

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

Caracterização dos Pacientes Indígenas com Pneumonias atendidos nas comunidades de Rio Negro Ocaia / Polo Base Guajará – Mirim para estratégias de prevenção em saúde.

Dr. Antônio Planas Muñiz.

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

Caracterização dos Pacientes Indígenas com Pneumonias atendidos nas comunidades de Rio Negro Ocaia / Polo Base Guajará – Mirim para estratégias de prevenção em saúde.

Dr. Antônio Planas Muñiz.

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

Através deste trabalho de conclusão de curso eu quero expressar meu agradecimento, primeiramente a Deus, porque ele há sido o protetor de minha vida, o motor de minhas ideais e, o salvador de meus pensamentos; além, aos professores e tutores que há sabido guiar-me na elaboração deste projeto; a meus pais porque graças a eles eu existo; a minha esposa por ser minha fonte de inspiração; a meus filhos por existir em minha vida. Também eu quero agradecer ao convenio Cuba – Brasil por permitir-me conhecer á cultura, costumes, hábitos de vida, doenças, e língua da população indígena; além, a todas aquelas pessoas que colaboraram lhes estou infinitamente agradecido por seu tempo e dedicação.

A todos obrigado,

O autor

RESUMO

O tema da escolha tem um grande significado e relevância para a população indígena onde o autor trabalha por ter esta doença uma alta repercussão na morbimortalidade dentro da saúde indígena. Realizou-se um estudo de casos na modalidade projeto de intervenção em 224 pacientes indígenas que receberam o diagnóstico de Pneumonia, pertencentes às etnias Oro Eo, Oro Nao e Oro Win, os quais foram atendidos no posto de saúde de Rio Negro Ocaia, pertencentes ao polo base do município Guajará – Mirim / DESEI Porto Velho, Estado Rondônia, no período janeiro 2016 – dezembro 2016. Os dados foram extraídos dos prontuários. Nossos resultados foram sexo masculino 51,3%; grupo etéreo de 1 – 4 anos 46,4%; anemia 33,9%; pacientes tratados na aldeia 86,2%; melhorou 89,3%; classe I 86,1%; causa bacterianas 53,5%; uso de antibióticos 56,3%. Conclui-se que as pneumonias seguiram sendo a principal doença nas populações indígenas. Este levantamento é fundamental e traz a possibilidade de trabalho futuro indicando as ações de saúde e de prevenção que devem ser feitas para o cuidado da comunidade com uma participação ativa dos indígenas, lideranças e todo o equipem de saúde, mostrando para todos eles as informações recolhidas nos prontuários, que eles conheçam a importância de trabalhar em conjunto, juntando as ações do médico e da equipe com os saberes e cuidados tradicionais que eles têm como ervas e rituais de cura dando a cada um deles uma atenção diferenciada.

Palavras chaves: pneumonia, população indígena, saúde indígena, atenção diferenciada.

Lista de Quadros

Quadro 1 Distribuição de pacientes com pneumonia segundo sexo e faixa etária.....	09
Quadro 2 Distribuição de pacientes com pneumonia segundo fatores associados	11
Quadro 3 Distribuição de pacientes com pneumonia segundo conduta tomada	12
Quadro 4 Distribuição de pacientes com pneumonia segundo evolução.....	12
Quadro 5 Distribuição de pacientes com pneumonia segundo classificação por classes.....	13
Quadro 6 Distribuição de pacientes com pneumonia segundo classificação etiológica.....	14
Quadro 7 Distribuição de pacientes com pneumonia segundo tratamento aplicado	14

Sumário

Introdução.....	01
Objetivos.....	06
Metodologia.....	07
Resultados esperados da Intervenção.....	09
Considerações Finais.....	16
Referências Bibliográficas.....	18
Anexos.....	21

INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas constituem uma importante causa de morbimortalidade; as crianças menores de 5 anos e adultos de 65 anos o mais, apresentam maior risco de ter as formas graves ¹. Podem ser de manejo ambulatorio, o tratar-se em sala geral o de cuidados críticos, e se há desenvolvido ferramentas que ajudam a definir o âmbito de atenção ¹.

A Pneumonia é uma infecção comum do pulmão que afecta milhões de povos no mundo inteiro ². É causado o mais frequentemente pelo *Streptococo pneumoniae*, mas a infecção pode igualmente ser devido a um número vírus, fungos, e de *mycoplasmas* ². Muitas vezes é provocada por causas desconhecidas ou por agentes nocivos inalados ³.

Etimologicamente, a palavra tem suas raízes no grego a partir da palavra pneumonia cuja origem se encontra na noção de infecção pulmonar por *Streptococcus pneumoniae* ou *pneumococcus* ⁴. Os primeiros relatos da pneumonia remontam ao ano de 1250 A.C em múmias encontradas no Egito e desde então vem crescendo e sendo disseminada pelo mundo ⁴. Aretaeus, o Capadociano (81-138?) referiu-se a pneumonia como que: “Existe uma sensação de sufocamento, perda da fala e da respiração e uma sensação de morte iminente. Isto é o que chamamos peripneumonia, consistindo de uma inflamação dos pulmões, com febre aguda e macicez do tórax... Se alguma das membranas em contato com o tórax fica inflamada, aparece a dor... Os pacientes assumem uma postura ereta, sendo esta a que melhor os permite respirar” ⁵.

A pneumonia é uma doença comum que afeta aproximadamente 450 milhões de pessoas por ano e ocorre em todas as partes do mundo ⁶. É uma das principais causas de morte entre todas as faixas etárias, resultando em 4 milhões de mortes (7% do total anual do mundo) ⁶. A faixa etária de maior incidência da doença é até os 5 anos, enquanto que a de menor incidência é entre os 15 e os 25 anos ⁶. Ocorre cerca de cinco vezes mais frequentemente em países em desenvolvimento em relação aos países desenvolvidos, devido às condições de nutrição e higiene ⁶.

É considerado um importante problema de saúde pública e a maior causa de morte por doenças infecciosas no mundo ⁷. Pneumonia em crianças continua a ser um problema de saúde pública global em virtude de sua alta morbimortalidade, sendo a doença que mais mata crianças entre 0 e 5 anos de idade no mundo ⁷. Estima-se que, a cada ano, aproximadamente 2 milhões de crianças morram por causa de pneumonia em todo o mundo, principalmente em países em desenvolvimento ⁷.

Em 2008, pneumonia ocorreu em, aproximadamente, 156 milhões de crianças (151 milhões nos países em desenvolvimento e 5 milhões nos países desenvolvidos) ⁶. Isso resultou em 1,6 milhões de mortes, ou 28-34% de todas as mortes em menores de cinco anos de idade, dos quais 95% ocorreram nos países em desenvolvimento ⁶. Países com o maior fardo da doença incluem: Índia (43 milhões), China (21 milhões) e Paquistão (10 milhões) ⁶. No Mundo Inteiro, as taxas de infecção são as mais altas em nações tornando-se, particularmente nos países em Sudeste Asiático e em África ². Em nações desenvolvidas, a pneumonia é uma preocupação séria nos adultos sobre a idade 65 ². Um estudo relatado aumentou taxas de hospitalizações pneumonia-associadas nos Estados Unidos, em Reino Unido, em Dinamarca, e nos Países Baixos ². Nos Estados Unidos em 2010, aproximadamente 1,1 milhão pacientes foram hospitalizados para a pneumonia e o comprimento médio da estada do hospital era 5,2 dias ². Aproximadamente 50.000 povos morreram ². Em Inglaterra, o número de hospitalizações atribuíveis à pneumonia aumentou por 34% durante o período desde 1997 até 2005 ². O aumento era particularmente notável em uns adultos mais velhos ². De acordo com estatísticas nacionais, aproximadamente 26.000 povos morreram da pneumonia e da gripe em Inglaterra e em Gales em 2013 ². Na maioria dos países latinos americanos, os indígenas possuem taxas de mortalidade e morbidade superiores às dos não indígenas e, em alguns casos, a etnicidade é um indicador de pobreza e de desigualdade na saúde ⁸. Em Chile as infecções respiratórias agudas constituem um grande problema por ser uma causa frequente de consulta (60 a 70% no inverno) e, mais grave, como pneumonia, uma das principais causas de mortalidade infantil ⁹. É a principal causa de morte por doença infecciosa no mundo, onde a Pneumonia bacteriana é responsável por cerca de 20-40% das hospitalizações de < 5 anos nas Américas ⁴. A taxa crescente de pneumonia encontrada em nações desenvolvidas pode ser ligada à população de envelhecimento e aos aumentos em outras doenças crónicas tais como o diabetes, a doença cardíaca, e os outros problemas médicos que enfraquecem o sistema imunitário ². A própria idade é um fator isolado de risco para pneumonia, pois com o avançar da idade o sistema imunológico de defesa também envelhece e enfraquece o combate ³. Com o envelhecimento, existe uma menor capacidade do organismo de reagir aos ataques ³.

É a principal causa de morte entre crianças em países de baixa renda. Muitas dessas mortes ocorrem no período neonatal ⁶. A Organização Mundial da Saúde estima que uma em cada três mortes de bebês recém-nascidos são devidas à pneumonia ⁶. Cerca de metade destas mortes são evitáveis, teoricamente, já que elas são causadas pelas bactérias para as quais existe uma vacina eficaz disponível ⁶. Devido ao grande número de pessoas infectadas nos países em desenvolvimento, a comunidade global de saúde

declarou que o 12 de novembro é o Dia Mundial da Pneumonia, um dia dedicado ao combate à doença ⁶.

As pneumonias ocorrem com maior incidência na infância, especialmente em lactentes, do que em qualquer outra faixa etária, sendo potencialmente graves⁷. Sua incidência, em crianças menores de 5 anos, varia de 34 a 40 casos por 1000 na Europa e América do Norte ⁷. Em torno de 13 milhões de crianças menores de 5 anos de idade morrem a cada ano nos países em desenvolvimento e a pneumonia é uma das principais causas ⁷.

Os Factores que aumentaram o risco de desenvolver a pneumonia da infância incluíram a má nutrição, o baixo peso ao nascimento, a falta da amamentação, quartos vivos aglomerados, a poluição do ar interna, e a falta da vacinação do sarampo ². Outros factores de contribuição possíveis incluíram um pai que fumado, o nível de educação do pai, a presença de problemas médicos preexistentes tais como a asma, e níveis anuais da precipitação ².

O idoso também está sujeito a uma grande incidência de infecções pulmonares, principalmente pneumonia, por numerosas razões, que vão desde alterações anatômicas na parede torácica e em vias aéreas devido à calcificação das cartilagens esternocostais, a hipotonia dos músculos respiratórios, a redução do poder de tosse, a perda da elasticidade pulmonar pela redução do número de fibras elásticas, diminuição da ação mucociliar, passando por importantes alterações funcionais, modificações no sistema de defesa imunológico ⁹.

Só em 2010, 42.947 idosos morreram de pneumonia no Sistema Único de Saúde, de um total de 208. 302 internações em decorrência da doença, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde³. De acordo com o Serviço de Vigilância Epidemiológica da Fundação Nacional de Saúde, no Brasil, as pneumonias foram a causa básica de 17.220 mortes na faixa etária de 65 anos ou mais, durante o ano de 1996 ¹⁰. Dentro do grupo de doenças respiratórias, a pneumonia é a segunda causa de óbito no Brasil ¹¹. Os registros de internação por pneumonias provenientes de estatísticas governamentais, geradas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, indicam a pneumonia como a segunda causa de hospitalizações ¹². Segundo a Organização Mundial da Saúde, a cada ano morre 1,6 milhão de pessoas no mundo por pneumonia ¹³. “Três em cada dez pneumonias são causadas pela bactéria *Streptococcus pneumoniae*,” explica o pneumologista Frederico Leon Arrabal Fernandes, da Sociedade Paulista de Pneumologia e Tisiologia ¹³.

Em 2012, no Dia Mundial contra a Pneumonia, a Organização Mundial de Saúde divulgou que a doença é a que mais mata crianças menores de cinco anos, sendo a estimativa de 1,2 milhão em todo o mundo, mais do que os óbitos provocados pela AIDS, malária e tuberculose reunida ¹⁴. Desses óbitos por pneumonia, mais de 99% seriam registrados em países em desenvolvimento como o Brasil, o que faz que esta organização tenha reforçado o pedido a esses governos de dar prioridade à prevenção e ao combate e à doença ¹⁴. De acordo com a organização, a pneumonia é um dos problemas com maior possibilidade de solução no cenário da saúde global ¹⁴. Além disso, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde apontam que, apenas em 2010, ocorreram mais de 208 mil internações no Sistema Único de Saúde em decorrência da pneumonia e aproximadamente 43 mil idosos morreram devido à enfermidade ¹⁴.

Em 2013, na 15ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe, foram vacinadas mais de 5,5 milhões de pessoas ¹⁴. A pneumonia é responsável por 15% de todas as mortes de crianças menores de 5 anos e estima-se que matou cerca de 920 136 crianças em 2015 ¹⁵.

A pneumonia adquirida na comunidade é uma grande causa de morbidade, mortalidade e custos ¹¹. É uma doença potencialmente grave, constituindo-se na principal causa de óbito entre as doenças infecciosas ¹¹. A incidência de pneumonia comunitária é de 5 a 11 casos por 1000 habitantes/ano ¹¹.

Apesar de a pneumonia figurar entre as principais causas de adoecimento e morte na infância, são escassos estudos específicos sobre o tema entre as populações indígenas no Brasil ¹⁶. Os poucos identificados na literatura investigaram amostras de crianças que residem fora da região amazônica ¹⁶. Estatísticas oficiais do Ministério da Saúde são ainda mais raras e costumam restringir-se a relatórios gerenciais de uso exclusivo dos gestores ¹⁶. Os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país ¹⁵. O perfil epidemiológico dos povos indígenas é muito pouco conhecido, o que decorre da exigüidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos, assim como da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade ¹⁵. Desde a criação da Secretaria Especial, em 2010, o Ministério da Saúde tem ampliado o acesso à assistência médica para a melhoria da qualidade de vida de 305 povos indígenas, que congregam 5.150 aldeias e uma população de 688 mil pessoas ¹⁷. Outro avanço importante é o aumento da presença de médicos nos Distritos Sanitários ¹⁷. O Programa Mais Médico ampliou o número de profissionais atuando nessas áreas ¹⁷. Além disso, pela primeira vez, todos os 34 distritos indígenas passam a contar com

médicos nas equipes multidisciplinares de saúde indígena ¹⁷. No Brasil, as Infecções Respiratórias Agudas são a segunda causa de óbito em crianças menores de cinco anos, sendo as pneumonias responsáveis por 80% a 90% desse total ¹⁸. Na população indígena do Brasil, os índices de incidência e letalidade por doenças respiratórias são elevados ¹⁸. O parco conhecimento publicado na literatura sobre doenças respiratórias em indígenas justifica maior número de estudos que permitam identificar eventuais peculiaridades na apresentação clínica e na resposta terapêutica dessas etnias, com o intuito de melhor fundamentar as ações de saúde em nível hospitalar, nas áreas que lidam com essas populações ¹⁸.

Justificativa da escolha do problema

Apesar dos grandes avanços da medicina, a pneumonia infecciosa é uma das grandes causas de mortes em todo mundo ¹⁹. Sendo assim, os aspectos clínicos em consonância com os epidemiológicos devem ser indissociáveis, pois traçam os padrões de ocorrência das doenças em populações humanas ¹⁹. Os fatores determinantes destes padrões contribuem para o melhor entendimento da saúde da população, partindo do conhecimento dos fatores que a determinam e provendo subsídios para a prevenção das doenças ¹⁹. Além disso, a justificativa da escolha deste problema é pela repercussão que têm dentro da comunidade indígena onde eu trabalho e em geral dentro das populações indígenas. É uma doença que se apresenta como resultante de outros processos como não haver tido amamentação exclusiva e pelo tanto não receber toda a proteção imunológica que o bebê precisa nos primeiros seis meses de vida, ter uma má alimentação depois dos seis meses de idade que favorece o baixo peso, a desnutrição e a depressão imunológica, a parasitoses e quadros diarreicos. É muito frequente pelas crianças sobre todo desde que nascem e até os primeiros anos de idade, padecida por crianças maiores, jovens, adultos e idosos fundamentalmente por carências alimentarias, baixo peso, desnutrição, anemias, haver tido exposição a fatores de risco como fumaças e ter outras doenças respiratórias que atuam como elementos de riscos como as doenças pulmonares crônicas. Epidemiologicamente têm uma alta repercussão a nível mundial.

**OBJETIVO GERAL E
ESPECÍFICOS**

OBJETIVO GERAL

- Caracterizar os Pacientes Indígenas com Pneumonias atendidos nas comunidades de Rio Negro Ocaia, Polo Base Guajará – Mirim / DSEI Porto Velho, no Estado do Rondônia no período Janeiro – Dezembro 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir a conduta tomada de acordo com as diferentes variáveis.
- Precisar a evolução da doença de acordo com as diferentes variáveis.
- Determinar o tipo de classe e precisar o agente etiológico predominante de acordo com as diferentes variáveis.

MÉTODOS

O tema da escolha tem um grande significado e relevância para a população indígena onde o autor trabalha por ter esta doença uma alta repercussão na morbimortalidade dentro da saúde indígena. Realizou-se um estudo de caso na modalidade projeto de intervenção em 224 pacientes indígenas que receberam o diagnóstico de Pneumonias que foram atendidos no posto de saúde de Rio Negro Ocaia, pertencentes ao polo base do município Guajará – Mirim / DESEI Porto Velho, Estado de Rondônia, no período janeiro 2016 – dezembro 2016.

O universo esteve constituído pelos 224 pacientes indígenas que se apresentaram espontaneamente a consulta médica no posto de saúde o foram detectados nas visitas domiciliar. Como critérios de inclusão tiveram-se os 224 pacientes indígenas com sintomas clínicos de pneumonia das comunidades de Rio Negro Ocaia.

Nosso cenário de ação encontra-se na zona indígena de Pacaás Novas, tem cinco aldeias e uma população indígena de 732 pessoas: Rio Negro Ocaia (473 pessoas), Ocaia 3 (87 pessoas), Pantirope (79 pessoas), Komiwam (32 pessoas) e Piranha (61 pessoas). Os Wari' constituem um dos poucos remanescentes da família linguística Txapakura. Etnias Oro Não, Oro Win, Oro Eo, são dessa família linguística ²⁰. Vivem nas cabeceiras do rio Pacaás Novas, perto do igarapé Água Branca e da serra dos Pacaás Novas, no município de Guajará-Mirim, presume-se que eles tenham vindo da região da alta Mamoré (Bolívia), atravessando a fronteira nos tempos pós-colombianos para fugir da presença dos jesuítas espanhóis ²⁰. A fonte de alimentação é basicamente a pesca, a caça e plantação ²⁰. O acesso aos alimentos acontece também por meio da aquisição comercial, feita em grande parte nos mercados das cidades mais próximas e, eventualmente, pelo recebimento de cestas de alimentos ²¹.

Taxa de Mortalidade Geral /1000 habitantes. Anos 2014 – 2016. Porto Velho/Rondônia²².

Taxa de Mortalidade	2014	2015	2016
Geral	3,69	2,6	3,0
Mortalidade Município Guajará-Mirim	3,93	3,50	3,50
Óbitos Gerais	43	33	38
Óbitos Guajará-Mirim	22	20	27

Taxa de Mortalidade Infantil /1000 habitantes. Anos 2014 – 2016. Porto Velho/Rondônia²².

Taxa de Mortalidade	2014	2015	2016
Infantil	37,83	25,80	37
Mortalidade Infantil Município Guajará-Mirim	47,84	28,50	28,50
Óbitos Infantis	14	8	11
Óbitos Infantis Guajará-Mirim	10	5	8

No ano 2014 elevou-se a ocorrência de óbitos infantis, tendo como principais causas mortis por doenças do aparelho respiratório ²². Em quanto à Mortalidade Materna só aconteceu uma no ano 2010 ²². A Taxa de Natalidade no ano 2016 foi de 24,0 nascidos vivos/1000 habitantes e o Polo Base de Guajará-Mirim teve o maior número de nascimentos ²³.

Para realização do estudo, foi necessário um grande esforço de articulação, e o mesmo caracterizou-se por um processo de envolvimento da comunidade, sendo apresentado para eles diante as lideranças e agente indígena de saúde, foi amplamente discutido com todos eles em reuniões e conselhos locais onde os pacientes e suas famílias, indígenas e lideranças tiveram um papel ativo, logrando-se um intercambio de informação e conhecimento. Também participaram da intervenção todo o equipe de saúde. As lideranças e agente indígena de saúde tiveram uma influência positiva dentro do estudo, já que eles foram elementos centrais e tiveram a responsabilidade da comunicação e educação entre as famílias e os demais membros da equipe; a atuação deles caracterizou-se pelo exercício das atividades, em conjunto com equipe, de prevenção e promoção de saúde mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais e coletivas, assim como acompanharam a administração dos medicamentos com os cuidados tradicionais que eles têm como ervas e rituais de cura dando a cada um deles uma atenção diferenciada. Os pacientes, sobre todo idosos, que por apresentar algum tipo de complicação associada não puderem ser levado ao posto foram avaliados e tratados em sua mesma casa até que as condições permitiram ser levados ao posto. Os pacientes que por sua condição clinica a pesar da conduta terapêutica tomada não mostraram melhoria foram encaminhados com todas as medidas para cidade em voadeira de alumínio de 8 metros com motor HP90 para continuar tratamento no hospital de base do município de Guajará – Mirim sempre acompanhado pelo médico o enfermeira.

Para recoltar a informação foi utilizada os prontuários dos pacientes onde se plasmaram os dados gerais, sintomas referidos por eles, as evoluções e tratamento aplicado. Realizou-se uma exaustiva revisão bibliográfica do tema em dependência dos objetivos propostos com os materiais existentes em sistemas computadorizados em Internet. Uma vez regida a informação, os dados foram introduzidos numa base de dados processando-se os textos com Word 2010 e as tabulas em Excel 2010. Para o análises da informação se utilizou como medida de resumem o por cento e se reflexo através de tabulas estadísticas de dois por dois. Os resultados finais foram apresentados em quadros estadísticos. Se empelou uma notebook Intel core i7 com ambiente de Windows 10. A discussão realizou-se sobre a base dos objetivos propostos, se compararam com outros estudos, emitiram-se conclusões e recomendações.

INTRODUÇÃO

Quadro 1. Distribuição de pacientes com pneumonia segundo sexo e faixa etária de acordo com prontuários pesquisados

GRUPOS DE IDADES	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	No	%	No	%	No	%
< 1 ano	13	5,8	11	4,9	24	10,7
1 - 4 anos	55	24,6	49	21,9	104	46,4
5 - 9 anos	28	12,5	26	11,6	54	24,1
10 - 19 anos	10	4,5	11	4,9	21	9,4
20 - 29 anos	1	0,4	3	1,3	4	1,8
30 a 59 anos	5	2,2	5	2,2	10	4,5
> 60 anos	3	1,3	4	1,8	7	3,1
TOTAL	115	51,3	109	48,7	224	100

Predominou o grupo de idade de 1 - 4 anos (46,4%); em quanto ao sexo (51,3%) correspondeu ao masculino.

Nosso critério neste sentido radicou que as crianças pertencentes ao grupo de idade predominante são mais vulneráveis comparativamente que o resto da população estudada. Mais, até os 9 anos de idade o total de crianças afetadas representam o 81,2%. Isto se deve que na maioria dos casos as crianças vivem baixas condições inapropriadas, lotados segundo á distribuição de conviventes e atendendo ao numero de quartos, dormindo maioria das vezes no chão e com adultos que apresentam sintomas respiratórios crônicos. Além disso, este grupo de idade geralmente fica sim sandálias, não têm condições higiênicas saudáveis, a maioria deles não usam roupas, levam suas mãos sujas de terra a suas bocas, tomam banho e bebem agua do mesmo rio o que os predispõem apresentar diarreias, verminoses, anemia, baixo peso e desnutrição. Todo isto agrava á imunodepressão que eles apresentam e pelo tanto sofrem de infecções respiratórias a repetição que se complicam com pneumonias. No caso especifico dos lactantes distintos fatores predisponentes favorecem sua apresentação, ao ser o lactante um sujeito imaturo orgânica e funcionalmente, com alterações nos mecanismos do pulmão contra a infecção; muitos deles são produtos de gestações precoces e/o múltiparas e cheias de complicações como anemias, baixo peso, desnutrição e infecções de todo tipo, assim como o desenvolvimento de outras doenças relacionadas com a gestação como hipertensão e diabetes. Todo isso é um agravo para a saúde fetal e logo durante a vida extrauterina que vai predisponde-lo á sofrer de infecções respiratórias a repetição com pneumonia como complicação.

Um estudo relatou que com relação à idade os pacientes tinham menos de cinco anos ¹⁸. Outro estudo ²⁴ referiu que a associação entre a pneumonia e as características do agregado familiar sugere que a qualidade do ambiente interior da casa está intimamente relacionada com a saúde respiratória das crianças indígenas; além disso, a maior prevalência de pneumonia entre crianças nascido com baixo peso ao nascer sugere que o risco de pneumonia é aumentado pela desnutrição das mães durante a etapa pré-natal.

A pneumonia é a principal causa de adoecimento e morte na infância, principalmente em grupos vulneráveis gerando impactos negativos em países em desenvolvimento e em regiões de elevada desigualdade social, onde há escassez de recursos humanos e financeiros ^{16,25}. Atualmente, a estimativa mundial da incidência de pneumonia adquirida na comunidade entre crianças menores de 5 anos é de cerca de 0,29 episódios/ano, que equivale a uma incidência anual de 150,7 milhões de casos novos, dos quais 11 a 20 milhões necessitam internação hospitalar devido à gravidade ²⁶. Pneumonia provoca significativa mortalidade e morbidade entre pessoas com 65 anos ou mais ²⁷. As maiorias das infecções respiratórias agudas ocorrem no primeiro ano de vida e especialmente nos primeiros 6 meses, devido à imaturidade do trato respiratório e seus mecanismos de defesa, o que favorece a maior gravidade e susceptibilidade à insuficiência respiratória aguda ²⁸.

Em quanto ao sexo a pesar que predominou o masculino este não foi representativo. Só representou o 2,6%. Isto se deve que neste grupo de idade de 1 – 4 anos as crianças ficam em igualdade de condições o seja baixo todos aqueles fatores antes descritos e que os predispõem a padecer de infecções respiratórias a repetição complicadas com pneumonias. Não encontrar diferença entre sexos há suspeitar que os fatores anatomofuncionais tivessem igual repercussão sobre aparição da enfermidade. Numa literatura refere-se que o sexo masculino é o mais afetado, sem ter tudo definido à causa ²⁸. Outro estudo relatou que não houve diferença estatística entre as frequências observadas nos dois gêneros ¹⁸.

Quadro 2. Distribuição de pacientes com pneumonia segundo fatores associados a partir dos prontuários pesquisados

FATORES ASSOCIADOS	No	%
EDA SIN DESHIDRATACIÓN	20	10,6
EDA COM DESHIDRATACIÓN	6	3,2
DESNUTRICIÓN	33	17,5
BAJO PESO	28	14,8
MUCHO BAJO PESO	10	5,3
ANEMIA	64	33,9
PIODERMITIS	28	14,8
TOTAL	189	100

Dos fatores associados nos pacientes atendidos o 33,9% correspondeu á anemia, seguida pela desnutrição (17,5%), baixo peso e piodermite (14,8%), respetivamente.

Do total da população estudada o 84,4% apresentou algum fator associado á pneumonia. Nosso critério neste sentido radicou que istos fatores são uns elementos predisponentes para ter baixo nível imunológico e de fato propiciar aparição de pneumonias.

Um estudo ²¹ se referiu que o peso ao nascer exerce influência decisiva no desenvolvimento pós-natal e afeta diretamente o crescimento físico, sendo o baixo peso ao nascer um importante fator de risco para o desenvolvimento de agravos de saúde. Outro estudo ¹⁸ relatou á associação de outras doenças como complicações da pneumonia tais como anemia, desnutrição grave, desidratação, parasitose intestinal, escabiose, diarreia, monilíase oral, conjuntivite e impetigo.

Uma grande variedade de complicações pode ocorrer em pacientes com infecção por pneumonia ²⁹. Anemia hemolítica de anticorpos frios é uma destas complicações que devem ser considerados em qualquer paciente com pneumonia e hemólise ²⁹.

Um estudo se referiu que o perfil do estado nutricional das crianças no âmbito nacional, traçado pelos dados do Sistema de Vigilância Alimentar Indígena, diz que os menores de cinco anos apresentam baixo peso para a idade considerada como população de média gravidade segundo critérios da Organização Mundial da Saúde ³⁰. Esse mesmo estudo diz que os dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição ratificam situação de insegurança

alimentar e nutricional desses povos ³⁰. Outro estudo ³¹ se referiu á prevalência de desnutrição em crianças menores de cinco anos e de anemia.

Quadro 3. Distribuição de pacientes com pneumonia segundo conduta tomada a partir dos prontuários pesquisados

CONDUTA TOMADA	No	%
TRATADOS NA ALDEA	193	86,2
ENCAMINHADOS AO HOSPITAL	31	13,8
TOTAL	224	100

A conduta tomada pela equipe médico foi manter aos pacientes na aldeia e fazer-lhes o tratamento no mesmo posto de saúde. Isto representou o 86,2%. Em istos pacientes combinaram-se ações da equipe com saberes e cuidados tradicionais como ervas e rituais de cura dando a cada um deles uma atenção diferenciada. Só o 13,8% dos pacientes atendidos na aldeia foram encaminhados para o hospital.

Nosso critério neste sentido radicou que partindo do fato que no posto de saúde temos todas as condições para tratar as pneumonias adquiridas na comunidade que são causadas por pneumococo e que respondem muito bem à terapêutica, decidimos junto com equipe manter os pacientes na aldeia e fazer-lhes o tratamento no mesmo posto de saúde.

Um estudo comparativo feito em indígenas Xavante, no Mato Grosso, refere-se que a principal causa de hospitalização foi às doenças do aparelho respiratório³². Outro estudo ³³ relatou a mesma situação.

Quadro 4. Distribuição de pacientes com pneumonia segundo evolução de acordo com prontuários pesquisados

EVOLUÇÃO	No	%
MELHORADO	200	89,3
NÃO MELHORADO	24	10,7
TOTAL	224	100

Segundo a evolução, o 89,3% mostraram melhoria dos sintomas clínicos da pneumonia. Dos 31 pacientes que foram encaminhados ao hospital 7 deles (22,6%) mostraram melhoria. Dos 200 pacientes melhorados, 193 (96,5%) foram tratados na aldeia. Dos 31 pacientes que foram encaminhados ao hospital, 24 (77,4%) não mostraram melhoria pelas razões seguintes: mortes, evolução a outros jeitos de complicações como bronquiectasia, abscesso pulmonar e derrame pleural, e como jeito de apresentação da neoplasia de pulmão. Partindo do conhecimento sobre esta doença foi que nosso critério neste sentido radicou em tratar aos pacientes na aldeia.

Um estudo relatou que todos os pacientes estavam internados e que o estado dos pacientes no momento da alta foi melhorado ¹⁸.

Quadro 5. Distribuição de pacientes com pneumonia segundo classificação por classes de acordo com prontuários pesquisados

CLASIFICAÇÃO POR CLASSES	No	%
I	193	86,1
II	12	5,4
III	8	3,6
IV	4	1,8
V	7	3,1
TOTAL	224	100,0

Segundo á classificação por classes o 86,1% correspondeu ao tipo I que foram aqueles pacientes com pneumonia ligeira que levaram tratamento ambulatorio. O resto das classes foram 5,4% (pacientes com pneumonia ligeira, mais com dificuldades para realizar o tratamento ambulatorial, então eles exigem entrada em salas médicas, antibióticos podem ser usados por via oral); 3,6% (pacientes com pneumonia moderada não grave que requerem admissão para as salas médicas, antibióticos podem ser usados por via oral, nenhuma indicação de cefalosporinas de terceira geração como tratamento de primeira linha); 1,8% (pacientes com pneumonia grave de alta recuperação de alta probabilidade, que exigem entrada em unidade de terapia intensiva e cefalosporinas de terceira geração como antibióticos de primeira linha); 3,1% (pacientes com pneumonia grave de baixa probabilidade de recuperação, que requerem a entrada para a sala de pacientes graves e cefalosporinas de terceira geração, como antibióticos de primeira linha).

Um estudo relatou uma prevalência de pneumonia não grave (classe III) ³³. Outro estudo relatou uma prevalência nas categorias 3 e 4 (risco elevado) ³⁴.

Quadro 6. Distribuição de pacientes com pneumonia segundo classificação etiológica de acordo com prontuários pesquisados

CLASIFICAÇÃO ETIOLÓGICA	No	%
BACTERIANA	120	53,5
POR OUTROS MICRORGANISMOS NÃO ESPECIFICADOS	58	25,8
VIRAL	45	20,7
TOTAL	224	100,0

Segundo a classificação etológica o 53,5 % correspondeu às bacterianas, seguidas por outros microrganismos não especificado e viral com o 25,8% e 20,7% respectivamente.

Nosso resultado neste sentido coincide com os referidos na literatura que refere que a causa mais frequente é bacteriana, e o agente mais comum é o *Streptococcus pneumoniae* ^{1,2,5,13}.

Quadro 7. Distribuição de pacientes com pneumonia segundo tratamento aplicado de acordo com prontuários pesquisados

TRATAMENTO APLICADO	No	%
AMC SUSPENÇÃO	289	18,1
AMC COMPRIMIDOS	272	17,0
AMC INJETAVEIS	339	21,2
NEBULIZAÇÃO	182	11,4
XAROPES	189	11,8
ANTIPIRÉTICOS	126	7,9
HIDRATAÇÃO ORAL	150	9,4
HIDRATAÇÃO PARENTERAL	50	3,1
TOTAL	1597	100,0

Foi aplicado na aldeia um total de 1597 jeitos de tratamento, de eles o 56,3% correspondeu á aplicação de antimicrobianos; o resto 43,7% correspondeu á aplicação de outros métodos.

Nosso critério neste sentido radicou no conhecimento que são os antibióticos o principal jeito de tratamento para erradicar o gérmen que provoca esta doença. Normalmente, os antibióticos orais, descanso, fluidos e cuidados domiciliários são suficientes para resolução completa ³⁵. A duração do tratamento tem sido tradicionalmente sete a dez dias, mais cada vez mais curtos, como três dias, são suficientes ³⁵. Outro estudo relatou o uso de antimicrobianos de três a dez dias ¹⁸.

Com este projeto de intervenção proposto os resultados que esperamos alcançar é continuar reduzindo a morbimortalidade por pneumonia através de um trabalho em equipe, junto com a comunidade, lideranças e agentes indígenas de saúde, de promoção e prevenção a fim de modificar hábitos e estilos de vida em eles para alcançar níveis de saúde acordes aos esperados, combinando ações da equipe com saberes e cuidados tradicionais como ervas e rituais de cura dando a cada um deles uma atenção diferenciada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como considerações finais nós podemos referir que as condições de saúde dos povos indígenas no Brasil permanecem pouco conhecidas, e que em comparação com outros segmentos da sociedade brasileira a saúde dos povos indígenas é marcada por notável precariedade, ainda são escassos os estudos que documentam esse quadro de forma sistemática através da análise de dados de morbimortalidade ^{21,32}.

A pneumonia permanece como a principal causa de morbidade e mortalidade associada à diarreia e desnutrição, e os mais vulneráveis são as crianças pequenas, idosos, fumantes, portadores de doenças respiratórias crônicas; além, de indivíduos com baixa imunidade, gerando impactos negativos em países em desenvolvimento e em regiões de elevada desigualdade social, onde há escassez de recursos humanos e financeiros ^{13, 16,30}.

As infecções respiratórias agudas são os motivos de consulta mais frequentes entre crianças indígenas, enquanto que as pneumonias são relatadas principalmente como causa de óbitos evidenciando altas taxas de mortalidade infantil, que correspondem a duas ou três vezes maior do que as taxas da população infantil não indígena ^{36,37}. A desnutrição foi associada também junto com as diarreias e desidratação, aos óbitos por pneumonias segundo a literatura ^{36,37}.

Como conclusões deste projeto de intervenção têm que a pneumonia é a principal enfermidade na população indígena; as variáveis clínicas e epidemiológicas sobre faixa etária e sexo, mantido um comportamento de acordo com as características da área de saúde e os dados registrados na literatura; dos fatores associados à pneumonia correspondeu à anemia a maior representatividade, seguida pela desnutrição, baixo peso e piodermite, respectivamente; a conduta tomada e a evolução dos pacientes estiveram acordes com a terapêutica empelada em cada caso; a classificação por classes correspondeu ao tipo I que foram aqueles pacientes com pneumonia ligeira que levaram tratamento ambulatorio; etiologicamente a bacteriana esteve acorde com a literatura; os antibióticos seguem sendo a principal arma no tratamento das pneumonias adquiridas na comunidade.

A participação dos indígenas, agente indígena de saúde e lideranças foi um elemento fundamental já que eles estiveram envolvidos junto com todo o equipe em todas as ações desenvolvidas as quais foram conhecimentos das informações levantadas nos portuários, conheceram a importância de trabalhar com as pneumonias, atuaram sobre os fatores desencadeantes, trabalharam junto com a equipe na medicação dos pacientes usando no caso deles os saberes e cuidados tradicionais como ervas e rituais de cura dando a cada um deles uma atenção diferenciada. Tiveram a responsabilidade da comunicação e

educação entre as famílias e os demais membros da equipe; a atuação deles caracterizou-se pelo exercício das atividades, em conjunto com equipe, de prevenção e promoção de saúde mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais e coletivas.

Ainda temos que ter uma maior atenção sobre as gestantes indígenas durante a etapa pré-natal, pois a maioria delas não tem uma captação precoce porque inicia o pré-natal tardiamente tendo suas primeiras consultas com idades gestacionais avançadas desconhecendo a data da última menstruação; têm fatores de risco para a gravidez associados como idade menor que 15 e maior que 35 anos, esforço físico excessivo, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, baixa estatura (< 1,45m) e baixo ou elevado pesos maternos (< 45 kg ou > 75 kg), intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos, nuliparidade ou multiparidade, intercorrências clínicas crônicas, anemias, desnutrição, infecções vulvovaginais e urinárias, entre outros. Todas estas situações não facilitam um bom acompanhamento da mulher durante a gestação, a fim de contribuir para o nascimento de uma criança saudável e para bem-estar materno e neonatal, e pelo tanto contribuem a que se transmitam diretamente ao feto criando condições propícias para que desde o nascimento mesmo o evolutivamente desenvolvam uma pneumonia.

Prevenção da pneumonia nas pessoas, sobre todo em crianças e idosos, é um componente essencial de nossa estratégia para reduzir a mortalidade nestes grupos etéreos. Nutrição adequada é fundamental para melhorar as defesas naturais das crianças e idosos, começando com aleitamento materno exclusivo para os primeiros 6 meses de vida assim como garantir uma boa alimentação depois dos seis meses de idade para evitar o baixo peso, desnutrição, depressão imunológica, parasitoses, anemias e quadros diarreicos. Abordar fatores ambientais como fumaças, poluição do ar interior, incentivar a boa higiene em casas lotadas, controlar outras doenças respiratórias que atuam como elementos de riscos como as doenças pulmonares crônicas também reduz o número de pacientes que ficam doentes com pneumonia. Ter uma atenção diferenciada com as gestantes indígenas.

Este levantamento é fundamental e traz a possibilidade de trabalho futuro indicando as ações de saúde e de prevenção que devem ser feitas para o cuidado da comunidade com uma participação ativa dos indígenas, lideranças e todo o equipem de saúde, mostrando para todos eles as informações recoltadas nos prontuários, que eles conheçam a importância de trabalhar em conjunto, juntando as ações do médico e da equipe com os saberes e cuidados tradicionais que eles têm como ervas e rituais de cura dando a cada um deles uma atenção diferenciada.

**REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

1. Zylberman M, Viola M, Schejtman A, Zunino S, Cámara L, Valdez P. Recomendaciones 2017 sobre el manejo de Infecciones Respiratorias en Adultos. Rev Arg Med 2016;4(Supl. 1):S3-S51
2. Pela Comida de S. Epidemiologia da Pneumonia. www.news-medical.net/health
3. Pneumonia. Publicado por Portal Brasil última modificação: 29/07/2014. www.brasil.gov.br/saude
4. Lopes Matoso L M, Andrade de Castro C H. Indissociabilidade Clínica e Epidemiológica da Pneumonia. <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/viewFile>
5. Cordeiro dos Santos M. Pneumonia Adquirida Na Comunidade. <http://www.fmt.am.gov.br/manual/pneumonia.htm>
6. Pneumonia. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Pneumonia>
7. Alves de Holanda L, Teixeira Medeiros N. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Casos de Pneumonia em Crianças e Idosos do Município de Quixadá – Ceará. Rev Fisioter S Fun. Fortaleza, 2012 Jan-Jun; 1(1): 35-41. www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia
8. Moreira Cardoso A. Doença respiratória aguda em indígenas Guarani no Sul e Sudeste do Brasil. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
9. Millán T, Serani F, Nelson A, Vargas N.A, Solange Valenzuela M. Características biológicas e sociais de crianças menores de um ano que morreu de pneumonia, na região metropolitana do Chile, 1995. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 6(5), 1999.
10. Pneumonia. Pnemonia.blogspot.com
11. Chauvet Waiter P, Costa Anameia C.F. Pneumonia Adquirida Na Comunidade. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ Vol. 9, No2, Julho a Dezembro de 2010. revista.hupe.uerj.br/detalhe.
12. Donalísio M.R, Mamud Arca C.H, de Madureira P.R. Perfil clínico, epidemiológico e etiológico de pacientes com pneumonia adquirida na comunidade internados em um hospital geral da microrregião de Sumaré, SP. J. bras. pneumol. vol.37 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2011.
13. DATASUS. Departamento de Informática de SUS. Pneumonia é a maior responsável pelas hospitalizações de acordo com relatório do sistema do DATASUS. datasus.saude.gov.br/nucleos-regionais/sao-paulo.
14. Pneumonia. Panorama geral da doença no Brasil. <https://agencia.fiocruz.br/pneumonia>
15. Coimbra Jr C.E.A, Ventura Santos R, Escobar A.L. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. <https://www.scribd.com/document/329587726>
16. Voges Caldart R, Marrero L, Cesar Basta P, Yamall Orellana J.D. Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. Ciênc. saúde coletiva vol.21 no.5 Rio de Janeiro May 2016. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413

17. Ministério da Saúde inicia vacinação de 120 mil indígenas. Portal Brasil 28/04/2015. <https://www.brasil.gov.br/saude/2015>
18. Pereira Portela M.F, Couto Sant' Anna C, Campos Júnior D. Pneumonia em crianças e adolescentes indígenas internados em Brasília-DF, Brasil: estudo de casos. Pulmão RJ 2005;14(4):283-288. <http://docplayer.com.br/11141461-Pneumonia-em-criancas-e-adolescentes-indigenas-internados-em-brasilia-df-brasil-estudo-de-casos.html>
19. Lopes Matoso L. M, Andrade de Castro C. H. Indissociabilidade Clínica e Epidemiológica da Pneumonia. Ano 2, nº 2, abr. / set. 2013 <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/viewFile/>
20. Plano Distrital de Saúde Indígena 2012-2015. DSEI Porto Velho/RO. Porto Velho/RO – 2013.
21. Masiero Kühl A, Tittoni Corso A.C, Soares Leite M, Luiz Bastos J. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (2):409-420, fev, 2009.
22. Monitoramento de Dados e Indicadores Epidemiológicos de Mortalidade. SIASI – DSEI/PVH – 2016.
23. Monitoramento de Dados e Indicadores Epidemiológicos de Natalidade. SIASI – DSEI/PVH – 2016.
24. Cardoso A.M, Hortab B.L, Santos R.V, Escobard A.L, Welcha J.R, Coimbra Jr C.E.A. Prevalence of pneumonia and associated factors among indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. University of Alabama at Birmingham on July 14, 2015 <http://inthehealth.oxfordjournals.org/>
25. Pneumonia. Organização Mundial da Saúde. Novembro 2016. www.who.int/mediacentre/factsheets
26. Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria 2007. J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 1):S 31-S 50
27. Fry A.M, Shay D.K, Holman R.C, Curns A.T, Anderson L.J. Trends in hospitalizations for pneumonia among persons aged 65 years or older in the United States, 1988-2002. JAMA 2005 Dec 7; 294 (21): 2712 – 9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16333006/>
28. Infecciones Respiratorias Agudas en Menores de Cinco Años. www.monografias.com/trabajos87/infecciones-respiratorias-menores
29. Yousef Khan F, A.yassin M. O Mycoplasma pneumoniae associadas com severa Anemia de hemolítica auto-imune: relato de caso e literatura revisão. The Brazilian Journal de infecciosas doenças 2009; 1:77-79. www.scielo.br/pdf/bjid/v13n1/v13n1a18.pdf
30. Plano Nacional de Saúde - PNS 2012-2015. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf

31. Yamall Orellana J.D, Cesar Basta P, Ventura Santos R, Coimbra Jr C.E.A. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 7 (3): 281-287, jul. / set., 2007)
32. Lunardi R, Ventura Santos R, Coimbra Jr C.E.A. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). Rev Bras Epidemiol 2007; 10(4): 441-52)
33. Millán Cordoví E, Días Clemente N.D, Millán Montes de Oca E.H, Paz Cordoví O.E, Villamil González Y.D. Diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en el hospital "Guillermo Domínguez López". <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/146/259>
34. Pérez Cala A.E, Viamontes Tapia M.N, Benítez Sánchez E, Chang Fong A, Guerra Cepena E. Aplicabilidad clínica del índice de Fine en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad. MEDISAN 2013; 17(4): 605 www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2013/mds134g.pdf
35. Trabajo de La Neumonía. <https://es.scribd.com/doc/88498038/Trabajo-de-La-Neumonía>
36. Miranda Barros A.J. Manual de Atenção a Saúde da Criança Indígena. Sociedade Brasileira de Pediatria. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004. <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAqzkAK/manual-atencao-a-saude-crianca-indigena?part=5>
37. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas Relatório Final. Rio de Janeiro, 1 de dezembro de 2009

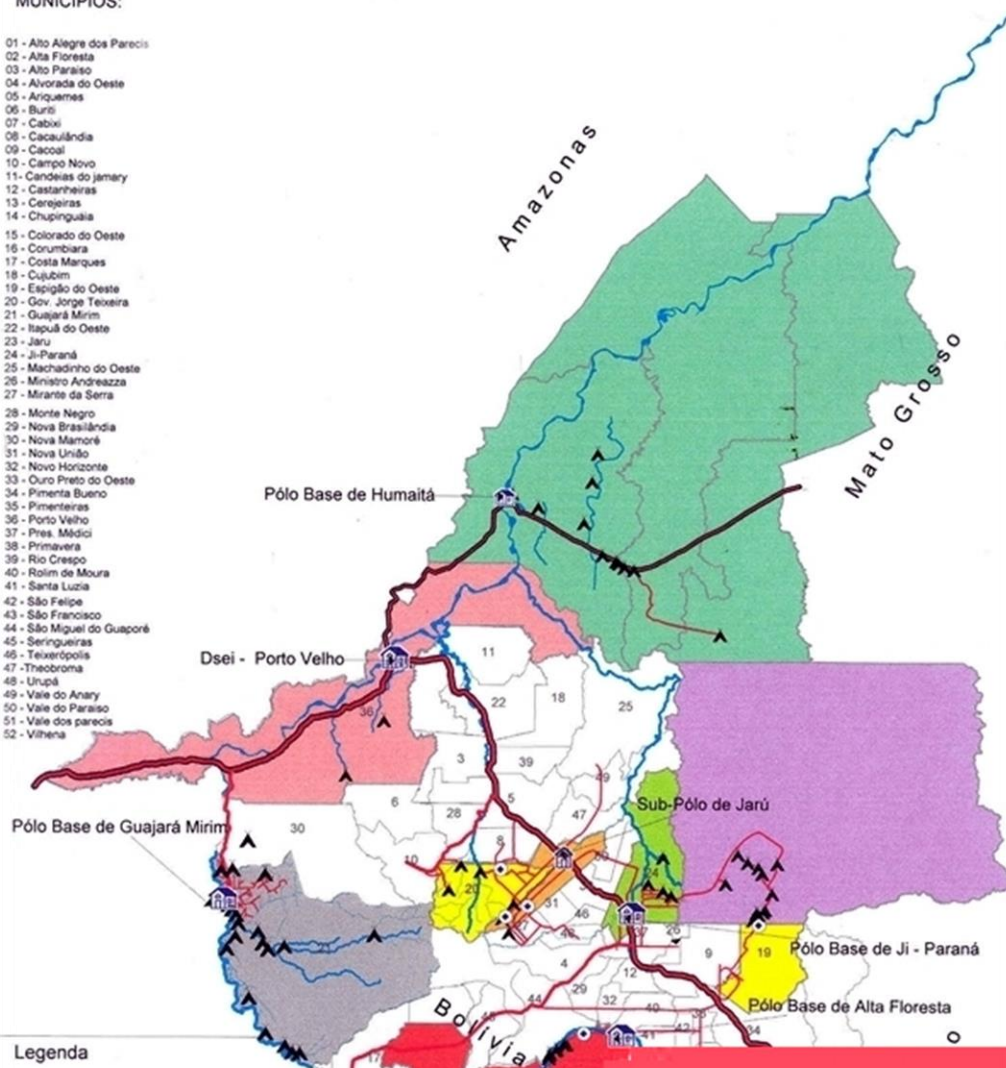
ANEXOS

ÁREA DE ATUAÇÃO DO DSEI - PORTO VELHO - RO



MUNICÍPIOS:

- 01 - Alto Alegre dos Parecis
- 02 - Alta Floresta
- 03 - Alto Paraíso
- 04 - Alvorada do Oeste
- 05 - Ariquesmes
- 06 - Buri
- 07 - Cabixi
- 08 - Cacaulândia
- 09 - Cacoal
- 10 - Campo Novo
- 11 - Candeias do Jamary
- 12 - Castanheiras
- 13 - Cerejeiras
- 14 - Chupinguaia
- 15 - Colorado do Oeste
- 16 - Corumbiara
- 17 - Costa Marques
- 18 - Cujubim
- 19 - Espigão do Oeste
- 20 - Gov. Jorge Teixeira
- 21 - Guajará Mirim
- 22 - Itapua do Oeste
- 23 - Jarú
- 24 - Ji-Paraná
- 25 - Machado do Oeste
- 26 - Ministro Andreazza
- 27 - Mirante da Serra
- 28 - Monte Negro
- 29 - Nova Brasilândia
- 30 - Nova Marmoré
- 31 - Nova União
- 32 - Novo Horizonte
- 33 - Ouro Preto do Oeste
- 34 - Pimenta Bueno
- 35 - Pimenteira
- 36 - Porto Velho
- 37 - Pres. Médici
- 38 - Primavera
- 39 - Rio Crespo
- 40 - Rolim de Moura
- 41 - Santa Luzia
- 42 - São Felipe
- 43 - São Francisco
- 44 - São Miguel do Guaporé
- 45 - Seriqueiras
- 46 - Teixerópolis
- 47 - Theobroma
- 48 - Urupá
- 49 - Vale do Anary
- 50 - Vale do Paraíso
- 51 - Vale dos Parecis
- 52 - Vilhena



2. MAPA RIO NEGRO OCAIA



3. Pacientes com Pneumonias tratadas na aldeia.



4. Paciente com Pneumonia encaminhado para o hospital.



5. Paciente com Pneumonia no hospital.



6. Lactante com pneumonia, diarreia e lesões na pele tipo rash.



Caso Falecido na Aldeia.

