



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

BRUNNO CABRAL ALVES

POLO BASE DE FEIJOAL DO DSEI ALTO RIO SOLIMÕES: PROPOSTA EDUCATIVA  
PARA REDUZIR PNEUMONIAS AGUDAS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

SÃO PAULO  
2021

BRUNNO CABRAL ALVES

POLO BASE DE FEIJOAL DO DSEI ALTO RIO SOLIMÕES: PROPOSTA EDUCATIVA  
PARA REDUZIR PNEUMONIAS AGUDAS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde Indígena  
da Universidade Federal de São Paulo para  
obtenção do título de Especialista em Saúde  
Indígena

Orientação: JULIANA NOGUEIRA DE SOUZA CAMPOS

SÃO PAULO  
2021

## **RESUMO**

O Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões atende população indígena aldeada no total de 68.222 (sessenta e oito mil duzentos e vinte e dois mil) que vivem em 232 aldeias e 13 Polos Base composta por 7 etnias distribuídas em 06 (seis) municípios do Alto Solimões (Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Amaturá, Tonantins e Santo Antônio do Içá). Realizou-se um estudo no período de janeiro 2020 a dezembro 2020 em casos de crianças menores de 5 anos diagnosticadas com pneumonia pertencentes ao Polo Base de Feijoal, uma população aproximada de 8000 aldeados, que se distribui em 15 aldeias tendo como município de referência Benjamin Constant no estado do Amazonas. A população, na grande maioria de baixa renda, baixo nível de escolaridade e sem acesso à serviços básicos como água tratada e saneamento. Suas atividades econômicas são diversas, principalmente caça, pesca e agricultura que também utilizam como fonte de alimento. Os vírus respiratórios são os agentes mais frequentes nos primeiros anos de vida, dentre eles destaca-se o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) como agente mais frequente em crianças. Estes agentes se aproveitam, em grande parte, da debilidade ou da baixa imunidade fisiológica para iniciar o processo infeccioso causando acúmulo de exsudados nos alvéolos pulmonares prejudicando assim a troca de oxigênio e todos os processos de defesa do organismo. Diante disso, este projeto foi criado a partir de ações educativas que buscaram definir melhor o nível de informação e estratégia sanitária da população indígena e mães das crianças menores de 5 anos sobre as pneumonias agudas no Polo Base Feijoal no ano de 2020, bem como informar sobre fatores de risco, estimular práticas e hábitos adequados para evitar a mortalidade. Este tema é de grande importância para a população indígena e profissionais de saúde por ser uma doença com alta repercussão na morbimortalidade nas crianças.

### **Palavras-chave:**

Qualidade de Vida. Doenças Respiratórias. Saúde de Povos Indígenas. Fatores de Risco.

## **APRESENTAÇÃO**

Meu nome é Brunno Cabral Alves, tenho 35 anos de idade, casado e uma filha de 5 anos. Nasci em Uberlândia - MG e após meus 12 anos de idade morei em várias cidades da região sudeste e norte do país pelo motivo que meus pais sempre buscavam condições melhores para viver. Aprendi durante esse tempo que estar em contato com várias pessoas com costumes e culturas diferentes, aumentam nosso campo de visão e de oportunidades. Sempre busquei ser uma pessoa disposta a servir e ajudar as pessoas e que ajudando, um pouco a cada dia, se torna muito futuramente. Após investir meus estudos na área tecnológica tive oportunidade de estudar medicina no exterior a convite da minha namorada, que agora é minha esposa e aceitei este desafio. Me formei em 2017 pela Universidad Privada Abierta Latinoamericana, na cidade de Cochabamba - Bolívia.

Após regressar ao Brasil me deparei com mais desafios e o principal era trabalhar como médico e contribuir com a saúde do meu país. Após o período de 1 ano ingressei ao Programa Mais Médicos para o Brasil como médico intercambista e escolhi a saúde indígena para iniciar minha jornada de novas experiências e aprendizado e dessa forma contribuir com a população indígena esquecida e ignorada por muitos. Sendo assim, elegi o Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI/ARS) no Amazonas, cuja sede está localizada na cidade de Tabatinga, e onde alguns familiares residem, facilitando assim minha adaptação ao lugar. Sabia que enfrentaria desafios e dificuldades de infraestrutura e cultural, fui alocado no Polo Base de Feijóal, a 70km via fluvial do município de Benjamin Constant - AM com população cerca de 8000 indígenas distribuídos em 14 comunidades.

A cada entrada em área me sinto motivado a contribuir com a saúde da população, aprender seus costumes e criar planos e estratégias que possam unir a medicina científica com a medicina tradicional, respeitando suas práticas e mostrando uma maneira melhor de se viver com pequenas doses de cuidado e amor. Espero que possa seguir colaborando com a população que merece respeito e acesso integral à saúde.

Figura 1: Atividade de promoção de Saúde em evento comemorativo.



Fonte: Arquivo pessoal

## **CAPÍTULO 1 - ASPECTOS FÍSICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS DO DSEI**

### **1- Aspectos Físicos:**

A região do DSEI Alto Rio Solimões conta com o relevo predominantemente apresentando baixas altitudes, sendo que mais de 85% do território do DSEI não supera 300 metros de altitude. O bioma predominante é a floresta Amazônica. Outro aspecto físico de grande importância é o clima equatorial quente e úmido. Ao longo do ano, em geral a temperatura varia de 22 °C a 31 °C e raramente é inferior a 20 °C ou superior a 34 °C.

A rede hidrográfica, bastante rica, é composta por rios que integram as bacias hidrográficas Amazônica, Tocantins-Araguaia e Atlântico Nordeste Ocidental. Entre os principais rios que banham estão o Rio Solimões, calhas dos Rios Jacurapá, Camatiã, Jandiatuba, Tacana, Igarapé de Belém, Uaiti Parana, Jacapari, Matintin, Rio Içá e Rio Apoporis. (IBGE, 2018)

### **2- Aspectos Demográficos:**

**O DSEI Alto Rio Solimões** atende um total de 68.222 (sessenta e oito mil duzentos e vinte e dois mil) usuários indígenas aldeados, a segunda maior população indígena do Brasil, que vivem em 232 aldeias distribuídas em 13 (treze) Polos Base com equipe multidisciplinar de saúde indígena completa, localizados em 06 (seis) municípios do Alto Solimões (Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Amaturá, Tonantins e Santo Antônio do Içá ) e ainda o município de Japurá, no Rio Apoporis. O acesso para a maior parte dos municípios é feito apenas por via fluvial. Por via aérea somente é possível chegar a alguns municípios: Tabatinga, São Paulo de Olivença e Japurá.

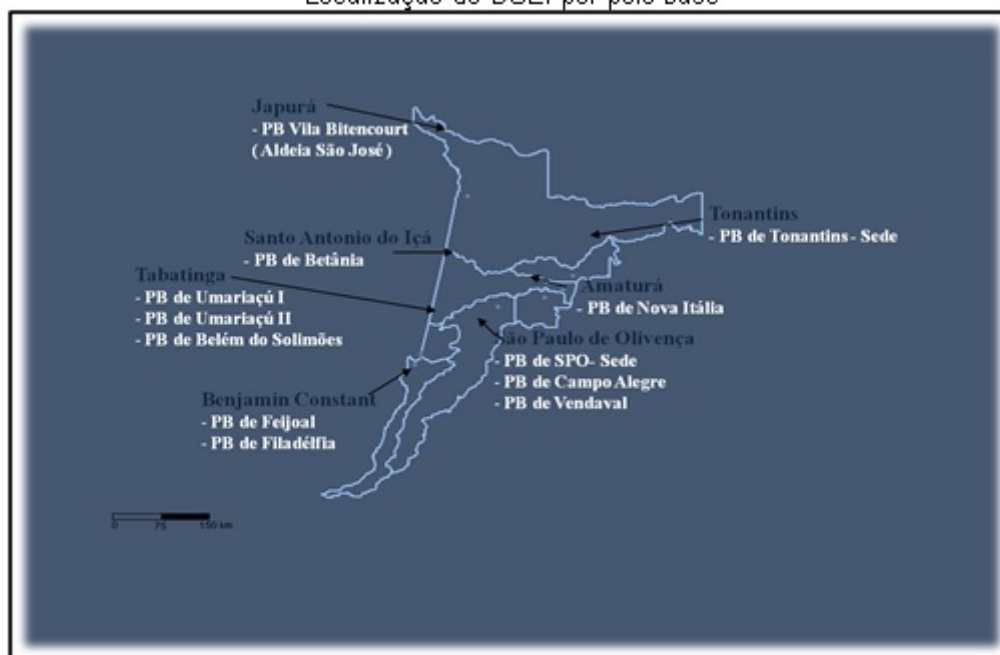
Esta população é composta por 07 (sete) etnias indígenas (Ticuna, Kocama, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Witoto e Maku-Yuhup), sendo a etnia Ticuna, a maior etnia indígena do País, tendo cada uma delas seus próprios costumes, crenças, cultura, língua, práticas de cura e medicina tradicional.

Conta com as unidades de saúde dentro da aldeia chamadas Polos Base, composta por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena:

Figura 2:

Localização Geográfica do DSEI - ARS

Localização do DSEI por polo base



Fonte: DIASI – DSEI Alto Rio Solimões

Localização geográfica do DSEI

A sede do DSEI Alto Rio Solimões situa-se no município de Tabatinga, por ser o ponto de referência dos Pólos Base, há uma Casa de Saúde do Índio – CASAI, que atende os indígenas dos DSEI Alto Rio Solimões e Vale do Javari que necessitam realizar Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

### 3- Aspectos Socioambientais:

As principais atividades econômicas e de subsistência são variadas mas pode-se destacar a caça, a pesca, a agricultura e a coleta de frutos da floresta. Também é feita a produção de artesanatos (arcos, flechas, cestos e colares) para a venda.

As organizações e formas de representação indígena:

De modo geral as formas de representação das comunidades indígenas são assim reconhecidas:

Representações comunitárias, com vínculos tradicionais, sem formalidade, porém reconhecidas como institutos de representação legítima, segundo usos e costumes de cada grupo étnico;

- Os caciques e tuxaus, líderes por aldeias, por hierarquia ou hegemonia social (grupo clânico), reconhecidos interna e externamente como lideranças destacáveis do grupo;
- Os conselhos de caciques e líderes, representados por assembléias e reuniões de costumes;
- Anciãos de notório saber tradicional, reconhecidos como entes responsáveis pela ordem social e pela transmissão dos conhecimentos relacionados às regras de relações sociais e dos

costumes;

- Líderes religiosos tradicionais ou, extraordinariamente (contemporaneamente mais presente), representantes locais e líderes de cerimônias de religiões exógenas - igrejas cristãs e seitas externas, presentes e assimilados por parcelas dos grupos indígenas;
- Grupos de mulheres, geralmente associados às tradições do artesanato, das cerimônias festivas, das cerimônias de passagem, entre outros.

De modo geral a maioria dos 11 grupos étnicos têm suas economias fundadas em processos produtivos voltados para respostas à subsistência, obedecendo calendários e padrões culturais de manejo dos recursos florestais e roças sazonais e típicas do ambiente doméstico e familiar. O ingresso de rendas oriundas das políticas sociais de previdência (aposentadorias) e transferência de renda (bolsa família), tem boa representação na renda geral dos indivíduos e das famílias. De modo geral, representa a única fonte de renda familiar de natureza pecuniária. Mais recentemente muitos indígenas passaram a ser assalariados - professores, agentes de saúde, chefe de posto da FUNAI. Estes salários também passaram a ser importantes para a economia porque supre parte da necessidade de aquisição de bens manufaturados e por outro lado também utilizam para adquirir produtos industrializados que terminam ameaçando o território e impactam diretamente na saúde da população.



## **CAPÍTULO 2 - ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DSEI**

### **Aspectos Históricos, Políticos e de Organização Dos Serviços De Saúde do DSEI:**

De acordo com a Lei 9.836/99, que dispõe sobre as condições para a promoção de saúde e as ações relacionadas à atenção integral aos povos indígenas, está garantida a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, que são os conselhos de saúde. Integrados ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), o conselho de saúde indígena está organizado em:

- ♦ Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) – permanente, consultivo composto somente por indígenas;
- ♦ Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) – permanente, paritário e deliberativo;
- ♦ Fórum de Presidentes dos Condisi (FPCondisi) – permanente e consultivo.

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) tem um Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões.

### **Os Conselhos Distritais de Saúde Indígena, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, são instituídos no âmbito do DSEI e entre suas atribuições estão:**

- I - participar na elaboração e aprovação do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução;
- II - avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; e
- III - apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção à saúde indígena.

### **O Condisi compõe de:**

- I - 50% de representantes dos usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência do Distrito Sanitário Especial Indígena;
- II - 25% de representantes dos trabalhadores que atuam na atenção à saúde indígena no Distrito Sanitário Especial Indígena e em órgãos do SUS que executam ações de apoio complementar na atenção à saúde indígena das comunidades indígenas adscritas ao DSEI, todos eleitos pelos trabalhadores; e
- III - 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, distrital, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, conforme o caso, nos limites de abrangência de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam.

### **Polos Base:**

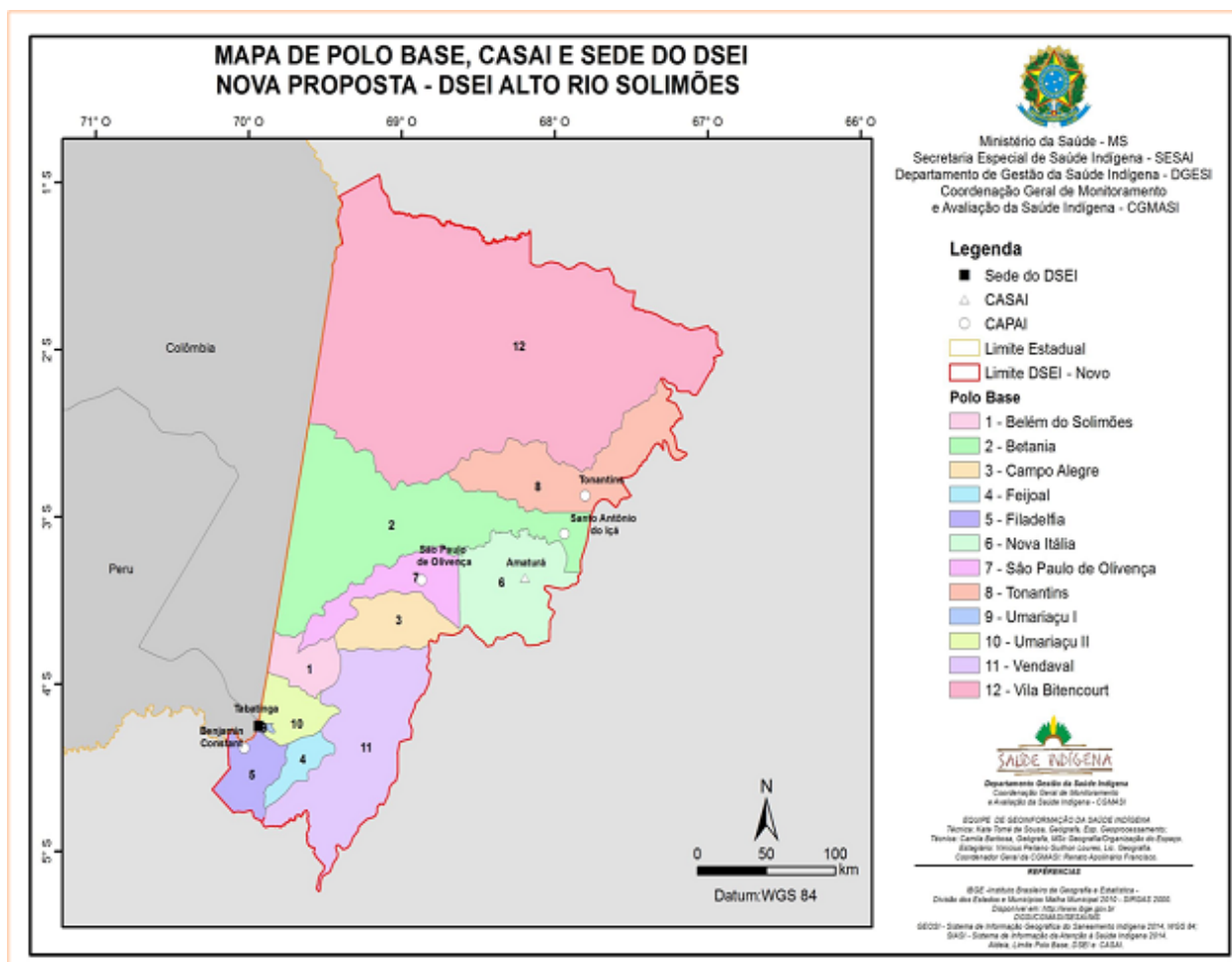


Figura 3: Mapa Polo Base Feijoa

Os Polos Base são compostos por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena com Médicos, Enfermeiros, Odontólogos, Psicólogos, Farmacêuticos/Bioquímicos, Nutricionistas, Técnico de Enfermagem, Técnico de Saúde Bucal, Auxiliar de Saúde Bucal, Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento e motorista fluvial, responsáveis pelo acompanhamento da população indígena realizando atenção primária a saúde.



Figura 4: Organização DSEI e Modelo Assistencial.

O transporte em nossa região é 95% fluvial o ano todo, por isso contamos com embarcações em todos os Polos Base e nas aldeias, para prestarmos atendimento de qualidade, visitas domiciliares, educação em saúde, atendimento médico, de enfermagem e odontológico, bem como a execução de todos os programas preconizados pela SESAI/Ministério da Saúde. Contamos ainda com transporte terrestre, com uma frota de veículos nas sedes dos municípios que são referências do SUS e nossa retaguarda nos casos de pacientes encaminhados dos Polos Base para atendimento de média complexidade nas referências do SUS nos municípios. Para os pacientes indígenas referenciados para atendimento de Alta Complexidade em Manaus em Tratamento Fora de Domicílio - TFD, primeiramente realizamos o agendamento na CASAI Tabatinga, seja de consultas ou exames. (DSEI Alto Rio Solimões, 2017).

A rede de assistência à saúde do DSEI Alto Rio Solimões é composta por 12 Polos Base, distribuídos em 6 municípios que se organizam da seguinte forma:

- PB Belém do Solimões - Município de Tabatinga;
- PB Betânia - Município de Santo Antônio do Içá;
- PB Campo Alegre - Município de São Paulo de Olivença;
- PB Feijoal - Município de Benjamin Constant;
- PB Filadélfia - Município de Benjamin Constant;
- PB Nova Itália - Município de Amaturá;
- PB SPO SEDE - Município de São Paulo de Olivença;
- PB Tonantins - Município de Tonantins;
- PB Umariacú I - Município de Tabatinga;

PB Umariáú II - Município de Tabatinga;  
PB Vendaval - Município de São Paulo de Olivença;  
PB Vila Bitencourt - Município de Tonantins;

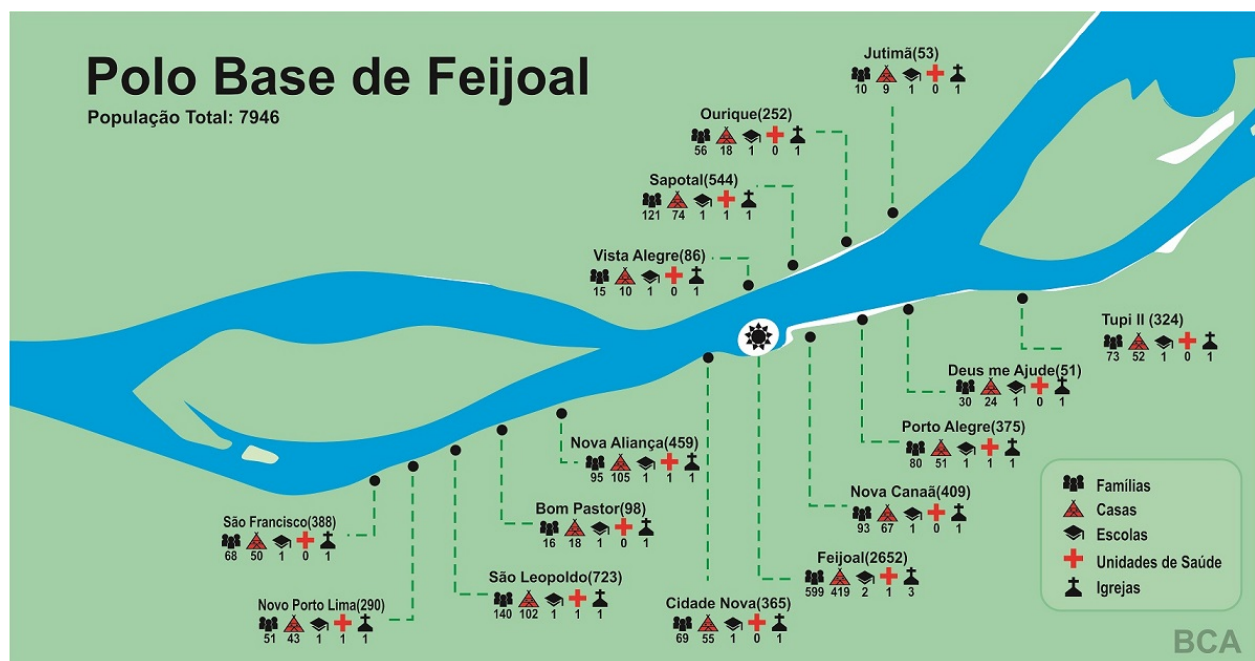
### **CAPÍTULO 3 - JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO “TERRITÓRIO RECORTE”**

Meu território escolhido é o Polo Base de Feijoal, as etnias presentes são Ticuna e Kocama, e convivem com as mesmas situações de saúde. É neste polo que iniciei o trabalho em meu país, que também é meu povo e daqui sairão meus planos, metas e objetivos para vencer desafios e contribuir com a saúde da população indígena. Com pouco tempo, mas suficiente para compreender a realidade em que convivo, percebo as necessidades, dificuldades e me identifico com os problemas do meu território, além de poder propor ações respeitando a realidade e características locais. Tenho certeza que pela diversas características sociais, demográficas e culturais que temos na aldeia, este território recorte irá contribuir muito para o enriquecimento do trabalho e principalmente para benefício da população que aqui vive.

## CAPÍTULO 4 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS E CULTURAIS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

O Polo Base de Feijoal é representado pelas etnias Ticuna, Kokama, Kanamari e Cambeba. As primeiras referências sobre o histórico de contato com não indígenas relatam final do século XVII, a partir daí citaram aldeamentos de missionários dando origem às vilas e cidades da região. Na etnia Ticuna, onde se dá um maior número de indivíduos, o uso predominante da língua Ticuna não é ameaçado, mesmo estando próximos às cidades ou por conviver com outras línguas, diferente da etnia Kokama que foram um dos primeiros que marcaram presença em aldeias Ticuna, não têm mais a língua Kokama como língua materna e atualmente são falantes do português, já as etnias Cambeba e Kanamari praticamente extintos depois de disputas de regiões. Os Ticuna acreditam que foram pescados por um herói cultural chamado Yo'i que pescou os primeiros Ticuna e atribuiu o nome de Magüita que significa "conjunto de pessoas pescadas com vara". Se organizam socialmente por sociedades exogâmicas na qual somente se pode casar com membros de outra metade e que cada metade é composta por clãs e subclãs que são traduzido pelos indígenas como "nação". A atuação da igreja católica gerou uma qualidade em infraestrutura interessante, atuando também para ensino educacional e pouco tempo depois iniciaram movimentos religiosos em especial os movimentos messiânicos e Irmandade da Santa Cruz. (ISA, 2016).

O Polo Base de Feijoal tem população aproximadamente de 8.000 indígenas, o tipo de habitação é em madeira e poucos em alvenaria, utilizam como principal meio de comunicação bocas de ferro e telefonia em aldeias próximas aos municípios de referência. Conta também com 22 escolas com níveis de ensino pré-escola, fundamental e médio que são distribuídas em 15 aldeias: Feijoal, São Francisco, Novo Porto Lima, São Leopoldo, Bom Pastor, Nova Aliança, Nova Canaã, Porto Alegre, Deus me Ajude, Tupi II, Vista Alegre, Sapotal, Ourique e Jutimã. que compõem segundo mapa abaixo.



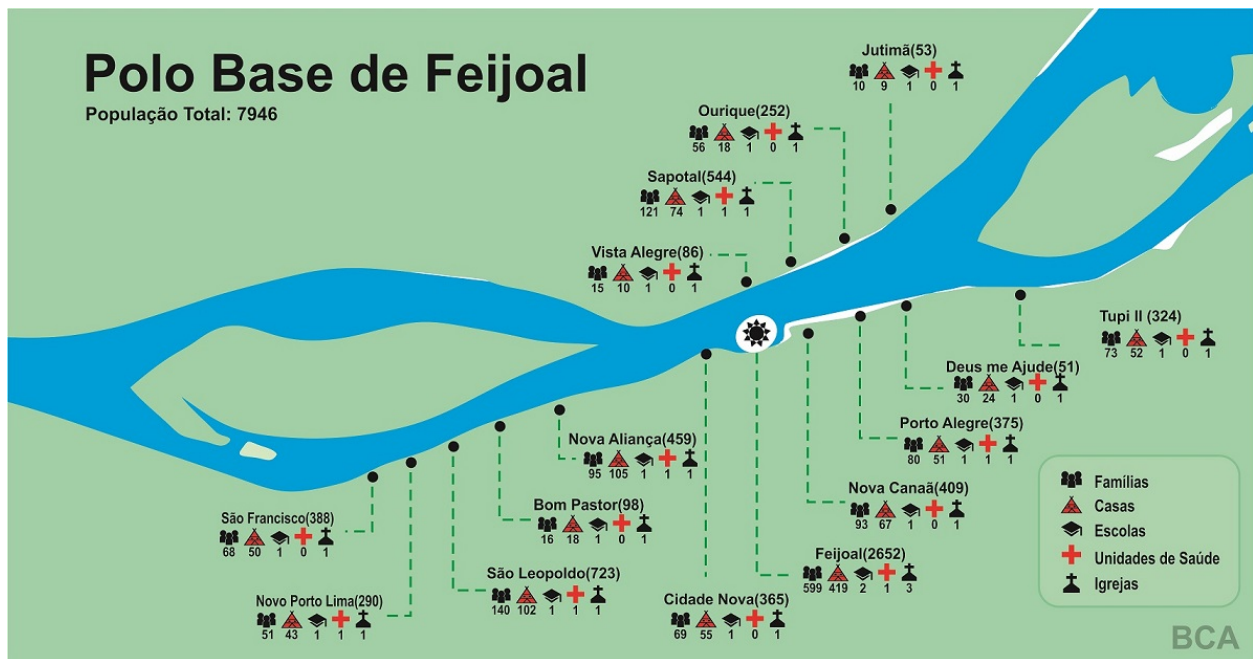


Figura 5: Mapa Distribuição de Aldeias do Pólo Base Feijal

Culturalmente cultivam a macaxeira, o cará, banana, frutas como açai, abiu, mapati, pupunha e cupuaçu e a pesca como atividade produtiva mais importante. Cada família tem sua própria área rural como sua “propriedade” e levam praticamente toda a família para auxiliar nos trabalhos e os instrumentos mais utilizados são terçado, enxada e forno para torrar farinha de macaxeira. As práticas tradicionais de autocuidado e cura estão presentes nas famílias ticunas, que se protegem do mal com fumaças e rituais. Em casos que na família há algum motivo para invejar outro indígena, como um bem adquirido ou um cargo remunerado e este familiar fica doente, é certo que alguém fez o mal para prejudicar e contam com a presença do pajé que acreditam ter o dom da cura, dom de matar e também visa identificar a causa da doença e descobrir quem é o responsável. Os pajés vem frequentemente de outras aldeias, há casos em que a família solicita mais de um pajé, mas eles não se encontram no mesmo horário. A equipe de saúde não tem muito contato com os pajés da região, pois nenhum deles são do território do polo base, mas nos casos em que se encontram existe respeito mútuo. Existem parteiras, mas estão dispersas e somente colaboram em casos que a gestante faz parte da família, não existe um grupo que seguiu os costumes das parteiras mais antigas e essa prática acabou se desfazendo aos poucos. (ISA, 2016)

## CAPÍTULO 5 - ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO "TERRITÓRIO RECORTE"

### Pirâmide populacional

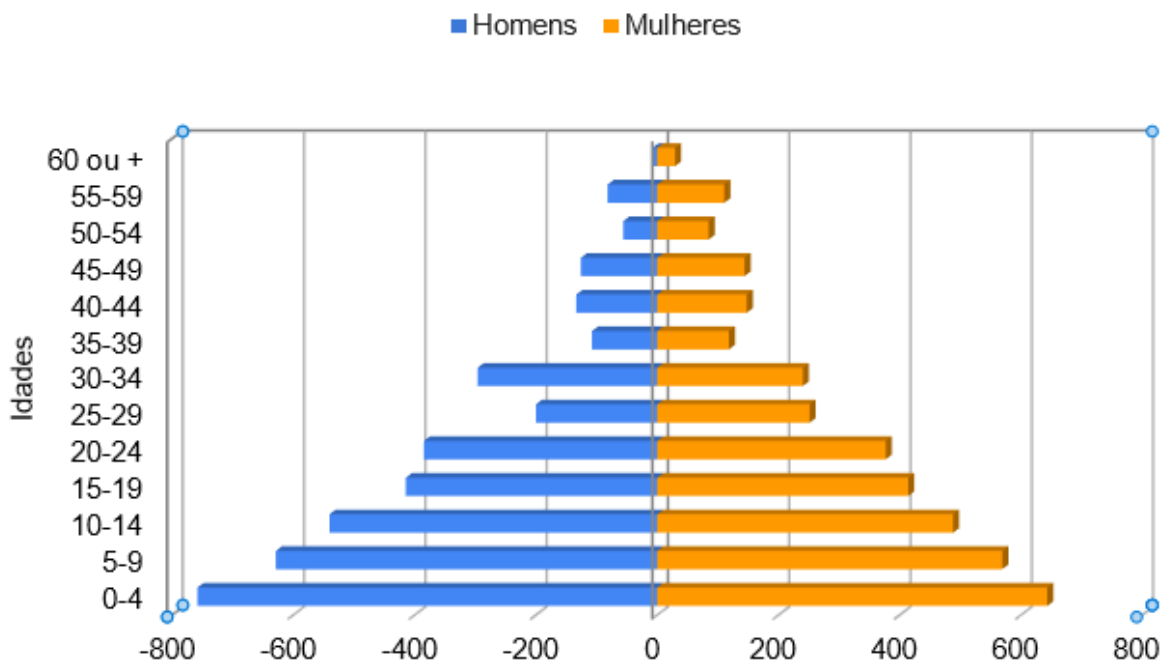


Figura 6: Pirâmide etária Polo Base de Feijoal, 2019 (SIASI)

População predominante de crianças e jovens. Em comparação com pirâmide do Brasil, o Polo Base de Feijoal tem altas taxas de fecundidade e natalidade, um aumento da população idosa e com uma transição demográfica e envelhecimento populacional.

#### Quadro 1. Distribuição da população por etnia, 2019 :

Tikuna	6.636
Kokama	935
Kanimari	324
Kambeba	51

Fonte: SIASI, 2020

#### Quadro 2. Taxas de natalidade, fecundidade, crescimento anual coeficiente de mortalidade e seus componentes, Polo Base de Feijoal, 2019

Taxa de Natalidade	17,96%
Taxa de Fecundidade	6,16%



Crescimento Anual	3,7%
Coeficiente de Mortalidade Geral	1,09

Fonte: SIASI, 2020

**Quadro 5. Principais indicadores de saúde mortalidade infantil, mortalidade em menores de 5 anos e seus componentes, 2019:**

Mortalidade Infantil	37,88
Mortalidade menores 5 anos	9,93

Fonte: SIASI, 2020

A mortalidade materna no ano de 2019 foi de 1 (uma) morte no total de 2303 mulheres sexualmente ativas, os partos na maioria são localizados em domicílios, com auxílio de familiares e parteiras, o tipo mais frequente é de cócoras, mas também se encontra tipos como parto natural e cesárea quando há complicações no parto ou por desejo materno.

**Informações Nutricionais**

Segundo informações do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) crianças na faixa etária de menores de 5 anos em 2017, muito baixo peso para idade) foi de 0,6%, baixo peso para a idade 1,32%, peso adequado para idade 96,16% e peso elevado para idade 1,92%. As taxas de ocorrência de doenças mais frequentes e que agrupam os problemas mais comuns, doenças infecciosas e parasitárias (18,2%), dermatoses (11%), digestivo (2,9%) e respiratórias (53%). A maior frequência de diagnósticos ocorre na faixa etária de 0 a 4 anos correspondendo a 26% no total. Em adultos acima de 20 anos, doenças do Aparelho Respiratório (17%), infecciosas e parasitárias (19,9%), aparelho Digestivo (14,7%), sistema Nervoso (1,7%), dermatoses (5,2%), diabetes mellitus tipo 2 (0,13%) e hipertensão arterial (0,4%) com prevalência em crescimento, pois compõe de população jovem e hábitos alimentares inadequados.

**Indicadores de Saneamento Básico:**

Poucas aldeias possuem sistema de abastecimento de água e nas aldeias que possuem a manutenção é precária, sem monitoramento frequente de qualidade e quantidade insuficiente para abastecer toda a população. Não há redes de esgoto, ou locais adequados para destino de fezes, problema que se agrava levando à contaminação ambiental e ocorrência de contaminação por parasitos intestinais. A coleta de lixo não é feita adequadamente, os resíduos são descartados no ambiente ou queimados, sem que haja um local apropriado para processamento. A equipe de saúde realiza cursos e palestras para o adequado manejo de resíduos sólidos nas comunidades.

**Sistema de Informação:**

O principal sistema é o SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena), que gerencia os dados epidemiológicos do DSEI, polo e aldeias. Outros sistemas importantes são o Hórus (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica) que contribui para planejamento e gestão do controle de estoque medicamentos e SISABI (Sistema de

Informação sobre Saneamento Básico em Áreas Indígenas). O SIASI foi concebido para funcionar em módulos, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos, demográfico, infraestrutura. Disponível no Distrito e nível local no polo base (off-line), conta com um responsável técnico distrital, alimentado localmente por um agente de saúde designado ou pela equipe de saúde, as informações ficam disponíveis para toda a equipe de saúde em uma sala designada e os dados são enviados mensalmente por meio de backup local (Polo Base) para o distrito que o importa para o SIASI distrital.

### **Programas de Saúde:**

Contamos com os programas de saúde da criança e do adolescente de 0 a 12 anos, com população aproximadamente de 1543. As ações de puericultura têm avanços em comparativo com ano anterior, com um aumento de 16% nos atendimentos e acompanhamento odontológico. O PNI (Programa Nacional de Imunização) atende de forma programada, com campanhas de vacinação acima da meta preconizada de 80%, 91% foram vacinados na faixa etária 0 a 14 anos. Em 2019 foram registrados 4 óbitos por pneumonia em crianças menores de 1 ano, representando o maior impacto na mortalidade infantil da comunidade. O Programa da Saúde da Mulher que tem população total de 2303 indígenas de faixa etária 15 a 59, realizaram 66 controles preventivos em 2019 e gestantes, com média de 120 anualmente, com ações de pré-natal com cobertura de 98% com 112 atendimentos mensalmente. O Programa da saúde do homem, com população masculina de 1389 com faixa etária de 18 a 59 anos, com uma cobertura mensal de 112 atendimentos e visitas domiciliares. O programa de saúde HIPERDIA, com total de 33 hipertensos e 11 Diabéticos Mellitus, com atendimentos mensais pela equipe de saúde. O Programa de controle da Malária, no ano de 2016, o polo base de Feijoal notificou 36 casos de malária apresentando redução de 74,5% em relação ao ano de 2015. Em relação a faixa etária, nos dois últimos anos a malária acometeu mais as idades entre 20 a 29 anos, sendo as idades onde as pessoas estão mais expostas e vulneráveis ao vetor transmissor da malária, pois realizam suas atividades de rotina como a pesca, a caça, a roça entre outros. As metas projetadas são: reduzir em 20% o número de casos de malária nas áreas indígenas em relação ano anterior e fortalecer das ações de educação em saúde, informações monitoradas e registradas no SIASI. A incidência parasitária anual foi de 16,9% considerada médio risco. O programa de saúde Mental realiza ações e estratégias de atenção psicossocial as populações indígenas, proporcionando a prevenção e a diminuição de agravos. Em 2019 foram registrados 4 óbitos por suicídio, redução de 26% em comparação com ano anterior. O Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional, um dos eixos da saúde é o reforço das ações de alimentação e nutrição, entre esses a suplementação de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de vida, observa-se que os percentuais de coberturas da maioria do Polo Base são bons, havendo a necessidade de estes manterem iguais e/ou superiores as metas. (SIASI, 2020)

## CAPÍTULO 6 - REDE EXPLICATIVA E PLANO DE SOLUÇÕES DE UM PROBLEMA DE SAÚDE DO "TERRITÓRIO RECORTE"

### QUADRO 5. Problemas e Determinantes

Qual é o problema?	Como acontece?	
	Mudanças no modo de viver	Alterações no Meio Ambiente
Pneumonia é uma doença respiratória que mais acomete nas crianças da comunidade	Crianças menores de 4 anos são cuidadas por crianças de 7 a 11 anos por longos períodos	Aumento no número de ocupantes na mesma casa
A maior frequência de diagnósticos ocorre na faixa etária de 0 a 4 anos.	Gravidez não planejada	Poluição ambiental com queimadas.
Leva a maior mortalidade infantil por doenças respiratórias	Curto intervalo intergestacional.	Alterações climáticas
A distância de algumas aldeias até Pólo Base aumenta taxa de mortalidade	Pais que não conseguem cuidar da criança e doa para tios ou conhecidos	Falta de cuidados e espaços reservados para queimas de lixo
	Desnutrição em faixa etária < 4 anos	
	Mães fazem comida com fogo à lenha junto com as crianças de colo aumentando a exposição à fumaça	

QUADRO 6. Plano de Soluções para a prevalência de pneumonia no Pólo Base de Feijoal

Aldeia		POLO BASE	DSEI	OUTROS SETORES
Ações Individuais	Ações Coletivas			
Realizar pesagem da criança periodicamente	Busca ativa de crianças de risco e em áreas de difícil acesso	Organização das ações de palestras, reuniões e materiais.	Prover medicação para Pólo Base	Articular juntamente com a companhia de energia e água para perfeito funcionamento e abastecimento nas comunidades
Controle crescimento e desenvolvimento da criança primeira semana e mensalmente até primeiro ano de vida	Fazer palestras nas comunidades sobre as causas da pneumonia.	Vigilância permanente ativa.	Articulação com outros setores para prover abastecimento de água	Articular com município e fazer parcerias para desenvolvimento das comunidades
Acompanhamento semanal crianças de alto risco	Conversar com todas as famílias da casa para o cuidado necessário de crianças	Acompanhar as pneumonias graves, encaminhar para referências.	Apoio logístico.	Discussão sobre as modificações do meio ambiente.
Investigação de situações que aumentam os riscos	Realizar ações de conscientização aos pais, conselheiros, lideranças	Prover as aldeias com materiais e medicamentos	Articular com setores não governamentais para doação de equipamentos e cilindros de oxigênio	Acionar e sensibilizar a situação das comunidades para incentivar apoios dos setores privados
Incentivar o aleitamento materno	Realizar reuniões com pagés para atuar simultaneamente para tratamento oportuno	Incentivar o uso do cartão da criança e levar para o pólo.	Acompanhar crianças encaminhadas e proporcionar uma rede de atenção.	
Manter vigilância ativa de cada área	Reunir com os professores e outros profissionais buscando soluções.	Articulação de parcerias.	Capacitação para o diagnóstico e intervenção.	
Fazer o cálculo da idade corretamente.	Melhorar a supervisão dos AIS nas aldeias.	Supervisionar as ações coletivas	Capacitação da equipe em supervisão.	

Reforçar a importância do peso ao nascer.	Mapeamento de crianças baixo peso e vulnerabilidade	Consolidar todas as informações de peso e altura que chegam das aldeias e monitorar os doenças respiratórias das aldeias.	Capacitação dos profissionais de saúde
Vacinação crianças conforme PNI	Trabalhar com metas, gráficos e objetivos	Testagem para diagnóstico COVID-19 em suspeitos e contatos	Apoio com recursos e aportes financeiros
Testagem para diagnóstico COVID-19 em suspeitos e contatos	Buscar parcerias pelo município com estruturação de saneamento básico	Prover gasolina suficiente e extras para as remoções em aldeias	Prover gasolina suficiente e extras para as remoções em SAMUSI
Ensinar lavar as mãos regularmente		Promover encontros com parteiras, pagés, mães	Melhorar a contra-referência.
Limite a exposição a fumaças			

## **CAPÍTULO 7 - REFLEXÃO SOBRE UMA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO “TERRITÓRIO RECORTE”**

### **O plano de ação: proposta de uma atividade educativa e definição de estratégia para gerenciamento.**

A educação e a saúde são espaços na qual ocorrem interseção entre os níveis de atenção a saúde e a obtenção contínua de conhecimentos pelos profissionais de saúde, além de produzir e aplicar os saberes destinados ao desenvolvimento humano. Dessa forma, há um consecutivo ciclo de ensinar e aprender entre estes profissionais, muitas vezes, inconscientemente (PEREIRA, 2003). Nesse contexto, o educar não é uma tarefa simples de transmissão de conhecimentos, visto que está amparado em um arcabouço de representações sociais e de homem que se deseja formar; é por meio da educação, que códigos sociais e valores culturais são reproduzidos e transformados (LUCKESI, 1994; SAVIANE, 1985).

Sendo assim, optei em elaborar uma proposta de atividade educativa ancorada nos ideais da pedagogia libertadora ou da problematização, por esta permitir uma prática educativa mais participativa, podendo ser direcionada tanto a população quanto aos profissionais de saúde. A adoção de tal pedagogia esta diretamente relacionada a prática da Promoção da Saúde, quando o incremento do poder (empowerment) pessoal e comunitário favorece o desenvolvimento de atitudes e habilidades para atuar em prol de sua saúde, indo de encontro com as ações propostas pela Carta de Ottawa. Esse empowerment está relacionado a criação de programas educativos que favoreçam a formação de uma consciência crítica sobre a realidade vivida (OMS, 1986; LAVERACK, 2001).

Dessa forma, o processo de aprendizagem neste tipo de ação educativa acontece mediada por grupos de discussão, na busca por uma relação dialógica entre os atores da aprendizagem. De tal maneira podemos construir conhecimento sobre uma realidade concreta, vivenciada pelos próprios usuários e não por uma imposição ou memorização de temas. Dessa forma, o aprendizado será por meio da compreensão e reflexão da realidade e não pela transmissão de conhecimentos proposta por outros métodos pedagógicos (LIBÂNEO, 1983). Sendo assim iniciamos com alguns questionamentos:

♦ Tenho claro que o ‘problema’ escolhido é de fato um problema para a comunidade?

O grande número de consultas motivados por doenças do aparelho respiratório, somado a grande quantidade de referências a nível secundário desses usuários causadas por agravamento dessas condições e suas complicações são fatores que justificam como um real problema para a nossa comunidade atualmente.

♦ Tenho informações providas de uma ‘rede explicativa’ bem refletida e organizada?

A rede explicativa foi construída baseada em informações pertinentes a realidade atual da comunidade e reflete bem o atual panorama de saúde da população tendo sido identificado previamente que um dos principais agravos na população pediátrica na aldeia são por infecções respiratórias.

♦ Quem vai se beneficiar da atividade que será planejada?

Haverá benefício da população infantil principalmente, a equipe de saúde se beneficiará com a redução do uso dos serviços de saúde por infecções de vias aéreas. A comunidade como um todo se beneficiará com melhoras em seus indicadores de saúde, bem como a melhora do estado de saúde da população em geral.

♦ Qual o objetivo específico da atividade? O que queremos discutir e refletir?

Temos o principal objetivo de orientar a população da relação entre as atitudes e os fatores de risco, que levam as crianças ficarem doentes, focando nas atividades de ensino e conscientização dirigidas aos pais e cuidadores das crianças.

♦ Qual a melhor forma ou estratégia para realizar esta atividade?

Utilizaremos múltiplas abordagens com o intuito de consolidar as ações de diferentes formas na comunidade em uma ação longitudinal que utiliza tantos meios expositivos, dramatização e oficinas lúdicas.

♦ Quais materiais e recursos são os mais apropriados?

Dentro do contexto da comunidade, devido a uma difícil logística no acesso e dificuldades para conseguir insumos, utilizaremos materiais e recursos que temos a mão na própria aldeia e alguns doados por integrantes da equipe de saúde.

#### Recursos Necessários

- ♦ Conjunto multimídia;
- ♦ Projetor de slides;
- ♦ Material de escritório;
- ♦ Câmera fotográfica;
- ♦ Alimentação.

♦ Quem poderá colaborar com a atividade?

Utilizaremos todos os membros da equipe de saúde; Médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista e AIS.

♦ Onde ela poderá ser realizada? Qual a melhor época?

Terá início imediato por estarmos em épocas de chuvas, o que propicia a aparição de doenças respiratórias.

Metodologia: oficinas lúdicas; rodas de conversa; teatros e dramatizações; sessão filme; exposições orais.

\* Exposições orais: serão realizadas pelos profissionais da unidade: médico e enfermeiro.

- ♦ Rodas de conversa: a proposta é incentivar os pais a expor suas expectativas, medos e angústias em relação as doenças respiratórias, sanar suas dúvidas e esclarecer as formas de transmissão, contágio e o tratamento dessas condições.
  - ♦ Teatros e dramatizações: utilizando a técnica de role playing, as crianças juntamente com os pais serão convidadas a dramatizar as situações vivenciadas e propostas pela equipe, com finalidade de sensibilizar as integrantes. Nesse espaço, contaremos com os Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.
  - ♦ Sessão filme: serão exibidos filmes que envolvem a temática proposta pelo grupo para subsidiar a discussão nas rodas de conversa.
- \* Oficinas lúdicas: com caráter informativo, as oficinas visam aumentar o nível de instrução dos pais quanto à forma de prevenção de doenças respiratórias tal como seus meios de transmissão.

### **Cronograma de execução**

Janeiro 2021	Sensibilização da equipe sobre a necessidade da atividade educativa e confecção de convites para a participação do grupo.
Fevereiro 2021	1ª reunião do grupo Tema proposto: Acolhimento
Março 2021	2ª reunião do grupo Tema proposto: Doenças respiratórias no Brasil e suas características. Sessão filme: Doenças respiratórias
Abril 2021	3ª reunião do grupo Tema proposto: Sinais importantes nas IVAS Oficina lúdica
Mai 2021	4ª reunião do grupo Tema proposto: Diagnóstico e Tratamento das principais infecções de vias aéreas Exposição oral
Junho 2021	5ª reunião do grupo Tema proposto: Cuidados com o ambiente onde vivem as crianças na prevenção de infecções de vias aéreas. Teatro e dramatização Sessão filme: Cuidados com o ambiente





## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Acredito que o curso serviu como uma importante ferramenta para complementação de meus estudos e abriu minha visão para o que é a saúde indígena. A abordagem focada no meu território de atuação me ajudou a compreender o panorama geral de saúde do lugar onde atuo, ampliou minha visão sobre quem é meu paciente, como ele percebe a doença e como ele percebe a figura do médico, além de tomar conhecimento sobre aspectos importantes de meu território. As matérias que mais me chamaram atenção foram Antropologia e Práticas de saúde, pois são o que vivenciamos no dia a dia. Ver aquilo que está sendo estudado em teoria acontecer na prática é incrível. Em meu trabalho atual posso mencionar que devemos ter uma melhora na interação dos membros da equipe de saúde. Durante o curso pude perceber que estar sempre em sintonia com a equipe faz com que possamos desenvolver melhor as atividades de saúde para a comunidade e potencializar as habilidades de cada um, pois temos membros de excelente qualificação técnica, que tem muito a oferecer a comunidade. Esse curso é uma ferramenta maravilhosa para nós médicos, que estamos trabalhando com saúde indígena, pois norteia nossos atos médicos, ampliando horizontes de saúde que vão além de doenças orgânicas, mas também das peculiaridades que são encontradas na saúde indígena principalmente no que se refere a cultura local.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ♦ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Distritos Sanitários Especiais Índigenas (DSEIS). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis> Acesso em: 05 fev 2020.
- ♦ CIAMA. Alto Solimões Marco jurídico-institucional, medidas mitigatórias e estratégia de participação e desenvolvimento para os povos indígenas. [http://www.ciama.am.gov.br/arquivos/download/arqeditor/marco\\_juridico\\_IPP.pdf](http://www.ciama.am.gov.br/arquivos/download/arqeditor/marco_juridico_IPP.pdf) Acesso em 07 fev 2020.
- ♦ Divisão de Atenção e Saúde do Distrito Sanitário Especial Alto Rio Solimões (DSEI Alto Rio Solimões). Cartografia ARS (DSEI Alto Rio Solimões) 2017.
- ♦ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Distrital de Saúde Indígena 2013-2015. Disponível em: [http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/497084/RESPOSTA\\_RECURSO\\_1\\_PLANO%20DISTRITAL%20DE%20SAUDE%20INDGENA%202012-2015%20-%20DSEI%20ALTO%20RIO%20SOLIMES.pdf](http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/497084/RESPOSTA_RECURSO_1_PLANO%20DISTRITAL%20DE%20SAUDE%20INDGENA%202012-2015%20-%20DSEI%20ALTO%20RIO%20SOLIMES.pdf) Acesso em: 07 fev 2020.
- ♦ DIVISÃO DE ATENÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA ALTO SOLIMÕES. Relatório Extensivo da Divisão de Atenção à Saúde Indígena DSEI Alto Solimões 2017.
- ♦ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle Social. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/676-assuntos/saude-indigena/40425-controle-social> Acesso em 05 Abr 2020.
- ♦ INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. Povo Ticuna. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Ticuna> Acesso em 01 Jul 2020.
- ♦ MINISTÉRIO DA SAÚDE. DADOS SIASI. Acesso em: 20 Jun 2020.
- ♦ PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: v.19, n. 5, set/out,2003.
- ♦ LUCKESI, C. C.. Filosofia da Educação. São Paulo: Cortez Editora,1994
- ♦ SAVIANE, D.. Escola e Democracia. 6a Ed. São Paulo: Cortez Editora, 1985.
- ♦ LAVERACK, G. An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. Community Development Journal. v. 36, p.134-146, 2001.
- ♦ LIBÂNEO, J. C.. Tendências pedagógicas na prática escolar. Revista da Associação Nacional de Educação ANDE. v.3, p.11-19, 1983.