

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

YOEL BENIGNO BETANCOURT HERNANDEZ

Intervenção educativa sobre diarreias, para pais de crianças indígenas Ticuna  
menores de cinco anos.

Alto rio Solimões  
Polo base Vendaval.  
Ano 2017.

YOEL BENIGNO BETANCOURT HERNANDEZ

Intervenção educativa sobre diarreias, para pais de crianças indígenas Ticuna menores de cinco anos.

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Indígena, pelo curso de Especialização em Saúde Indígena da Universidade Federal de São Paulo/UAB.

Orientadores: Professor. Maurici Tadeu Ferreira Santos

Professora. Evelin Plácido

Alto rio Solimões

Polo base Vendaval.

Ano 2017.

## **AGRADECIMENTOS.**

**A TODOS MEUS PACIENTES, COLEGAS, PROFESSORAS E  
PROFESSORES, SECRETARIA DE SAÚDE INDÍGENA PELA AJUDA.**

## RESUMO

As diarreias são o aumento da frequência de deposições normais em um indivíduo ou a diminuição da consistência das fezes. A diarreia é uma das principais causas de morbidade nos indígenas Ticuna de vendaval. Segundo os dados do SIASI fornecidos por nosso DSEI as diarreias foram, a terceira causa de hospitalização e de óbitos nos anos 2015 e 2016 sendo superada pelas pneumonias e pelas alterações hidroeletrólíticas, logicamente analisando que a maior parte de desequilíbrios hidroeletrólíticos são causados pelas complicações de diarreias, e que as complicações hidroeletrólíticas são consideradas como outras causas, as quais são a segunda maior causa de hospitalização e óbitos é bom considerar que se juntamos desequilíbrios hidroeletrólíticos causados por diarreias com as diarreias, seriam a primeira causa de hospitalização e óbitos as diarreias, sendo maior que as pneumonias. Considerando esta análise foi que decidi fazer um projeto de intervenção educativa em pais com crianças menores de cinco anos, faixa etária mais afetada por esta doença. Será realizada com os pais de crianças menores de cinco anos, uma entrevista semiestruturada para pesquisar os conhecimentos da população sobre manejo da diarreia, tendo a pretensão de melhorar o conhecimento da comunidade sobre as causas, prevenção e manejo da doença, assim como diminuição das mesmas e as suas complicações.

PALABRAS CHAVE: Educação, Crianças e Diarreias.



## SUMÁRIO

1. Introdução .....	8
2. Objetivos .....	26
3. Metodologia .....	27
3.1 Cenários da intervenção .....	28
3.2 Sujeitos da intervenção .....	29
3.3 Estratégias e ações .....	29
3.4 Avaliação e Monitoramento .....	29
4. Resultados esperados .....	30
5. Análise e conclusões .....	31
6. Referências bibliográficas .....	32
7. ANEXOS .....	37

## 1. INTRODUÇÃO

DSEI alto rio Solimões tem ubicação em o norte do Brasil no estado amazonas, ao noroeste, em o município Tabatinga, o clima é húmido, com temperaturas, elevadas (29 -34<sup>0</sup> C), as fontes de agua são da chuva, poços artesanais, sendo a maior parte do consumo das aguas do rio Solimões a atividade produtiva mais comum é a pesca, agricultura e a caça. Tem um período de muitas chuvas, onde o rio enche muito ate muito perto, alagando as casas ribeirinhas com palafitas e balsas da população. A sede de polo base Vendaval é uma das 18 aldeias que leva o mesmo nome da aldeia criada em 1972.



Ao sul do polo base, encontrasse o rio Solimões e a floresta amazônica, ao norte encontrasse a floresta amazônica que se estende ate a fronteira com a Colômbia, ao leste fica à uma hora de lancha, o município de dependência federal ao que pertence vendaval, São Paulo de Olivença, e ao oeste a três horas de lancha esta



Tabatinga onde fica a sede do DSEI: Alto Rio Solimões. Vários países fazem fronteira com o município de Tabatinga, como a Colômbia ao norte e o Peru ao oeste.

Depois de seis meses de chuva aproximadamente, chega a seca onde tem, mas oportunidade de pescar e plantar nas praias do rio. Como em a maior parte da Amazona ocupada, maiormente por uma floresta muito diversa com espécies de plantas exóticas e exclusivas desta região, os indígenas se alimentam de frutas que plantam como abacaxi, mamão, manga, caju, açaí, mandioca, macaxeira, a pupunha, mapati, abiu, cupuaçu, ingá, entre muitas e diversas frutas que som parte da dieta dos indígenas da região.



Também é parte importante da sua dieta, o consumo de peixes de rio, tem muitas espécies como pirarucu, tambaqui, pira Pixinga, bacu, pacu, sardinha, surubim, bodó, com um aporte proteico importante na sua dieta.



Os hábitos de alimentação dos indígenas em nossa área fazem que não tenham uma importante incidência, na aparição de doenças como a hipertensão (doze casos) e diabetes (dois casos), muito frequentes em outras populações.

A transportação da área com o resto do país é principalmente por via fluvial a traves do rio Solimões é por via aérea (aeroporto internacional de tabatinga).

Antigamente as populações da região tinham acesso aos serviços de saúde a traves dos especialistas tradicionais, as parteiras e os pajés. O nível econômico muito baixo tem graves consequências no nível de salubridade da população porque implica falta de aceso aos serviços públicos básicos como agua potável, drenagem e recolecção de lixo, muito mais quando as pessoas moram nas zonas rurais como é em nossa população, sua carência ou limitação repercute nas condições de higiene do entorno comunitário e das moradias, igual que pode ser associado com consumo deficiente de alimentos mal preparados e consumo de agua de mal qualidade; tais condições favorecem a presença doenças entre outras de diarreia <sup>18,34-38</sup>.

Mais tarde com a criação do SUS e o subsistema de saúde indígena se cream a FUNAI, FUNASA e DSEI como base da estrutura da saúde indígena na atualidade, onde existe os polos bases de saúde levando ate as casas dos indígenas atenção de saúde cada vez mais qualificada e criando uma articulação com o SUS a traves do SAMU entre outras vias que permite a garantia de receber os serviços especializados da medicina no Brasil.

A atuação dos CONDISI e fundamental na disponibilidade dos recursos e orçamentos que são aprovados a nível distrital para o desenvolvimento da saúde no subsistema de saúde indígena.

O polo base Vendaval atende apenas uma etnia, os Ticuna. Os Ticuna (Magüta), literalmente, “conjunto de pessoas pescadas com vara” som o povo indígena mais numeroso do Amazonas brasileiro com 56.141 habitantes no Amazonas. (Siasi/Sesai, 2015). A língua que falam e a Ticuna, e é amplamente falada em uma área extensa por numerosos falantes (acima de 30.000).

Segundo o etnólogo alemão que, em 1929, fez sua primeira viagem ao alto Solimões, os Ticuna são citados pela primeira vez como os inimigos dos Omágua Tribo populosa y fortemente organizada, dos quais fugiam pelas agressões deste povo, refugiando-se nos altos dos igarapés e afluentes da margem esquerda do Solimões. Os primeiros contatos 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 para os Omágua, às margens do rio Solimões. Logo os Omágua foram exterminados pelos conflitos com os portugueses e espanholes e Desde a instalação da missão jesuíta espanhola até a consolidação da posse desta região por Portugal, no século XVIII (com a construção de uma fortaleza em Tabatinga), os espanhóis e os portugueses vinham disputando a hegemonia no alto Solimões. Os temidos Omágua (também conhecidos como Cambeba), de tradição guerreira, quase foram exterminados neste processo, seja por contraírem doenças ou por sua participação na querela entre os dois Estados coloniais. Com o tempo, os europeus não quiseram ou não conseguiram povoar a região antes habitada pelos Omágua, e os Ticuna passam a ocupar esse espaço, descendo dos altos igarapés, onde conseguiram se

esquivar do contato mais intenso, foi então que os Ticuna descenderam dos altos igarapés para formar as comunidades que hoje assiste nossa equipe. Com uma história marcada pela violenta entrada dos seringueiros, pescadores e madeireiros na região do Rio Solimões, pelos anos 1990, lograram o reconhecimento oficial da maioria das terras indígenas. Em a atualidade enfrentam o desafio de garantir sua sustentabilidade econômica e ambiental, assim como corresponder as relações com a sociedade circundante mantendo viva sua riquíssima cultura. “De acordo com seus mitos, os Ticuna são originários do igarapé Eware, situado nas nascentes do igarapé São Jerônimo (Tonatü), tributário da margem esquerda do rio Solimões, no trecho entre Tabatinga e São Paulo de Olivença lugar onde se localiza o polo base de vendaval onde trabalho. Ainda hoje é Alto Rio Solimões, a área de mais forte concentração de Ticuna, onde estão localizadas 42 das 59 aldeias existentes no DSEI” (Oliveira, 2002: 280). Esse povo vivia no alto dos igarapés afluentes do rio Solimões, no trecho em que este entra em terras brasileiras até o rio Içá/Putumayo. Houve um intenso processo de deslocamento em direção ao Solimões. No início, mantiveram sua tradicional distribuição espacial em malocas clânicas e, na década de 1970, havia mais de cem aldeias. Hoje, essa distribuição das aldeias ticuna se modificou substancialmente. Sabe-se ainda que alguns índios descenderam o rio até Tefé e outros municípios do médio Solimões, outros se fixaram no município de Beruri, no baixo curso do Solimões, bastante próximo à cidade de Manaus.

No alto Solimões, contudo, os Ticuna são encontrados em todos os seis municípios da região, a saber: Tabatinga, Benjamim Constant, São Paulo de Olivença, Amaturá, Santo Antônio do Içá e Tonantins. Sua população está distribuída em mais de 20 Terras Indígenas, sua cultura é reconhecida por sua rica conservação, não por acaso, as máscaras, desenhos e pinturas desse povo ganharam repercussão internacional.



Atualmente a relação com a sociedade nacional é harmoniosa e os indígenas fazem intercâmbios comerciais com a população que vivem no entorno, na região atualmente não há conflitos de demarcação territorial, teve uma atuação direta da população indígena na luta pela demarcação das terras indígenas do Brasil representado pelo líder da comunidade vendaval, Sr. Pedro Inácio, um idoso muito querido em vendaval que gentilmente nos fala histórias sobre os esforços para demarcar as terras indígenas pela distribuição geográfica atual do Brasil. A sociedade Ticuna está dividida em metades exogâmicas (só se pode casar com um membro da outra metade) não nominadas, cada qual composta por clãs. Estes grupos clânicos patrilineares [isto é, o pertencimento ao clã é transmitido de pai para filho] são reconhecidos por um nome que é geral a todos, kī'a. Em português, os índios traduziram por nação.

O conjunto de clãs ou nações identificadas por nomes de aves forma uma metade, enquanto as demais, identificadas por nomes de plantas, formam a outra. Mesmo os clãs Onça e Saúva, um mamífero e um inseto, são associados à metade "Planta" por razões descritas na mitologia Ticuna.

A condição de membro de um clã confere a um indivíduo uma posição social, sem a qual não seria reconhecido como Ticuna. Cada clã Ticuna é constituído por outras unidades, os subclãs. Nesse sistema social, cada indivíduo pertence simultânea e necessariamente a várias unidades sociais (metade exogâmica, clã e subclã), uma vez que elas estão contidas umas nas outras.

A saúde é um direito da espécie humana é uma obrigação dos governos garantir acesso a os serviços de saúde com equidade, a sua população.

Desde tempos imemoriais. A luta contra a dor, o sofrimento, a incapacidade e acima de tudo, contra a morte sempre mobilizou as energias humanas, as suas capacidades racionais, suas emoções, para explicar e, portanto, a participar em tais eventos, sempre fugaz em suas manifestações objetivas híbridas e sensações subjetivas. Ao longo da história humana, tem havido quadros explicativos para estes fenômenos, sempre dentro dos limites da compreensão humana de si e do mundo, e sempre procurando, às vezes dramática, a ação prática para intervir em eles, quer no mundo físico, ou metafísico<sup>1, 19,20</sup>.

Um modo de expressão da atenção à saúde indígena com caráter de política pública – estritamente vinculado ao SUS, a partir de um modelo diferenciado, estruturado como subsistema (conectado diretamente a instância federal – SUS/MS/Funasa/DESAI/DSEIs), foi fundamentado pelo Estatuto do Índio, Constituição Federal de 1988 e Lei Arouca / Decreto 9.836 de 19991 – elaborado num longo processo histórico protagonizado pelo movimento indígena (a partir da década de 80) e seus diversos parceiros. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena constitui-se instrumento vital para a consecução de ações e serviços de saúde à população indígena<sup>2, 3, 22, 23,24</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de prestação de serviços de saúde para a população brasileira, que compreende atividades dirigidas a pessoas e coletividades, desenvolvidas no âmbito federal, estadual e municipal. As ações do SUS são voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de intervenções sobre o ambiente onde se vive e trabalha. Suas atribuições preveem ainda o controle da qualidade e

desenvolvimento de pesquisa e produção de medicamentos, equipamentos e outros insumos necessários à realização das ações sanitárias no país <sup>4,25,26</sup>.

Apesar da ocorrência de importantes modificações no perfil de saúde adoecimento dos povos indígenas no Brasil, especialmente nas últimas quatro décadas, o conjunto de doenças infecciosas e parasitárias continua sendo uma das principais causas de adoecimento e morte, Medidas planejadas a partir de visitas médicas e demais especialistas na realização de levantamentos epidemiológicos para subsidiar a implementação, de novos modelos de intervenção, de caráter prioritariamente preventivo. As atividades visando a prevenção de doenças estão entre as atribuições mais importantes a serem desempenhadas por profissionais de saúde que atuam na atenção básica, em geral, e na saúde indígena, em particular. Um exemplo clássico desta modalidade de intervenção é a vacinação contra certas doenças infectocontagiosas, que está associada a impactos importantes na redução da morbidade e mortalidade infantil <sup>5,27,28</sup>.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e cariciais uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentada, reativa, episódica e voltada, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas das doenças. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS com uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados, que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira <sup>6,29. 30</sup>.

A Organização Pan-Americana da Saúde sugere que as redes integradas de serviços de saúde requerem alguns atributos para seu funcionamento: a população/território definida, com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em serviços de saúde que devem determinar o perfil de oferta das redes de atenção à saúde; a oferta extensa de serviços de saúde que incluam intervenções de saúde pública, de promoção da saúde, de prevenção das doenças, de diagnóstico e tratamento oportunos, de reabilitação e de cuidados paliativos, o sistema de vigilância em saúde, que atua, de fato, como porta de entrada do subsistema de atenção a saúde indígena ao SUS, e que integra e coordena a atenção à saúde e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população; a prestação de serviços especializados nos lugares apropriados, especialmente em ambientes extra-hospitalares; a existência de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o contínuo de cuidados; a atenção centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade; o sistema de governança participativo e único para toda a rede de atenção à saúde; a gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica; os recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com as redes de atenção à saúde; o sistema de informação integrado e que vincula todos os componentes das redes integradas de serviços de saúde; o financiamento adequado e os incentivos financeiros alinhados com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde; e a ação Inter setorial amplia <sup>7, 31</sup>.

As mudanças da Atenção Primária à Saúde (APS) implicam que ela seja apropriada como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e, não meramente, como um programa para pobres em regiões pobres ou como um nível de atenção à saúde exclusivamente. A interpretação da APS, como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica entendê-la como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, e cumprir com seus atributos e funções, o que resulta em sua articulação como centro de comunicação das redes de atenção à saúde. <sup>8,32</sup>



Na América Latina, as ideias do movimento de promoção da saúde encontrou uma realidade da pobreza e da desigualdade, é claro, impôs uma abordagem transferência para questões estruturais. Mais do que práticas educativas destinadas a mudar o comportamento, a promoção da saúde na América Latina comunidade priorizados os processos para a mudança social.

Brasil, um país latino-americano de proporções continentais e grandes contrastes, desigualdades sociais e demográficas, também enfrentam o desafio de prevenção e controle de doenças infecciosas, lesões e doenças não transmissíveis. A perda de força do paradigma biomédico, mudando o perfil epidemiológico e os problemas sócio-políticos e culturais das últimas décadas têm favorecido o nascimento de novas formulações sobre a teoria e prática da saúde pública. Entre eles estão os paradigmas da Saúde Pública e Promoção da Saúde no Brasil. O primeiro fornecer o sistema de apoio ideológico unificados Saúde Brasil<sup>12</sup>.

Considera-se diarreia segunda a OMS (Organização mundial da saúde), como a deposição Três o, mas vezes ao dia ou uma frequência maior para a pessoa de fezes soltas ou líquidas. As diarreias afetam milhões de pessoas no mundo, e som a segunda causa de morte em crianças menores de 5 anos, matando por ano 760 000 crianças deste grupo, no mundo tudo se produzem 1700 milhões de casos de diarreias por ano é a principal causa de desnutrição em crianças menores de 5 anos, sendo mais prevalentes nos países em desenvolvimento, sobretudo entre os indivíduos economicamente desfavorecidos. Estão nitidamente relacionadas com pobreza, condições precárias de saneamento básico e de moradia, má qualidade da água consumida e baixo grau de escolaridade da população. A elevada ocorrência de diarreias em determinada região é um marcador de subdesenvolvimento<sup>13</sup>. Segundo a UNICEF, anualmente 2,2 milhões de mortes de crianças são devidas à desidratação causada por diarreia, comumente agravada pela desnutrição<sup>14</sup>. Doenças diarreicas continuam sendo uma das maiores causas de morbimortalidade nos países em desenvolvimento e possuem relação estreita com a desnutrição infantil. Se, do ponto de vista terapêutico, dispõe-se da terapia de reidratação oral (TRO) como medida eficaz, em relação à prevenção da diarreia, não há recurso tecnológico de similar

impacto. Nesse contexto, há a necessidade de estudos epidemiológicos sobre as doenças diarreicas na infância.

No Brasil, bem como em outros países em desenvolvimento, as diarreias constituem grão problema de saúde pública, devido a sua morbidade e dificuldade de ser controlada, esta situação é pior no nordeste pelo nível de pobreza existente nas populações da zona rural e indígenas. Estas doenças ocorrem nas diversas regiões do país, seja em zona rural ou urbana e em diferentes faixas etárias. Grillo, et al (2010) diz que essas afecções estão correlacionadas com níveis socioeconômicos mais baixos e condições precárias de saneamento básico, representando um flagelo, sobretudo para as populações mais pobres<sup>16,32,33</sup>

A incidência de diarreias é elevada em áreas rurais e urbanas marginais, são mais frequentes em criança que em adultos. Em países latino americanos de clima cálido, em zonas com condições de vida muito carentes, as diarreias são muito severas<sup>17,34</sup>. No Brasil, entre as doenças infecciosas, que causam morte com maior frequência, temos as diarreias, que constituem um importante problema de saúde e especificamente para a população indígena. Enteropatógenos bacterianos, viróticos e parasitários têm sido associados frequentemente a processos gastrintestinais entre indígenas da Amazônia. As precárias condições de saneamento em que vivem essas populações, os hábitos inadequados de higiene e possível existência de reservatórios silvestres de enteropatógenos são alguns dos fatores que concorrem para o panorama descrito. Especial atenção merece ser dirigida, presentemente, às chances de propagação da cólera entre silvícolas amazônicos.

Além disso, desde os anos 70 se desenvolveu na região um modelo médico hegemônico movimento crítico, com base em uma abordagem estruturalista e uma pedagogia libertadora foi refinado de um campo do pensamento e da prática viria a consolidar o Brasil, como o campo saúde coletiva. Na década de oitenta, o movimento capturado o programa da Reforma Sanitária Brasileira, guiado pelo princípio da construção social da saúde, da universalização e equidade de acesso não só aos serviços, mas também a outros meios de obtenção de saúde<sup>9</sup>. Por

que foi cunhada a expressão “promoção da saúde radical ‘para expressar o movimento canadense aqui na América Latina e no Brasil, deve ser inserido, em parceria com a perspectiva de mudança social”<sup>10</sup>. Apesar da existência de uma variedade de tendências, tanto na promoção da saúde, ou sobre a saúde pública, pode-se considerar que eles têm uma convergência estratégica como projetos de construção social da saúde<sup>11</sup>. Evidentemente, a relevância das infecções diarreicas no quadro de morbi-mortalidade, principalmente de crianças em populações de baixo nível socioeconômico e carentes de infraestrutura sanitária básica. No que tange à etiologia dessas infecções, destacam-se os rotavírus por sua associação em uma alta percentagem da casuística. Apesar da reconhecida importância sanitária das diarreias entre populações indígenas brasileiras, são poucos os estudos que investigaram a ocorrência de microrganismos enteropatógenos entre tais populações. Alguns deles incluíram sorologia para rotavírus com vistas a esclarecer o papel desse agente etiológico na epidemiologia de gastroenterites entre grupos indígenas. Pelo menos uma centena de diferentes tribos indígenas se distribui na região amazônica, exibindo graus de aculturação diversos em função dos primeiros contatos regulares estabelecidos com o homem urbano e reunindo contingentes populacionais que variam desde algumas dezenas até milhares de integrantes. Embora já se denote uma expressiva interferência no contexto cultural dessas nações, exacerbada nas duas últimas décadas face à contínua introdução dos projetos de desenvolvimento, ainda são preservadas, em algumas delas, características que se configuram como primárias. Emergem, por tanto, atualmente, duas condições epidemiológicas distintas: uma representada pelos núcleos populacionais em que o contato com o homem urbano já se caracteriza como sistemático, e outra, que reflete um intercâmbio ocasional, prevalecendo um relativo grau de isolamento como ocorre em muitas de nossas aldeias. De modo geral, as condições de saneamento são precárias, inexistindo infraestrutura que viabilize a destinação adequada dos dejetos, bem como o acesso a água de boa qualidade. Constitui-se em prática rotineira a utilização dos cursos de água (rios, igarapés, etc.) para o asseio corporal, lavagem dos utensílios e, eventualmente, emissão dos dejetos

humanos e animais. Tal panorama sanitário enseja o estabelecimento de condições propícias à propagação de patógenos entéricos, particularmente os introduzidos a partir da área urbana.

No DSEI Alto Rio Solimões a segunda causa evitável de morte na infância é a diarreia e é uma das doenças que tem maior incidência em nossa comunidade neste ano 2016 só superada por (outras causas) entre as que estão os desequilíbrios hidroeletrólíticos, maiormente causados pelas diarreias.

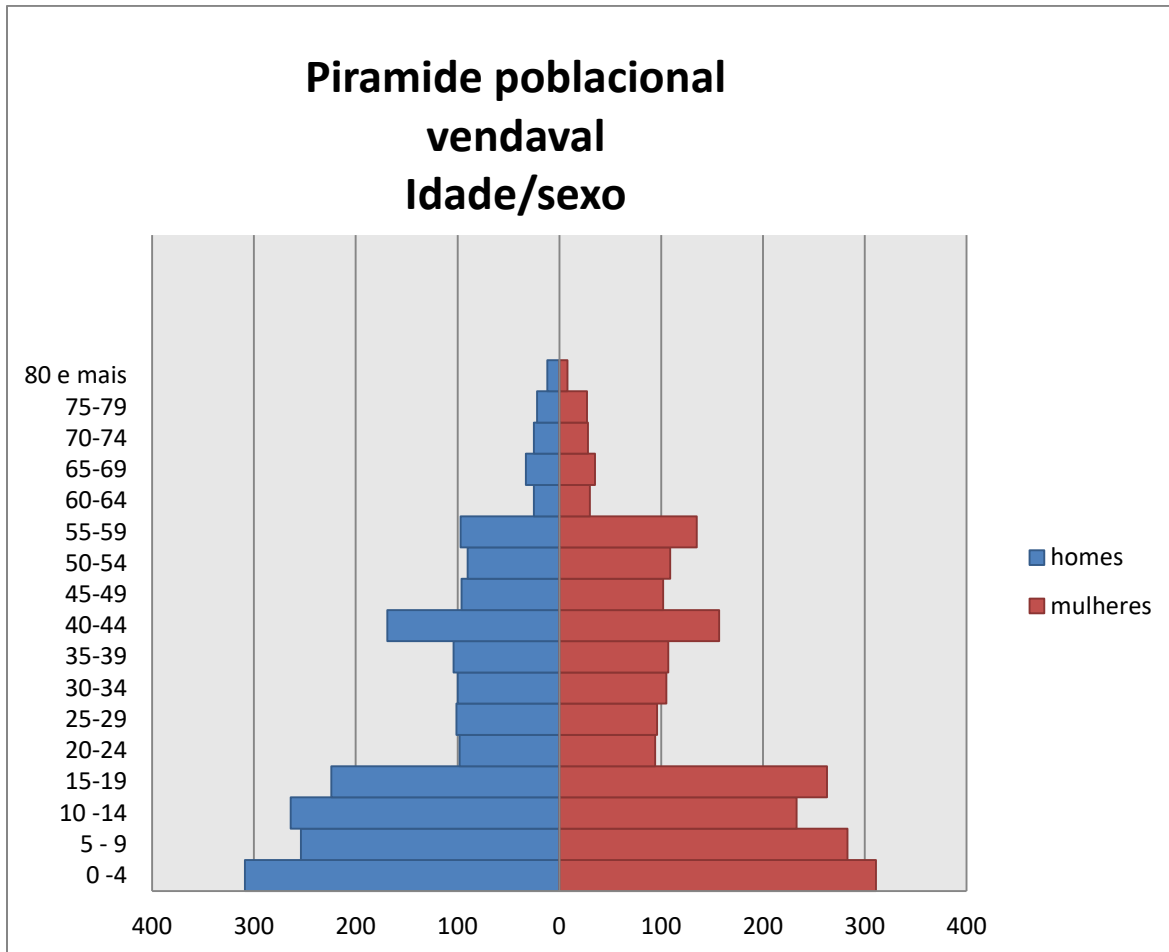
Em 2015 a faixa etária mais afetada por diarreias foi de menores de cinco anos (gráfica I)

A doença que, mas crianças menores de cinco anos hospitalizaram em 2016 foram outras causas, (entre as causas mais frequentes de este grupo estão os desequilíbrios hidroeletrólíticos causados por diarreias), seguida das pneumonias e as diarreias, no ano anterior 2015, se comportaram similar, as causas de hospitalização (gráfica II), resultado de vários fatores inter-relacionados, como variáveis ecológicas e nutricionais, enquadrado em condições socioeconômicas e culturais que favorecem a presença destas doenças<sup>15</sup>. Embora limitadas a algumas comunidades indígenas da região amazônica, as investigações científicas acerca das diarreias agudas (e agentes etiológicos correlatos) até então empreendidas denotam situações que variam desde as endemias até extensos episódios de natureza epidêmica. Nesse contexto, alguns resultados, a seguir resumidos, retratam a magnitude que assumem os quadros diarreicos entre esses ameríndios, do qual se pode inferir num contexto global o expressivo impacto em termos de morbi-mortalidade daí resultante.

O polo base é a estrutura de saúde primária do sistema de vigilância em saúde nele encontram-se os serviços básicos da atenção de saúde, como são serviços de enfermagem, odontologia, vacinação, psicologia, nutricionista, farmácia, laboratório e consulta médica, os integrantes das equipes multidisciplinário de saúde indígenas são, AIS, técnicos de enfermagem, enfermeiros, odontólogos, nutricionista, psicóloga, técnico de laboratório e médico que junto a os especialistas tradicionais (parteiras e pajés) desenvolvemos a qualidade da saúde indígena.

Existem em nosso polo dois equipes de trabalho que faz atendimento de 20 dias cada um, no mês.

A população que atende o polo base vendaval é de 4339 habitantes, distribuídos em 18 aldeias o atendimento e planejado pela equipe assistindo as comunidades a traves do rio, e fazendo atendimento em polo base.



Na área que atendemos tem como principais problemas a alta incidência de infecção respiratórias e diarreias, parasitoses intestinal, além de suicídios e doenças parasitárias transmitidas por mosquitos como malária e filarias. Temos como debilidades na área que as pessoas das comunidades moram na reverá do rio Solimões e na floresta, o que faz uma fonte de geração de vectores (mosquitos) que transmitem doenças como malária, filaria, dengue, chicungunya,

as tradições de morar muitas gerações em uma casa faz que aumente a concentração de pessoas em uma casa o que facilita a transmissão de doenças. Falta de educação para a saúde o que faz deles seres mais vulneráveis. No caso das diarreias no ano 2005 em setembro relatadas em áreas rurais de Tikuna, uma revista da região, foi informado que em várias aldeias durante o período de seca os casos diários de diarreia foram de 25 a 30 em uma delas morreram 5 crianças indígenas, produto da má qualidade da água e a falta de tratamento para as águas que geralmente são de poços artesanais. No relatório de saúde do DSEI Alto Rio Solimões (ARS) 2015. A segunda causa de morte evitável, em idades de, um a seis anos, foi a gastroenterite (tabela #1), somente superada pela desnutrição, e seguida pelos desequilíbrios hidroeletrólíticos, que muitas vezes são consequência das gastroenterites mal tratadas. Pelo que para nossa área é muito importante desenvolver estudos encaminhados a melhorar esse indicador. Em quanto a hospitalização as idades mais afetadas são as menores de cinco anos, (gráfico III) o que coincide com as idades que mais são afetadas pela diarreia (gráfico I)

O monitoramento das doenças diarreicas agudas deve ser entendida como um processo de elaboração e análise de mensurações rotineiras capazes de detectar alterações no meio ambiente ou na saúde da população. Comportamento que não mudou o cenário de um ano para outro quando falamos de faixa etária (< de 1 ano e 01 a 04 anos) que está sendo mais acometida como pode-se ver no (gráfico 1). Diante dos seguintes indicadores, temos a ideia do comportamento da saúde na área indígena assistida,

O índice de natalidade de Vendeaval =  $175/4339 \times 1000 = 40,3$ ; maior, em relação com o índice de natalidade do DSEI que é de 31,6 nascimentos por cada 1000 habitantes.

A Taxa de fecundidade em Vendeaval =  $175/2318 \times 1000 = 75,4$ ; maior em relação ao DSEI.



Na Mortalidade geral=5,7 não a muita diferença com o DSEI.

Em mortalidades por faixas etárias. 50-59=13,6.

A maior mortalidade ocorre em menores de um ano. Mortalidade por faixas 0-7 dias=11,4. Mortalidade por faixas 60 +=0,22 em nossa área os idosos som privilegiados y morrem em menor quantidade em relação ao DSEI.

A Taxa de mortalidade infantil em vendaval= 22 por cada mil nascidos vivos, nos últimos anos nossas crianças menores de um ano morrem em menos quantidade em comparação ao DSEI que tem esse indicador em 32,66 mais ainda assim o indicador é muito alto, comparado com o quarto objetivo de desenvolvimento do milênio para o Brasil, que era chegar a uma taxa de mortalidade infantil de 7,23 por cada mil nascidos vivos ate 2015.

A desidratação por diarreias na população assistida é uma das causas que, mas ocasionam óbitos em menores de cinco anos e é das doenças com uma alta frequência nessa faixa etária pelo que é importante conhecer e realizar ações dirigidas a minimizar os riscos dessa doença. Em nossa área os pais banham e administram agua e produtos alimentícios misturados com agua não tratada que ingerem e contribuem a aparição dos surtos e casos de diarreia muito frequentes nessas idades.



Para diminuir esse fenômeno temos que saber que a maioria dos pais não tem a consciência da necessidade de melhorar a qualidade da água que seus filhos consomem e muitas vezes não percebem o risco que eles têm de ficar doentes e até morrer, pelo que é uma boa estratégia aumentar o nível de conhecimentos nesse tema da saúde, fazer ações encaminhadas a diminuir as diarreias aumentando a distribuição de hipoclorito de sódio nas aldeias e capacitar aos pais em tratamento adequado das águas de consumo da população, aumentar o número de palestras e distribuir folhetos realizar atividades que permitam reforçar o nível de conhecimentos sobre a higiene da água e os alimentos em nossa população. Tendo em consideração as consequências e frequência das diarreias, considero importante realizar um trabalho encaminhado na solução deste problema para isso, se realize uma pesquisa em pais de crianças indagando sobre quais eram as causas da diarreia onde eles respondiam que eram por descuidos dos pais na hora de tomar banho, outros falam que por não ter a roupa limpa, por isso considero pesquisar sobre o tema em um grupo de pais selecionado para receber uma intervenção educativa com o objetivo de criar uma estratégia educativa em doenças diarreicas, para diminuir as diarreias aumentando o nível de conhecimento dos pais de crianças com diarreias com a intenção de diminuir



os fatores de risco que aumentam a incidência e diminuir assim os casos da doença em nossa comunidade.



## OBJETIVOS

Contribuir para a diminuição da incidência de casos de diarreia no polo base vendaval após de relatar informações sobre diarreias aos pais das crianças menores de cinco anos.

## METODOLOGIA

Fornecera-se informação diante a proposta de intervenção educativa com um levantamento bibliográfico sobre tema diarreias, aos pais das crianças menores de cinco anos, com o objetivo de diminuir a incidência de diarreias em polo base vendaval.

### Cenário de intervenção

As Atividades serão no chapéu de palias do polo base de Vendaval, É um lugar espaçoso ventilado, com boa iluminação e tem boa acústica neste lugar serem feitas atividades para as três comunidades perto do polo, também serão feitas palestras nas 15 aldeias de longe, nas quais tem locais como chapéu de palias, adequados para desenvolver as atividades com qualidade. Os pacientes escolhidos da amostra para projeto ficaram bem ventilados e cômodos assim como atentos as atividades desenvolvidas para lograr uma maior atenção e concentração dos temas apresentadas os pacientes convidados, serão capazes de ouvir e compreender os temas de diarreia diante a interpretação de um agente indígena de saúde, para sua compreensão. Começaremos os temas de informação em primer momento explicando o que e a diarreia, seu concepto para assim os pais saibam identificar o problema, e possam identificar na hora para um diagnostico precoce, em outra conversa explicaremos como e que comportasse a diarreia como doença no mundo, no Brasil, no DSEI, e em vendaval, falaremos sobre as causas fundamentais da diarreia e os fatores de risco que podem se modificar pra diminuir a incidência da doença conheceram as medidas de prevenção preguntaram duvidas que possam ser esclarecidas na hora, depois das atividades comprovaremos se os objetivos propostos que terminaria com a diminuição dos casos de diarreia em crianças da comunidade vendaval foram cumpridos. Analisando os dados fornecidos pelos instrumentos de SIASI teremos uma ideia da quantidade dos casos de diarreia, antes e depois da intervenção.

### Sujeitos da Intervenção

O processo se destinará a beneficiar a população exposta a adquirir diarreias. Serão convidados, pais de crianças menores de cinco anos serão escolhidos ao acaso assim também participaram 21 agentes de saúde que atenderam as aldeias.

### Estratégias e ações

Diante uma entrevista semiestruturada será coletada informação além de dados fornecidos, pelo SIASI onde será identificada a incidência de casos de diarreia antes e depois das atividades educativas fornecidas aos pais das crianças.

### Avaliação e Monitoramento

Após as atividades de fornecimento das informações sobre diarreias observaremos se a incidência de casos diminui para determinar a eficácia das ações feitas.

## **Resultados esperados**

No projeto de intervenção procuro uma forma de intervir diante a informação em saúde diminuindo a ocorrência de surtos de diarreia alguns dos quais tem uma solução imediata e dependem de da promoção e prevenção para a saúde de nossa equipe para a comunidade, e trabalhar em outros fatores, como som as costumes e tradições como usar agua sem tratar pra ações domesticas que contribuem na aparição de diarreias. Mais se de factibilidade falamos as atividades de capacitação e adestramentos que propomos som a essência de nosso trabalho sobre a base da prevenção e promoção de saúde e dos princípios de equidade para levar a os lugares mais difíceis de acessar cada vez mais qualidade de vida a população atendida. Diante a capacitação dos pais das crianças e de agentes de saúde indígenas esperasse aumentar o nível de conhecimentos sobre a diarreia, e seus fatores de risco assim como das medidas de prevenção para diminuir os casos de diarreias, as complicações, as hospitalizações, assim como as mortes por diarreias na comunidade vendaval.

## **Análise e conclusões**

A comunidade vendaval e uma comunidade que só tem fronteira com a floresta e o rio Solimões tem 18 aldeias longes da sede do posto de saúde e a deslocação dos recursos humanos e materiais som muito difíceis, pelo que o tempo da conduta dos pais e os agentes de saúde em levar as crianças ao medico às vezes e demorado, pelo tempo, pela disposição de recursos (embarcações, combustíveis, hipoclorito de sódio), além disso, a falta de conhecimento da população, a falta de serviços gerais como agua tratada, disposição de lixos e recolhida de lixos, difícil acesso aos serviços de saúde em horas noturnas, pelo perigoso do rio, grande quantidade de vetores pela proximidade da floresta e o rio, elaboração de alimentos em condições higiênicas desfavoráveis, pelos costumes tradicionais da alimentação de nossa população, faz deles pessoas muito vulneráveis as diarreias e outras doenças ainda mais na faixa etária de menores de cinco anos, é por isso, que o recurso melhor que temos para ganhar esta batalha pela saúde indígena, é a nossa responsabilidade de ensinar cada dia mais, normas de condutas higiênicas, que permitam diminuir os tantos riscos que tem, de sofrer doenças que como a diarreia pó em perigo a vida de tantas crianças, e algumas morrem, por desconhecimento das condutas corretas para sua prevenção, diagnostico e tratamento precoce.

## **Referencias bibliográficas**

1. Carvalho AI e Buss P. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p.141-166
2. Andrea Jakubaszko; et al. Princípios da atuação e os desafios da nova fase de intervenção. Controle social na saúde indígena - A experiência da OPAN em Brasnorte, MT Saúde Indígena 2. Políticas Públicas 3. Saúde OPAN: Cuiabá – MT, 2013
3. Leal Costa CS, Leão da Silva G. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. 2ª edição. Brasília- DF.2013.
4. PORTARIA Nº 755, DE 18 DE ABRIL DE 2012.
5. Maximiliano Loiola Ponte de Souza. Da prevenção de doenças à promoção da saúde. Livro de saúde indígena, p110. Capt 3 .2013.
6. Vilaça Mendes Eugênio. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. pag 19 2ª edição Brasília-DF 2011.
7. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010.
8. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde, 2010.
9. CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F. & LIMA, V. L. G. Health promotion in Brazil. International Journal of Health Promotion and Education, supl. 2: 7-18, 2007.



10. BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) Promoción de la Salud: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
11. CARVALHO, S. R. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde. São Paulo: Hucitec, 2005.
12. Ivo de Carvalho., A, Westphal M. F y Pereira Lima V. L. La promoción de la salud en Brasil.p7.2007. [http://ped.sagepub.com/content/14/1\\_suppl/41.full.pdf](http://ped.sagepub.com/content/14/1_suppl/41.full.pdf)
13. Villafuerte JR. Agentes Biológicos. Folleto Complementario. La Habana. Ed.Pueblo y Educación. 2007. 183-235
14. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.273-784. (UNICEF, 1998; Mabilia, 2000)
15. . Navone GT, Oyhenart EE, Zonta ME. Parasitosis intestinales em niños de de edad escolar: situacion actual en poblaciones urbanas, periurbanas y rurales em Brandsen, Buenos Aires, Argentina. Parasitología Latinoamericana 2013; 62: 54-60
16. Grillo M, Lengomín ME, Caballero A, Castro A, Hernández AM. Análisis de las enfermedades transmitidas por los alimentos en Cuba. Rev Cubana Aliment Nutr 1996;10(2):100-4
17. Campos, LEM; Pereira, LFF. Eosinofilia pulmonar. J. bras. Pneumol. São Paulo, v.35, n6, p. 35-59, June 2009.
18. Kumate RJ. Política Nacional del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas. México: Secretaría de Salud; 1990.
19. García R, Casado C, Pérez A, Sosa I. Intervención educativa sobre enfermedades transmitidas por alimentos en estudiantes de tecnología de la salud en la provincia de Camagüey. [Tesis de grado] Universidad de Ciencias médica

de Camagêy Cuba; 2009. Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol50\\_2\\_12/hie10212.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol50_2_12/hie10212.htm)

**20.** Fukumoto M, Águila R del, Kendall C, Pederson D. ¿Por qué las madres se lavan las manos? *Diálogo* sobre la diarrea. Rev. Española de Pediatría 1999: 38:9.

**21.** Ismael Infante M S, Viltres Oris Y. Intervención educativa sobre parasitismo intestinal em madres de niños menores de dos años observo que el grupo etario de 20-24 años fue el que predominó. Vargas, 10 de Septiembre de 2012. <http://www.monografias.com/trabajos96/intervencion-educativa-parasitismo-intestinal-madres-ninos-menores-dos-anos/intervencion-educativa-parasitismo-intestinal-madres-ninos-menores-dos-anos.shtml>

**22.** González Ramírez R. Intervencion educativa sobre parasitismo intestinal em madres de niños menores de dos años. Ocubilá, Huehuetenango. Julio-septiembre 2004. Guatemala. <http://ilustrados.com/tema/8075/Intervencion-educativa-sobre-parasitismo-intestinal-madres.html>

**23.** .

**24.** Proyectos en Guatemala. Programa 01: Atención primaria en Salud. 2003: 11-32. [www.intervida.org/recursos/Nuestos\\_proyectos.pdf](http://www.intervida.org/recursos/Nuestos_proyectos.pdf).

<http://www.monografias.com/trabajos55/parasitosis-intestinal/parasitosis-intestinal2.shtml#ixzz4C9Jtam7d>

**25.** RELACIÓN DEL SANEAMIENTO BÁSICO CON EL DESARROLLO, LA SALUD Y LA EDUCACIÓN EN GUATEMALA1 capitulo 2 SANEAMIENTO RURAL Y SALUD / GUÍA PARA ACCIONES A NIVEL LOCAL. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Sanemiento-Capitulo2.pdf>.

**26.** Matta W; Ortega D. Conocimiento sobre medidas preventivas y prácticas de las madres sobre EDA y su relación con características sociodemográficas [Fecha de acceso: 28 de setiembre del 2013]. [Texto en línea]. <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/stories/articulorevista5/madres>

**27.** Román Pérez R, Abril Valdez E, Cubillas Rodríguez M J, Quihui Cota L, Morales Figueroa G G. Aplicación de un modelo educativo para prevenir

parasitosis intestinal; Sonora, México julio de 2013.  
[http://www.ciad.mx/archivos/revista-eletronica/RES44/Rosario\\_Roman.pdf](http://www.ciad.mx/archivos/revista-eletronica/RES44/Rosario_Roman.pdf)

**28.** Valdés Lazo F, Jordán Rodríguez J, Hernández Sánchez M. Prevención de los accidentes en el hogar. Unicef; 2007.

**29.** Organización Mundial de la Salud(OMS) .Desarrollo de la primera infancia: un potente ecualizador. Informe final, Comisión de los determinantes sociales de la salud. 2007.

**30.** Borda C, Rea M, Rosa J, Maidana C. Parasitismo intestinal en San Cayetano, Corrientes, Argentina. Bol Sanit Panam 1999; 120: 110-5.  
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v120n2p110.pdf>

**31.** SORIANO S V, et al. *Parasitosis intestinales y su relación con factores socioeconómicos y condiciones de habitat en niños de Neuquén, Patagonia, Argentina.* [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-77122005000200009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-77122005000200009)

**32.** González A J. Intervención educativa sobre parasitismo intestinal en madres de niños menores de cinco años. Candelaria, municipio Valencia Mayo 2006- Abril 2007. <http://www.monografias.com/trabajos55/parasitosis-intestinal/parasitosis-intestinal2.shtml>

**33.** Contreras-Moreno A Atrisco-Olivos R, Cruz-Gama EJ, Hernández-Girón C. Intervención educativa para la prevención de enfermedades diarreicas, en una localidad de Morelos Mexico.  
<http://www.revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/viewFile/152/97>

**34.** Paumier Rodríguez I, Rondón Peña MO, Hernández Ramírez GR, Montero Paumier IM, Gainza González B. Intervención Educativa para prevenir accidentes en madres con niños menores de cinco años. Multimed revista Médica. Granma Multimed 2014; 18(3) JULIO-SEPTIEMBRE ARTICULO ORIGINAL Programa .. 5bbbVERSION ON-LINE: ISSN 1028-4818 Multimed. Revista Médica. Granma RPNS-1853

**35.** Mota, J. A. C; Penna et al. Parasitoses intestinais. Pediatría ambiental. Belo Horizonte: Coopmed; 2005. 2005.

- 36.** Mello, D. A; et al. Pesquisa participante na intervenção da transmissão de helmintos intestinais. Cidade satélite do Paronoá-DF. Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical, v.28,n3, p.223-232, jul./set; 2009.
- 37.** Madureira, M.D.S.A. Ação educativa em saúde. In:FEDERAL DE MINAS GERAIS. Escola de enfermagem. Curso de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde. Unidade 4, 2009.
- 38.** Fernández Ramos H; Estrada Astral I L; Crespo Estrada Y; Rodríguez Gutiérrez K. Intervención educativa para el control del parasitismo intestinal en adolescentes. AMC v.12 n.4 Camagüey jul.-ago. 2008
- 39.** [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400004)

## ANEXOS.

### TABELAS

TABELA # 1

Causas de óbito em < de 1 ano e de 1 a 6 anos evitáveis e não evitável

	Menor de 1 ano		1 a 6 anos	
	Causas Evitáveis	Causas Não Evitável	Causas Evitáveis	Causas Não Evitável
1	Desequilíbrio hidroeletrólítico	Mal formação congênita do coração	Desnutrição	Cardiopatia Congênita
2	Pneumonia	Morte pós Intoxicação (remédio caseiro)	Gastroenterite	Afogamento
3	Prematura	Hidrocefalia	Desequilíbrio hidroeletrólítico	Acidente por Animais Peçonhentos
4	Infecção Respiratória Aguda	Morte Súbita	Pneumonia	Traumatismo Crânio Encefálico
5	Sepcemia	Síndrome da Angustia Respiratória	Infecção Respiratória Aguda	

### GRAFICOS

Gráfico I: Mortalidade por doenças diarreicas agudas(MDDA)/ idades. DSEI: ARS.

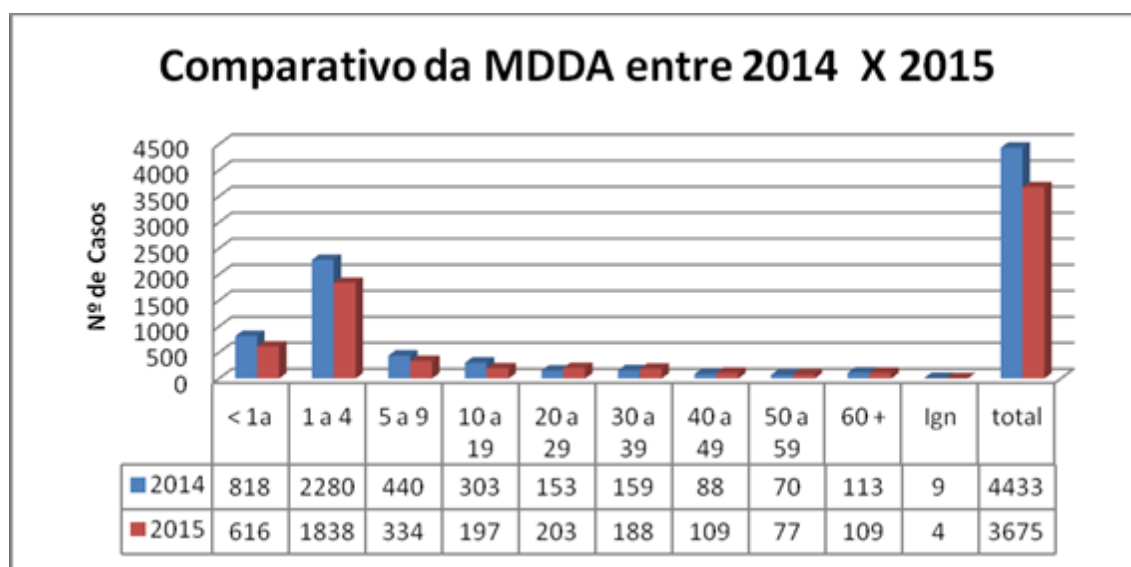
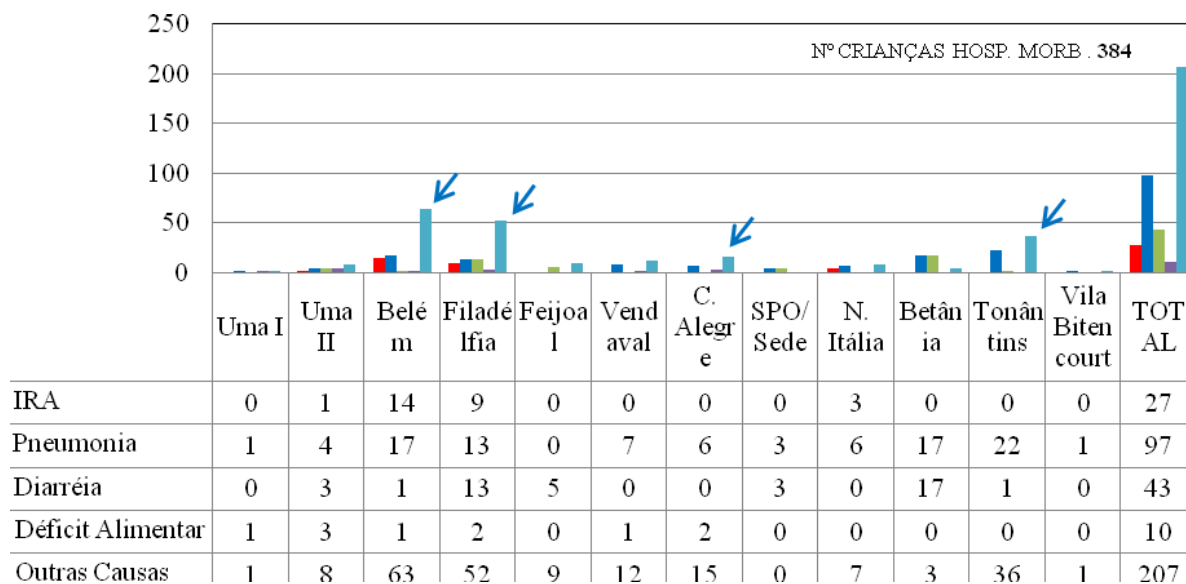
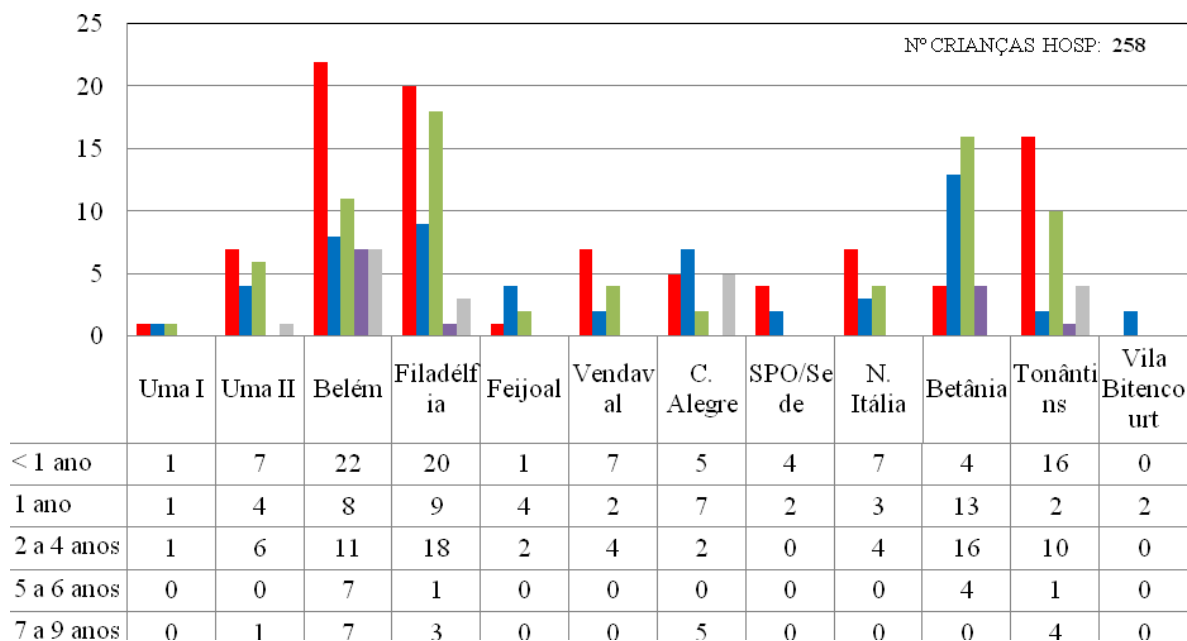


Gráfico II: Crianças e Adolescentes Hospitalizados - 2015 por Morbidade.



Fonte: Planilha de Monitoramento Saúde da Criança DSEI/ARS 2015.

Gráfico III: Nº de Crianças Hospitalizadas - 2015 por Faixa Etária.



Fonte: Planilha de Monitoramento Saúde da Criança DSEI/ARS 2015.