



FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS GAMALIEL
CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZÔNIA
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

RAYANE DE LEÃO PEREIRA
RENATA MORAES RIBEIRO

ÍNDICES DE MORTALIDADE E SAÚDE DA CRIANÇA: MORBIDADE INFANTIL E SEUS AGRAVANTES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BAIÃO E COMUNIDADES QUILOMBOLAS

TUCURUÍ – PA
2021

RAYANE DE LEÃO PEREIRA
RENATA MORAES RIBEIRO

ÍNDICES DE MORTALIDADE E SAÚDE DA CRIANÇA: MORBIDADE INFANTIL E SEUS AGRAVANTES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BAIÃO E COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado a Faculdade De Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel, como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr^a. Natalia Karina Nascimento da Silva.

TUCURUÍ – PA
2021

RAYANE DE LEÃO PEREIRA
RENATA MORAES RIBEIRO

ÍNDICES DE MORTALIDADE E SAÚDE DA CRIANÇA: MORBIDADE INFANTIL E SEUS AGRAVANTES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BAIÃO E COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado a Faculdade De Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel, como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr^a. Natalia Karina Nascimento da Silva.

Aprovada em: 15/12/2021

Banca Examinadora:

Orientadora: Dr. Natalia Karina Nascimento da Silva
Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel

Examinadora: Dra. Bruna Paiva do Carmo Mercedes
Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel

Examinadora: Elen Sind Da Silva Durães
Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel

TUCURUÍ-PA

2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaríamos de agradecer a Deus por nos mostrar o caminho certo, por nos proporcionar perseverança, força e energia para continuar pois a caminhada foi árdua, e sem Deus nada seria possível, mas Ele com sua infinita misericórdia nos deu livramento e nos guardou todos os dias. O temor ao Senhor é o princípio da sabedoria, somos gratos a Ele pois dEle são todas as coisas.

Somos gratas aos nossos pais, que são nossa base, e sempre estiveram conosco nos apoiando em tudo e pelo amor incondicional que eles têm por nós. Aos nossos familiares que acreditaram em nós e sempre foram compreensíveis conosco.

Somos imensamente gratas a nossa maravilhosa orientadora Natália, por sua dedicação e por sempre nos motivar e estar conosco, por ser compreensiva em vários aspectos. Sabemos que não foi fácil, mas com ela tudo ficou leve, por isso lhe admiramos. E agradecemos a Faculdade Gamaliel, por tudo, pelos professores, pela coordenação de enfermagem e pela equipe.

RESUMO

Introdução: A situação precária em que os grupos quilombolas estão inseridos é evidente, destacando-se a população infantil, que não vive em ambiente favorável para o adequado crescimento e desenvolvimento, tendo como consequências resultados preocupantes, principalmente ao se analisar as suas condições de crescimento e nutrição. Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico da saúde da criança, através da taxa de mortalidade infantil e morbidade em comunidades quilombolas nos últimos 10 anos e os agravantes que podem influenciar na problemática. Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e quantitativo, com objetivo documental, com a utilização de dados auxiliares, tendo como origem de informação, os casos de mortalidade e morbidade e as principais doenças agravantes, tendo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação(SINAN), e do Sistema de Informação de mortalidade (SIM), e da vigilância Sanitária de Baião nos últimos 10 anos, todos esses sistemas são alimentados pela Declaração de Nascidos Vivos (DNV). Análise de dados: Após obtermos os dados, a análise estatística aplicada será a técnica descritiva simples. Nesse estágio, a organização sistemática dos dados tabulados será realizada, sendo eles, todos os casos confirmados e notificados de mortalidade infantil causada pelas DDAS, na primeira infância, município de Baião-PA e comunidades quilombolas, serão organizadas em gráficos e tabelas com auxílio do Microsoft Office Word 2016, Microsoft Office Excel 2016. Resultados e Discussões: Ao observarmos os dados dessas notificações dos últimos 10 anos podemos concluir que o ano de maior prevalência de casos é o ano de 2010 com 2184 casos notificados no município de Baião, atrás apenas de 2012 que foram notificados 2135 casos, em contrapartida o ano de 2015 equivale ao de menor número de casos com apenas 978 notificações. A faixa etária mais acometida pelas DDA'S é a de 10 anos. O plano de tratamento mais utilizado para tratar DDA'S no município de Baião é o plano A. Considerações Finais: As doenças diarreias agudas são de difícil monitorização pelo fato que envolve questões como o entendimento incorreto por parte dos profissionais de saúde e da população pois muitas vezes fazem o tratamento em casa, entende-se que há muitos números de subnotificações da doença, driblando o número de casos que são levados a notificações, por tanto essa taxa pode ser muito maior do que os registros.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - NUMERO TOTAL DE CASOS POR ANO	21
Gráfico 2 - NOTIFICAÇÕES DE DDA'S NO MUNICIPIO DE BAIÃO	23
Gráfico 3 - ESCOLHA DE PLANO DE TRATAMENTO.....	24

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - MAPA DA REGIÃO DE BAIÃO 19

Sumário

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA	9
1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA.....	11
1.4 OBJETIVOS	13
1.4.1 Objetivo geral.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 POLITICA NACIONAL DA POPULAÇÃO NEGRA.....	14
2.2 SAUDE QUILOMBOLA	15
2.3 MORTALIDADE INFANTIL.....	16
3 MATERIAIS E MÉTODOS	18
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	18
3.2 DESCRIÇÃO DA AREA DE ESTUDO	18
3.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	19
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	19
3.5 COLETA DE DADOS	20
3.6 ANÁLISE DE DADOS	20
3.7 QUESTÕES ÉTICAS	20
3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
6 CRONOGRAMA	26
7 ORÇAMENTO	27
8 REFERÊNCIAS	28
9 ANEXOS	32

1. INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Os Remanescentes Quilombolas são grupos populacionais com características étnico-raciais específicas localizados em diferentes regiões do país, principalmente em áreas rurais, com certo grau de isolamento geográfico, grandes desigualdades socioeconômicas e acesso restrito a serviços de saúde (Arruti 2008: 315- 350; Marques 2009: 339-374; Schmitt et al. 2002; Silva 2007: 112; Silva et al. 2008). Entre a população quilombola, a situação da saúde também se mostra fragilizada, principalmente no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, como observou Cavalcante (2011)

Segundo BRASIL (2010) às desigualdades em saúde que acometem esta população e reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País. Nossa história, construída sobre as bases da desigualdade, impôs à população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias. Apesar da abolição oficial da escravidão dos povos africanos e seus descendentes, não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado.

A resistência dos movimentos sociais vem denunciando a indignidade das condições de vida da População Negra, traduzindo-as em reivindicações por políticas públicas que reduzam a desigualdade e ampliem o acesso aos bens e serviços públicos. A persistência desta situação ao longo desses anos é facilmente observada na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana que incidem sobre a população negra. (BRASIL,2010).

A situação precária em que os grupos quilombolas estão inseridos é evidente, destacando-se a população infantil, que não vive em ambiente favorável para o adequado crescimento e desenvolvimento, tendo como consequências resultados preocupantes, principalmente ao se analisar as suas condições de crescimento e nutrição (Brasil, 2008).

A taxa de mortalidade infantil se constitui em um importante indicador para a avaliação das condições de vida e da qualidade da atenção à saúde de uma

determinada população, em um certo espaço geográfico (Hartz e col., 1996; Victora e col., 2006).

A taxa de mortalidade infantil é usada internacionalmente como o indicador que melhor retrata o estágio de desenvolvimento econômico e social de um país ou região, justamente por possuir relação direta com características socioeconômicas e, conseqüentemente, ser sensível às suas variações. (Nunes A, Santos JR, Barata RB, Vianna SM, 2001; Ripsa, 2002).

Países em desenvolvimento que tiveram diminuição na mortalidade infantil também obtiveram uma redução nas causas associadas a fatores exógenos, como condições adequadas de saneamento básico, o que limita a exposição a doenças infecciosas e parasitárias, nutrição, assistência médico-hospitalar, alfabetização da mãe e nível de renda mais elevado. Estas podem ser consideradas medidas preventivas a ser reproduzida por países ou regiões que detêm de recursos limitados (PAIXÃO; FERREIRA, 2012).

O cenário referente à prematuridade e à mortalidade infantil também apresenta uma disparidade quando relacionado à raça, cor e etnia. A maior porcentagem de nascidos vivos prematuros (gestação < 37 semanas) foi registrada nos recém-nascidos indígenas e pretos, ambos com 7%. Os menores percentuais de recém-nascidos prematuros foram observados entre os nascidos amarelos e pardos, ambos com 6% (BRASIL, 2005).

O risco de uma criança preta ou parda morrer antes dos 5 anos por causas infecciosas e parasitárias é 60% maior do que o de uma criança branca. Também o risco de morte por desnutrição apresenta diferenças alarmantes, sendo 90% maior entre crianças pretas e pardas que entre brancas (BRASIL, 2005).

Com embasamento a dados que comprovam que a população quilombola e vulnerável a várias e outros determinantes que influenciam em sua taxa de morbimortalidade nos surgem a nossa questão norteadora: "quais os agravantes de saúde relacionado a mortalidade e morbidade infantil em comunidades quilombolas? e quais são essas vulnerabilidades que fazem com que essa taxa seja tão predominante?"

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Decorrente as vulnerabilidades de uma comunidade quilombola e os agravantes de saúde dessa comunidade, esse estudo busca conglobar dados, para assim existir uma melhor percepção dos níveis de prevalência e incidência de Doenças Diarreicas Agudas nas comunidades quilombolas e conseqüentemente verificar os riscos que essas crianças são expostas e quais podem ser evitados. Desse modo surgem as seguintes questões: Quais fatores contribuem para a morbidade precoce dessa população? Como evidenciar os agravantes das doenças que são mais prevalentes na infância quilombola e quais os riscos essa população está exposta?

1.3 JUSTIFICATIVA

O tema “índices de mortalidade e saúde da criança: morbidade infantil e seus agravantes de saúde no município de baião e comunidades quilombolas” nos remete a melhor entender como a incidência e prevalência dessa morbidade demonstra a situação de saúde e reflete na qualidade de saúde dessa população. Buscando mostrar no que focar para que haja a melhora, e um olhar mais específico para o povo quilombola.

Em virtude da escassez e limitação de conteúdo acerca do perfil epidemiológico de morbidade da população negra brasileira e especificamente de grupos étnicos como os quilombolas , se faz necessário esse estudo pois podemos traçar medidas que possam diminuir esses agravos, para que assim possam vir a ter uma expectativa de vida melhor, pois de qualquer forma as comunidades quilombolas menos favorecidos por morarem longe dos centros urbanos, fazendo assim com que tudo seja mais dificultoso no cotidiano, nas atividades simples, como; alimentação, acesso a medicamentos, saneamento básico e transporte, o que se transforma num empasse para uma qualidade de vida favorável.

Buscando uma forma conveniente de identificar esses índices para uma melhor visão sobre essas comunidades através, e acesso a saúde através de políticas públicas para um bom desenvolvimento dessas crianças em situações de vulnerabilidade.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo geral

- Descrever o perfil epidemiológico da saúde da criança, através da taxa de morbidade em comunidades quilombolas nos últimos 10 anos e os agravantes que podem influenciar na problemática.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Descrever os agravos de enfrentamentos das comunidades quilombolas
- Observar fatores que podem influenciar a morbidade
- Descrever as vulnerabilidades infantis
- Prevalência de DDA's(Doenças Diarreicas Agudas)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLITICA NACIONAL DA POPULAÇÃO NEGRA

A Política Nacional de Saúde Integral População Negra (PNSIPN) é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no SUS e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultadas de injustos processos socioeconômicos e culturais que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras, é necessário que gestores, movimentos sociais, conselheiros e profissionais do SUS trabalhem a partir da compreensão de suas vulnerabilidades e do reconhecimento do racismo como determinante social em saúde. (BRASIL, 2017).

Esta Política está embasada nos princípios constitucionais da saúde como direito social, de cidadania e dignidade da pessoa humana, do repúdio ao racismo, e da igualdade. É igualmente coerente com o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil de “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 assumiu o caráter de Constituição Cidadã, em virtude de seu compromisso com a criação de uma nova ordem social. Essa nova ordem tem a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art. 194).

Cabe ainda destacar o fato de que esta Política apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente (BRASIL,2010).

2.2 SAUDE QUILOMBOLA

As informações com os dados desagregados por raça/cor são relevantes para atender ao princípio da equidade do SUS, ao reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde das pessoas, oferecendo atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Nesse sentido, o princípio da equidade norteia as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. (BRASIL,2017)

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 trouxe dados que mostram que a população negra ainda tem menos acesso à saúde se comparada à população branca. Entre os dados que revelam a posição desfavorável dos negros em diversos aspectos da saúde medidos pela PNS e também por outras pesquisas e indicadores do Ministério da Saúde, destacam-se: Acesso aos serviços, Saúde da Mulher, Sífilis em gestantes, Mortalidade materna, Medicamentos e internações, Doença de Chagas, HIV/aids e hepatites virais, Hepatite A, Anemia falciforme, violência, doenças cardiovasculares (IBGE, 2013).

No Brasil, existe um consenso entre os diversos estudiosos acerca das doenças e agravos prevalentes na população negra, com destaque para aqueles que podem ser agrupados nas seguintes categorias: a) geneticamente determinados – doença falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase; b) adquiridos em condições desfavoráveis – desnutrição, anemia ferropriva, doenças do trabalho, DST/HIV/aids, mortes violentas, mortalidade infantil, abortos sépticos, sofrimento psíquico, estresse, depressão, tuberculose, transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas); e c) de evolução agravada ou tratamento dificultado – hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses (PNUD, 2001).

Em geral, os homens apresentaram taxas de mortalidade mais altas para os três grandes grupos de carga de doença do que as mulheres, em todas as categorias de raça/cor. No que se refere ao grupo de causas externas, o risco de morte dos homens foi 3,3 vezes maior que o das mulheres na raça/cor branca, 2,8 vezes maior na indígena e de 6,3 vezes maior na negra (BRASIL, 2014).

Entre as principais causas de morte, as doenças cerebrovasculares prevaleceram como a principal causa de morte entre a população negra em 2012, assim como para todos os grupos populacionais, exceto os indígenas, sendo a segunda e a terceira causas de morte entre pardos e pretos o infarto de miocárdio e o diabetes mellitus, respectivamente (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência – e reconhece que o racismo vivenciado pela população negra incide negativamente nesses indicadores, comprometendo o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde, já que a boa qualidade da saúde gera condições para a inserção dos sujeitos nas diferentes esferas da sociedade de maneira digna, promovendo sua autonomia e cidadania (BRASIL, 2017).

Os princípios do SUS, constantes da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, a saber: a) a universalidade do acesso; b) a integralidade da atenção; c) a igualdade da atenção à saúde; e d) descentralização político-administrativa. A esses vêm juntar-se os da participação popular e do controle social, instrumentos fundamentais para a formulação, execução, avaliação e eventuais redirecionamentos das políticas públicas de saúde. Constituem desdobramentos do princípio da “participação da comunidade” e principal objeto da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (BRASIL, 1990b).

O baixo nível de renda, tanto individual quanto domiciliar per capita, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença. Em 2001, mais de 32 milhões de negros com renda de até meio salário mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação (IBGE, 2000; IPEA, 2002).

2.3 MORTALIDADE INFANTIL

Desde os clássicos estudos de J.Graunt (apud LAURENTI, 1985), até os dias de hoje, o estudo das causas de morte, por meio de diferentes 19 indicadores, tem evidenciado benefício tanto por posicionar as populações no enquadramento da transição epidemiológica como por estipular parâmetros que facilitam o avanço da

percepção da desigualdade de acesso à saúde e seu efeito sobre a saúde das populações (DUARTE e col., 2002).

Dentre esses indicadores, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) tem sido um dos mais aplicados para a avaliação de serviços de saúde, por possibilitar a análise de diferenciais geográficos e temporais na distribuição dos óbitos infantis por faixa etária, sendo considerado um indicador sensível das condições sociais e de saúde das populações (VERMELHO e col., 2002).

Uma perspectiva da mortalidade infantil é a análise por causas evitáveis, casos nos quais a morte é um resultado inesperado, levando em consideração conhecimento e a tecnologia existentes na época. O conceito de óbito evitável como "evento sentinela" requer a investigação de cada ocorrência de morte tanto no nível individual, quanto no coletivo. Sua realização, não pode se restringir à atenção individual, uma vez que as intervenções se estabelecem em dados populacionais (OPAS, 1990).

O estudo da mortalidade infantil, com o monitoramento das tendências de queda do CMI, se revela como importante ferramenta para os gestores da saúde, uma vez que a partir desse processo, se torna possível levantar hipóteses sobre as diferenças observadas entre o desempenho esperado e observado do setor da Saúde em determinado tempo e espaço (DUARTE e cols, 2002; VERMELHO e MONTEIRO, 2002).

Ao longo das últimas décadas a redução da mortalidade infantil configurou-se como uma das principais metas na área da saúde em diversos países. No Brasil, observou-se um decréscimo de 70% nos coeficientes de mortalidade infantil entre os anos de 1930 e 1990, embora tenham sido observados períodos de estabilidade e até mesmo de elevação dos mesmos. (ROSANO e col.,2000). Entre os anos de 1990 e 2007, a MI no Brasil mostrou tendência de queda, passando de um coeficiente de 47,1 0/00 NV em 1990 para 19,30/00 NV em 2007 com uma redução média de 59,0% (UNICEF, 2008).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo e quantitativo, com objetivo documental, com a utilização de dados auxiliares da vigilância sanitária de Baião sobre os casos de Doenças Diarreicas Agudas e os principais planos de tratamento utilizados no município nos últimos 10 anos, através da plataforma de Sistema de Informação Epidemiológica de Doenças Diarreicas Agudas (SIVEP_DDA). (BRASIL, 2015).

3.2 DESCRIÇÃO DA AREA DE ESTUDO

Essa é uma investigação das comunidades quilombolas do Município de Baião no estado do Pará que fica localizado na mesorregião do Baixo Tocantins (rio que corta o município) na microrregião de Cametá, que tem o acesso pela BR-422 (transcametá), PA-151 e pelo rio Tocantins.

Baião é o maior município com remanescentes quilombolas, e em seu território possui comunidades que ainda mantêm as atividades e cultura de seus antepassados. A renda gira em torno do comércio e de atividade extrativista como a plantação de pimenta-do-reino, mandioca, açaí, da pesca e da retirada de madeira. São essas as comunidades quilombolas de Baião: Umarizal, Bailique beira, Boa Vista, Paritá-Miri, Pampelonia, Araquembaua, Varginha, Baixinha, Campelo, Taperuçu, Engenho, Marariá, Igarapezinho, Santa Fé, Santo Antonio, Calados, Cardoso, Vila Dutra, Bracinho do Icatú, Campinho do Icatu, Sertão, Joana Peres, Anilzinho, Rua do Fogo e Prainha. (IBGE 2002;IBGE 2018). Estas informações podem ser identificadas na figura abaixo:

Figura 1 - MAPA QUE MOSTRA A REGIÃO DE BAIÃO



Fonte: NUMA, 2020.

3.3 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Casos registrados de Doenças Diarreicas Agudas no período de 2010 a 2020 do município de Baião e os planos de tratamento escolhidos. A população investigada são as crianças de 1 a 10 anos. Investigando assim a prevalência e a incidência de DDA'S no decorrer dos anos através desses dados.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os dados epidemiológicos foram escolhidos de acordo com os critérios abaixo:

- Dados epidemiológicos de morbidade referentes aos anos 2010 a 2020 do município de Baião-PA;
- Dados epidemiológicos fornecidos pela Vigilância Epidemiológica do município;
- Notificação de casos de Doenças Diarreicas Agudas;
Aqueles que não se enquadraram nos critérios de inclusão, fizeram parte dos critérios abaixo:
- Dados de notificação negativa;
- Dados fornecidos por outras fontes de pesquisas;
- Dados epidemiológicos de outros municípios.

3.5 COLETA DE DADOS

O estudo foi submetido ao processo de qualificação da Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel, após a aprovação os dados foram requeridos através de ofícios para a Vigilância Epidemiológica do município de Baião-PA. Após a coleta, aplicamos as notificações e dados em tabelas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

3.6 ANALISE DE DADOS

Após obtermos os dados, aplicamos a técnica de análise estatística descritiva simples. Nesse estágio, a organização sistemática dos dados tabulados foi realizada, sendo eles, todos os casos confirmados e notificados de DDAS e os planos de tratamentos utilizados na infância das crianças do município de Baião-PA e comunidades quilombolas, as informações cedidas foram organizadas em gráficos e tabelas com auxílio do Microsoft Office Word 2016, Microsoft Office Excel 2016.

3.7 QUESTÕES ÉTICAS

Este presente trabalho não foi encaminhado para apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, já que os dados são secundários e de domínio público, mas ressalta-se que foram tomados os cuidados éticos que preceituam.

3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

Ausência de risco pois não houve contato direto com os dados pessoais do participante. O benefício principal será compreender o processo que se dá até o determinado fim da doença, e quais processos podem ser feitos para evitar algo mais grave. Utilizamos dados livres de baixo custo e de rápida realização, pois buscamos a caracterização do perfil epidemiológico das taxas incidência e prevalência das DDA'S do município de Baião-PA.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao observarmos os dados dessas notificações dos últimos 10 anos podemos concluir que o ano de maior prevalência de casos é o ano de 2010 com 2184 casos notificados no municio de Baião, atras apenas de 2012 que foram notificados 2135 casos, em contrapartida o ano de 2015 equivale ao de menor número de casos com apenas 978 notificações.

Gráfico 1 - NUMERO TOTAL DE CASOS DE DDA POR ANO 2010-2020



Fonte: SIVEP/MDDA - Secretaria Municipal de Baião/PA

A doença diarreica aguda configura-se como uma das principais causas de morbimortalidade infantil, principalmente nos países em desenvolvimento (Brasil, 2005).

A doença diarreica aguda (DDA) é uma das doenças mais comuns em crianças em todo o mundo, caracterizando-se pelo aparecimento abrupto. É importante ressaltar que a diarreia atinge pessoas de qualquer faixa etária, mas é na infância que esta afecção causa maior mortalidade. Ela figura como a terceira causa mais comum de doenças em crianças dos países em desenvolvimento e é responsável por cerca de um terço de todas as hospitalizações entre os menores de cinco anos. (Pereira I.V, Cabral I.E;2008).

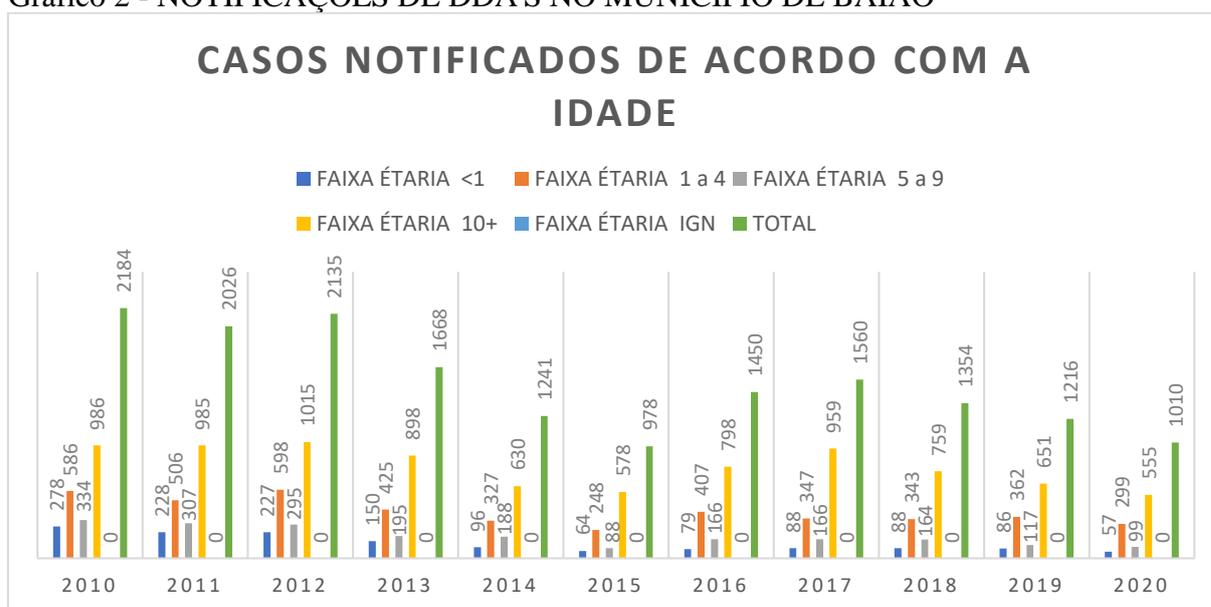
Como problema de saúde pública, a DDA faz parte das principais causas de morbimortalidade infantil. Na atualidade, em escala mundial, ocorrem um bilhão de

episódios por ano, causando 3,3 milhões de mortes, de acordo com Sack. A mortalidade infantil destaca-se com uma taxa média mundial de 72 óbitos por mil nascidos vivos (NV), indicando que de cada 10,6 % crianças, uma morre antes de completar um ano, como consequência mais grave e imediata da desidratação. Entretanto, a persistência da diarreia por um período longo sem tratamento pode evoluir para a desnutrição. No caso particular do Estado do Pará, o clima quente e úmido ao longo de todo o ano e o maior índice pluviométrico nos meses de dezembro a abril, aliados à inexistência de saneamento básico adequado nas comunidades, acarretando enchentes, conferem à DDA um certo caráter sazonal neste período. (Pereira , Cabral ;2008).

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde criou o Programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) com o objetivo de conhecer seus números reais no Brasil permitindo a detecção precoce de surtos e de epidemias, tornando possível a implantação de medidas de controle e prevenção. Por não ser uma doença de notificação compulsória e sendo grande parte dos casos tratados em casa, acredita-se que no Brasil há uma considerável subnotificação dos casos de DDA, mascarando o número/dados das ocorrências de adoecimento por essa doença (Brasil, 2002).

O principal objetivo da MDDA é detectar alterações no comportamento das diarreias direcionando medidas de prevenção e controle dessa doença. Também atua como programa sentinela possibilitando o conhecimento da incidência dos casos de diarreias por semana epidemiológica no país (Silva, 1999).

Gráfico 2 - NOTIFICAÇÕES DE DDA'S NO MUNICÍPIO DE BAIÃO



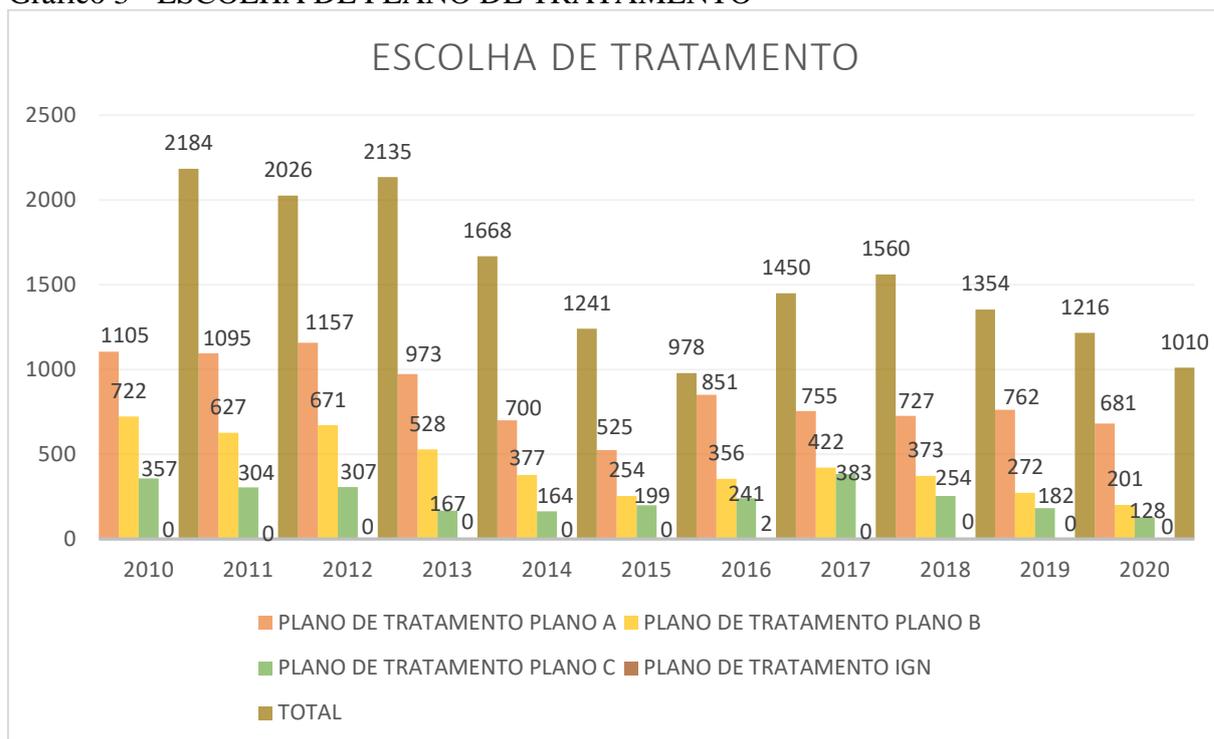
Fonte: SIVEP/MDDA - Secretaria Municipal de Baião/PA

Nossa análise dos dados para o Município de Baião, com relação a faixa etária, a mais acometida pelas DDA'S é a de 10 anos a mais, podemos então considerar essa idade a mais susceptível a doença, no período de 2010-2020 foram notificados 8814 casos em crianças nessa faixa etária, de acordo com os dados coletados deste período a idade menos acometida é a de 1 ano, com apenas 1441 casos em 10 anos.

Segundo o Ministério da Saúde os planos de tratamentos podem ser divididos em três categorias conforme parâmetros clínicos: planos de tratamentos A, B, C: Plano A: para quadros de diarreia leve sem sinais de desidratação, Plano B: para diarreia com desidratação leve a moderada e Plano C: para pacientes com diarreia com quadro grave. Os que não se enquadram em nenhum desses planos, por falta de informações ou até mesmo por outros critérios, passam a fazer parte dos planos ignorados (Brasil, 2002).

A proporção de utilização de cada um dos planos de tratamento tem se mantido estável ao longo dos anos. Este é um dos parâmetros utilizados para avaliação da introdução da cólera. Quando a cólera é introduzida, espera-se que ocorra mais desidratação e maior utilização de hidratação venosa, aplicação do plano C de tratamento. Vale salientar que, depois da introdução da monitorização das diarreias, os surtos de cólera tornaram-se muito escassos, não tendo sido possível testar a sensibilidade da monitorização das diarreias agudas para sua detecção.

Gráfico 3 - ESCOLHA DE PLANO DE TRATAMENTO



Fonte: SIVEP/MDDA - Secretaria Municipal de Baião/PA

Para nossos dados, a maioria dos casos informados ter sido tratado com o plano A, sugere que esses pacientes estão chegando para o atendimento ainda sem desidratação. Apenas para 14,0% dos casos informados foi indicada a hidratação venosa. (Façanha MC, Pinheiro AC, 2005).

O plano de tratamento mais utilizado para tratar DDA'S no município de Baião é o plano A, sendo ele utilizado em 9331 casos, o que significa que ele empregado 55,47% das vezes, e seu ano de maior utilização foi em 2012, sendo aplicado 1157 vezes naquele ano.

O plano de tratamento mais usado foi Plano A, ou seja, levando nesse contexto os casos mais leves da doença, sem sinais de desidratação. E tratamento ignorados foi de 2 casos notificados. De acordo com o Manual de MDDA, é desejável que 80% dos casos de DDAS recebam tratamento com o plano A O tratamento pelo plano C apresentou uma frequência elevada e com uma tendência de aumento em todos os anos estudados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adoção do Sistema de Monitorização de Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) é importante tanto para a notificação quanto para uma maior abrangência das doenças podendo assim adotar medidas, prevenção e educação em saúde para que haja queda nos números de casos notificados.

Nosso estudo mostrou que anualmente os casos notificados foi com a taxa maior em 2010, mais que houve declínio nos anos seguintes. Em relação a faixa etária mais acometidas foi a de 10 anos, seguindo de casos de 1 ano a 4 anos. Nisso podemos ressaltar que o Município de Baião a incidência de novos casos continua, pode estar correlacionado o perfil socioeconômico, as desigualdades populacionais, por muitos morarem em zona rural, pela falta de saneamento básico e acesso restrito aos serviços de saúde.

As doenças diarreicas agudas são de difícil monitorização pelo fato que envolve questões como o entendimento incorreto por parte dos profissionais de saúde e da população pois muitas vezes fazem o tratamento em casa, entende-se que há muitos números de subnotificações da doença, driblando o número de casos que são levados a notificações, por tanto essa taxa pode ser muito maior do que os registros.

6 CRONOGRAMA

Ano	2021					2021					
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Levantamento Bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	X			
Elaboração do Projeto de Pesquisa	X	X	X	X	X						
Qualificação do Projeto de Pesquisa						X					
Coleta de Dados							X				
Análise de Dados								X	X		
Elaboração dos resultados do TCC							X	X	X	X	
Revisão Ortográfica										X	
Defesa do TCC											X

7 ORÇAMENTO

PROCEDIMENTO	Quantidade	Valor Total em reais
Material Permanente		
Pendrive	02	39,90
Material de Consumo		
Cartuchos para Impressão	04	80,00
Fotocópias/encadernação /impressão	450	87,00
Resma de Papel A4	02	24,00
Cd regravável	01	2,00
Caneta Esferográfica	04	4,00
Transporte	80	352,00
TOTAL GERAL		R\$ 569,90

8 REFERÊNCIAS

Arruti. 2008. “Quilombos”, in **Raça: Novas Perspectivas Antropológicas**. Organizado por O. Pinho, pp. 315-350. Campinas: ABA/ Ed. Unicamp, Salvador: EDUFBA.

Benguigui Y, et al. **Ações de saúde materno-infantil à nível local: segundo as metas das cúpulas mundial em favor da infância**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.

BORGES, W.B. da SILVA, H. P. 2010. **Prevalência de Hipertensão Arterial sistêmica em Populações Quilombolas da Amazônia: Reflexão e Luz da Antropologia Biológica**. In XI congresso da Associação Latino-Americana de Antropologia Biológica. Universidade Nacional de Colômbia, Bogotá. (CD-ROM).

Brasil. 2008. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças**. 9: 142.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Monitorização da Doença Diarréica Aguda - MDDA**. DDTHA/CVE SES/SP, São Paulo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico sobre a doença diarréica por rotavírus: vigilância epidemiológica e prevenção pela vacina oral de rotavírus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília, 2016. (Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio**

à **Gestão Participativa e ao Controle Social**. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, DF, 2005.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. 2015. [acesso em 06 abr 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf>.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. **Plano Juventude Viva: caminhos da política de prevenção à violência contra a juventude negra no Brasil. Brasília, 2014.**

Cavalcante, I. M. S. 2011. **Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia Paraense: um olhar antropológico**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Pará, Universidade Federal do Amazonas, Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil.

COSTA, M. DA C. N. et al. **Mortalidade Infantil no Brasil em Períodos Recentes de Crise Econômica**. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 6, p. 699–706, 2003.

Façanha MC, Pinheiro AC. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1):49-54, jan-fev, 2005

HARTZ, Z. M. de A. et al. **Mortalidade infantil evitável em duas cidades do nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 310-318, ago.1996.

IBGE (10 out. 2002). [«Área territorial oficial»](#). **Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02)**.

IBGE Cidades». **Estimativa Populacional de 2018**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 1 de julho de 2018.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores sociais mínimos**. In: _____. Censo 2000. [S.l.], 2000. Disponível em: . Acesso em: 18 set. 2012

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS (IPEA). **Desigualdades raciais no Brasil: um balanço da intervenção governamental**. Brasília, 2002.

JORGE, M. H. P. DE MELLO; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. **A Saúde no Brasil: Análise do período 1996 a 1999**. 1. ed. Brasília - DF: .Organização Pan-Americana da Saúde/Opas, 2001.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a**. Disponível em: <<http://www2.cml.pr.gov.br/lef/FF88080.htm>>. Acesso em: 19 jul.2021.

Marques, C. E. 2009. **De Quilombos a quilombolas: notas sobre um processo histórico-etnográfico**. Revista de Antropologia 52(1):339-374.

Nunes A, Santos JR, Barata RB, Vianna SM. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.

PAIXÃO, Adriano Nascimento; FERREIRA, Taissa. **Determinantes da mortalidade infantil no Brasil**. Informe Gepec, v. 16, n. 2, p. 6-20, 2012.

Pereira IV, Cabral IE;2008. **Diarréia aguda: subsídios para o cuidar**. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 jun; 12 (2): 224 - 9.

PNUD- **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2001**. Human Development Report. www.undp.org

Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização PanAmericana de Saúde; 2002.

Sack RB. **Epidemiologia da diarréia aguda infecciosa**. Resumos apresentados no Seminário Nestlé Nutrition. Filipinas: Nestlé Nutrition Services; 1996. p. 38.

Schmitt, A., M. C. M. Turatti, e M. C. P. Carvalho. 2002. **A atualização do conceito de Quilombo: Identidade e território nas definições teóricas. Ambiente e Sociedade 5(10):1-10**.

Silva, D. O., A. F. H. Guerrero, C. H. Guerrero, e L. M. Toledo. 2008. **A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil**. Revista de Nutrição 2: 83-89.

Silva, J. A. N. 2007. **Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do Estado da Paraíba**. Revista Saúde e Sociedade 16(2):111-124.

SILVA, S.R; SCARPAT S.M; COELHO A.R.B, ARAÚJO T.M. ***Perfil das doenças diarréicas agudas no Espírito Santo***. In: Congresso da Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental, 20., 1999, Rio de Janeiro. [Anais eletrônicos...] Rio de Janeiro: ABES,1999. 1 CD-ROM.

VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. **Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

WORKSHOP INTERAGENCIAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 2001, Brasília. **Política nacional de saúde da população negra: uma questão de equidade**. Brasília: PNUD, 2001.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAIÃO
GABINETE DA SECRETÁRIA

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu Kleber Juvenal Silva Farias, em nome da Secretária Municipal de Saúde de Baião, declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa do trabalho científico intitulado "ÍNDICES DE MORTALIDADE E SAÚDE DA CRIANÇA: MORBIDADE INFANTIL E SEUS AGRAVANTES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BAIÃO-PA E NAS SUAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS", de autoria das discentes Rayane de Leão Pereira e Renata Moraes Ribeiro, sob orientação da Prof. Drª. Natalia Karina Nascimento da Silva, do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel - FATEFIG, e autorizo a realização da coleta dados em nosso serviço para uma investigação epidemiológica da prevalência de doenças diarreicas agudas em crianças de até 10 anos durante o período preestabelecido pelo cronograma do projeto, respeitando o sigilo de identidade dos pacientes e utilizando os dados unicamente para execução desta pesquisa. Estou também ciente e concordo com a publicação dos resultados encontrados, sendo obrigatoriamente citada na publicação a Secretaria Municipal de Saúde de Baião como local de realização do trabalho.

Tucuruí - Pará, 04 de outubro de 2021.

Kleber Juvenal Silva Farias
Coordenador de Vigilância em Saúde

Kleber Juvenal S. Farias
COORDENAÇÃO DA
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Portaria n.º 20/2021 - SMS

Rua Lauro Sodre, nº 499 – Centro – Tucuruí - Pará
CEP: 68.456-000



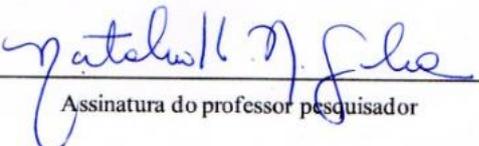
FACULDADE DE TEOLOGIA, FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS GAMALIEL – FATEFIG
CENTRO EDUCACIONAL E CULTURAL DA AMAZONIA – CECAM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Eu professora **Natalia Karina Nascimento da Silva** do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel - FATEFIG, aceito orientar o trabalho intitulado “ÍNDICES DE MORTALIDADE E SAÚDE DA CRIANÇA: MORBIDADE INFANTIL E SEUS AGRAVANTES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BAIÃO-PA E NAS SUAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS” de autoria das discentes Rayane de Leão Pereira e Renata Moraes Ribeiro.

Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto ora entregue.

Tucuruí - Pará, ____ de _____ de 2021.


Assinatura do professor pesquisador