônica, diminuir os custos econômicos causados pelos agravos das doenças, seja pelo internamento hospitalar ou redução de anos de vida úteis e evitar a mortalidade prematura causada por doenças respiratórias.

Esses são os resultados que esperasse alcançar com realização do projeto de intervenção, sem desconsiderar as questões específicas da população indígena atendida



## Referências

- BORGHI, A. C.; CARREIRA, L. Condições de vida e saúde do idoso indígena kaingang. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 19, n. 3, p. 511–517, 2015. Citado na página 11.
- BRASIL, P. *Brasil é referência mundial em produção de vacinas*. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br>>. Acesso em: 29 Nov. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- CARDOZO, M. S. E. et al. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Rev. Saúde Pública*, p. 351–358, 2007. Citado na página 15.
- CBP, C. B. de P. *Doenças Respiratórias Crônicas no Brasil*. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/respiratory/gard/events>>. Acesso em: 28 Nov. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- CONTE, . D. A. O custo econômico de doenças respiratórias: Estudo de caso no gama. DISTRITO FEDERAL, n. 100, 2010. Curso de Mestrado Profissionalizante em Gestão Econômica do Meio Ambiente., Departamento de Centro de Estudos em Economia, Meio Ambiente e Agricultura., Universidade de Brasília. Citado na página 17.
- FARHAT, C. K. Vacinas e o trato respiratório – o que devemos saber? *Jornal de Pediatria*, p. 195–204, 2002. Citado na página 17.
- INTERNACIONAIS, F. das S. R. *Doenças respiratórias no mundo: Realidades de hoje – oportunidades para o amanhã*. 2017. Disponível em: <<https://www.thoracic.org>>. Acesso em: 29 Nov. 2017. Citado na página 16.
- MELDAU, D. C. *Doenças Respiratórias*. 2017. Disponível em: <<https://www.infoescola.com>>. Acesso em: 29 Nov. 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- MJ, M. da J. *Fundação Nacional do Índio*. 2017. Disponível em: <<http://dados.mj.gov.br/organization/about/funai>>. Acesso em: 11 Nov. 2017. Citado na página 10.
- MOTA, L. T. et al. *DIAGNÓSTICO ETNO-AMBIENTAL DA TERRA INDÍGENA IVAÍ - PR*. Parana: PIEP-LAEE/UEM, 2003. Citado na página 9.
- MS, P. da S. *Conheça a secretaria - SESAI*. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 23 Out. 2017. Citado na página 10.
- OPAS/OMS. *Doenças Transmissíveis e Não-Transmissíveis: Doenças respiratórias crônicas*. 2017. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra>>. Acesso em: 23 Out. 2017. Citado na página 11.
- SAÚDE, M. da. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasil: Editora MS, 2011. Citado na página 18.
- TOMMASINO, K. *Todos os direitos reservados*. 2017. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org>>. Acesso em: 23 Nov. 2017. Citado na página 9.