

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA

REGIÃO: RONDONIA – TURMA II.

COMPORTAMENTO DA HIPERTENSAO NAS POPULAÇÕES INDIGENAS  
DO RIOMAMORE E PACAS NOVAS. GUAJARÁ-MIRIM, RONDÔNIA,

2016 - 2017.

AUTOR: GUILLERMO MARTINEZ NARANJO.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em  
Saúde Indígena, da Universidade Federal de São Paulo.

Orientador (a): Prof. (a) Juliana Nogueira Souza De Campos.

SÃO PAULO 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço antes de tudo a Deus por ter-me dado à benção de vir a estes pais e dar um pouquinho de minha ajuda aos povos indígenas e população em geral, em permitir fazer este estudo e colaborar em melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

Aos meus pais e irmãos por sempre ter-me dado o apoio, força, amor, credibilidade e compreensão.

À minha família que sem ela este estudo teria sido muito mais difícil, pois sempre estive perto de mim.

Ao Dra. Ana Escobar por me apoiar e ajudar com o estudo.

À minha orientadora por sempre me ajudar e acreditar no trabalho que estava desenvolvendo, e me ajudar na compreensão de novos conhecimentos.

Ao PROGRAMA MAIS MEDICOS PARA O BRASIL, por ter-me dado a oportunidade de exercer minha profissão no Brasil, mais especificamente na Saúde indígena, e por estimular o profissional a se superar sempre, a buscar novos conhecimentos que trazem não só a superação individual, senão também benefícios a outras pessoas e comunidades.

Às lideranças indígenas das comunidades do estudo em questão, que junto a suas populações aderiram e ajudaram a desenvolver este estudo.

Às chefias da CASAI de Guajará-Mirim e do DSEI de Porto Velho, que me ajudaram em todo momento e o máximo possível.

A todas as pessoas que ajudaram para que este estudo fosse desenvolvido e que sem a ajuda teria sido impossível.

MUITO OBRIGADO a todos, com certeza sem vocês nada teria sido realizado.

## RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença crônica de elevada prevalência na população brasileira e no mundo. É considerado um problema grave de saúde pública, associando-se a numerosos FR. presentes em nossas comunidades. Avaliamos o comportamento da HTA na população maior de 18 anos nas aldeias de rio Mamoré e Pacas Novas. Assim como nível de conhecimento sobre os FR. para mesma foi chegado da na maior quantidade possível de los 458 pessoas maiores de 18 anos, e aplica uma enquete para dar saídas os objetivos propostos. Os Dados obtidos foram chegados a tabelas e processados. Na HTA tive uma prevalência de 14,84% para nossa população maior das 18 anos. Aumenta com na idade mais frequente entre os 40-49 anos e será bondade por sexo feminino. O nível do conhecimento sobre HTA e FR. é muito baixo em nossa população, baixa com na idade e ligeira maioria para femininas. O consumo de sal, gorduras, bebidas alcoólicas, consumo de sigarrillos sou muito significativos em nosso estudo. Para um e outro sexo com maíos incidência em pessoas, mas jovens. Nosso estudo ainda es jovem e tem muito para frente. Embora de estudo, capacitação, educação, esforços de equipe de saúde, liderança. para lograr melhorar na qualidade de vida de nossa população..

.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial, Fatores de riscos, Doenças crônicas não transmissíveis.

## **LISTA DE SIGLAS**

HTA. Hipertensão arterial.

DCNT. Doenças crônicas não transmissíveis.

PAS. Pressão artérias sistólica.

PAD. Pressão artérias diastólica.

ACS. Agentes comunitários de saúde.

PA. Pressão arterial.

HAS. Hipertensão arterial sistêmica.

FR. Fatores de risco.

EMSI. Equipe multidisciplinar saúde indígena.

IMC. Indexe de massa corporal.

#M. Numero masculino.

#F. Numero feminino..

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1:

Comportamento na hipertensão segum grupo etário e sexo.

Quadro 2.

Nível de conhecimento sobre hipertensão y fatores de riscos. Segum grupo de idades

Quadro 3.

Comportamento os fatores de risco segum grupos etários

Quadro. 4.

Comportamento do outros fatores de risco

## **LISTA DE FIGURAS**

- Fig.1. Saída equipes de saúde pra aldeias.
- Fig.2. Deslocamento pra as aldeias
- Fig.3. Controle de pressão idosa aldeia capoeirinha
- Fig.4. Controle de pressão idosa aldeia cajueiro
- Fig.5. Palestra aldeia tanajura.
- Fig.6. Pre. Natal aldeia tanajura.
- Fig.7. Roda de conversa equipe. Saúde
- Fig.8. Visita domiciliaria pitop.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8.
2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12.
3. METODOLOGIA.....	13.
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
7. ANEXOS.....	28

## INTRODUÇÃO

Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil em no mundo. Por ser, na maior parte do seu curso, assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo

A hipertensão arterial constitui-se em uma das afecções mais comuns do mundo moderno e atinge, em média, de 15 a 20% da população adulta. No Brasil, encontra-se a mesma estimativa na população com idade acima de 20 anos sendo portadora de hipertensão arterial, no total aproximado de 12 milhões de brasileiros (SIMONETTI, Batista & Carvalho, 2002).

Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, “estima-se que 15% a 20% da população brasileira pode ser rotuladas como hipertensa”. Na América Latina há mais de 30 milhões de hipertensos, com pequenas variações entre os países. Frequentemente, a HTA resulta em graves complicações como insuficiência cardíaca, renal e acidente vascular cerebral, podendo, portanto evoluir para danos severos, com hospitalização de pacientes. (SOCIEDAD BRASILEIRA DE HTA, 1999)

Estima-se que no mundo todo existem cerca de 100 milhões de pessoas afetadas pela HTA e que a doença acomete 1 em cada 4 adultos com mais de 18 anos. Em 1994 estimava-se que havia 50 milhões de pessoas com hipertensão arterial nos Estados Unidos. No entanto, de acordo com os dados, para o ano de 2002 é agora 65 milhões de pessoas, um aumento na prevalência de 31,3 %. Em um recente relatório da AT Kearney e colaboradores para o nacional do coração, pulmão e sangue Instituto dos Institutos Nacionais de Saúde (NHLBINIH), depois de analisar e agrupar por regiões relatórios dos diferentes países, estima-se que no ano 2000 26,4% da população mundial teve HTA, afetando ambos os sexos da mesma maneira, e a previsão é que até o ano de 2025 29,2% da população mundial terá HTA, o que vai significar um aumento de 60,0 % das pessoas com hipertensão arterial. (Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment

of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Archintern Med. 2007).

.Segundo o Ministério da Saúde, "o aumento das prevalências se deve ao maior acesso da população ao diagnóstico na atenção primária de saúde. E as mulheres procuram mais o diagnóstico na atenção básica, daí uma prevalência mais significativa entre elas". A associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico é mais marcada na população feminina: enquanto 34,8% das mulheres com até oito anos de escolaridade apresentam diagnóstico de hipertensão arterial, a mesma condição é observada em apenas 13,5% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade. Alguns dados no Brasil mostram que o índice cresce em quem tem escolaridade menor. Então dizer que hipertensão é doença da classe média alta é um mito. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Directress Brasilia's de Hypertension Arterial. 2010).

A hipertensão arterial ou pressão alta é um estado alterado da saúde no qual a pressão do sangue está acima das medidas consideradas normais por um período longo de tempo. Esta alteração decorre do aumento na contratilidade da camada muscular lisa que forma a parede da artéria. Algumas substâncias químicas do próprio organismo é que promovem a contração das artérias. Em situações de desequilíbrio dessas substâncias, ou da alteração dessa camada muscular, é que ocorre o aumento da pressão do sangue dentro dos vasos. Em termos gerais, pode-se definir a hipertensão arterial, como as medidas acima de 140 Mmhg para a pressão sistólica (valor maior) e acima de 90 Mmhg para a pressão diastólica (valor menor)... (Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2010.)

As transformações socioeconômicas e culturais pelas quais as comunidades indígenas brasileiras tem passado e impactado a sua situação de saúde sobretudo pelo contato com a população não-indígena (SANTOS; COIMBRA JR,2003)Enquanto sociedades culturalmente diferenciadas e em graus variáveis de aprofundamento das relações com a sociedade nacional brasileira,

os povos indígenas apresentam-se em fases distintas do processo de transformação de suas tradições, costumes, economia, dinâmica demográfica, contexto ambiental e ainda acesso aos serviços de saúde. Tais aspectos têm impactos significativos nos perfis de saúde destes povos (CONFALONIERI; GARNELO, 1998). O mesmo autor afirma que o quadro de saúde de sociedades isoladas difere quando comparadas com aquelas que apresentam contatos continuados com os não índios.

Os povos indígenas do Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país. Ao longo dos séculos, tais frentes exerceram importante influência sobre os determinantes dos perfis da saúde indígena, quer por meio da introdução de novos patógenos (ocasionando graves epidemias, usurpação de territórios dificultando ou inviabilizando a subsistência) e/ou a perseguição e morte de indivíduos ou mesmo de comunidades inteiras (SANTOS; COIMBRA JR., 2003).

Para o conjunto dos povos indígenas do país, contudo, os dados hoje disponíveis não permitem a identificação de tendência equivalente. No entanto, mesmo que as precárias condições de saneamento e dificuldades de acesso a serviços de saúde contribuam para altas prevalências das doenças infecciosas e parasitárias, alguns estudos têm apontado frequências sucessivamente mais elevadas de doenças e agravos não transmissíveis (DANT) entre povos indígenas (Welch JR, Ferreira AA, Santos RV, Gugelmin SA, Werneck G, Coimbra Jr. CEA. Nutrition transition, socioeconomic differentiation, and gender among adult Xavante Indians, Brazilian Amazon. Hum Ecol. 2009; 37:13-26)

#### Justificativa da escolha do problema

O problema que eu escolhi para desenvolver o TCC do curso é na Hipertensão. Incremento Doenças do aparelho circulatório. A doença crônica não transmissível Hipertensão Arterial Sistêmica afeta um total de 38 (3.3% do total da população) pessoas. Coeficiente de prevalência de Hipertensão

Arterial:  $38/1124 \times 100 = 3.3$  indica que há 3,3 pacientes com HTA por cada 100 pessoas também por presença dos fatores de riscos nossas comunidades, álcool, cigarro, obesidade outros, Com meio estudo pretendo avaliar. O comportamento na hipertensão Arterial. Na, população indígena maiores das 18 anos das aldeias os rio Mamoré e pacas novas. Assim que puderam influir na aparição, incidência e prevalência dos como Fatores de risco Hipertensão nas populações maiores das 18 anos nossas aldeias. Entre eles na influencia do Contato com as populações não indígenas de longa data, transculturalização, altos índices de fumadores. Relação com alto consumo do álcool, inadequados estilos de vida, obesidade, Insuficiente e inadequado trabalho da equipe de saúde na promoção e prevenção da hipertensão em discussão. Além disso, prevenir as possíveis consequências da hipertensão arterial. E conhecer a repercussão o sequelas de esta em nossa população como sou. Crise hipertensiva, encefalopatia hipertensiva. Cardiopatia hipertensiva. Infarto agudo, miocárdio. Retinopatia hipertensiva, acidente cérebro vasculares. Doença renal crônica. Doença Arterial periférica. Aumento de gastos econômicos devido ao tratamento, deslocamento, seguimento e outros. A ferramenta fundamental para diminuir a incidência e melhorar qualidades de vida de nossa população respeito na hipertensão é a prevenção primária com promoção em saúde, diminuir os fatores de risco, manter compensados os doentes crônicos com tratamento continuo fiscalizado, e evitar as possíveis consequências da hipertensão. Fazendo trabalho de equipe em relação à prevenção assim como Necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral:**

Avaliar. O comportamento na hipertensão Arterial. Na, população indígena maiores das 18 anos das aldeias os rio Mamoré e pacas novas.

### **Específicos:**

1 - Pesquisar e Avaliar o comportamento na pressão artérias na população indígena maior de 18 anos aldeias rio Mamoré e pacas novas.

2- Identificar e classificar os principais fatores de risco de Hipertensão Arterial em nossa População objeto de estudo (através pesquisa, consultas e prontuários).

3--Avaliar o nível de conhecimento dos pacientes sobre fatores de risco da Hipertensão Arterial.

4~Desenvolver um plano de intervenção para conscientizar sobre os fatores de riscos da Hipertensão Arterial e suas consequências.

.5-Diminuir os fatores de risco modificável da Hipertensão Arterial para elevar a qualidade de vida através de ações educativas.

6-Promover as ações de saúde em pacientes hipertensos para modificar fatores de risco e controle da doença e assim aumentar a qualidade de vida.

## **Metodologia;**

### Local do estudo:

Será realizada a intervenção nas aldeias indígenas do rio Mamoré e pacas novas pertencentes ao DSEI de Guajará-Mirim, no município de Guajará-Mirim, Rondônia. Para avaliar o comportamento de na hipertensão arterial em na população maiores das 18 anos. Os tomas de preção e enquetes foram realizadas nos postos de saúde e visita domiciliaria

### Historia breve do território indígena atendido:

O território das comunidades indígenas onde trabalho está localizado na região do município de Guajará-Mirim, em Rondônia, margine do rio Mamoré e pacas novas que marca os limites entre Brasil e Bolívia. As Terras Indígenas estão demarcadas e as atividades fundamentais desenvolvidas são a pesca e a caça; a agricultura de produtos como banana, mandioca e feijão, além de coletarem produtos do mato, como a castanha do Pará e açaí para consumo e comércio.

As relações de contato com a sociedade regional são intensas, pois o rio é navegável em todas as épocas do ano, tanto no lado brasileiro como boliviano. No período colonial, a região banhada pelos afluentes e tributários ocidentais do rio Mamoré e pacas novas, era dominada pelos espanhóis e nela proliferaram missões religiosas, enquanto que na margem oposta a ocupação predominante era portuguesa. Os grupos indígenas da direita da margem do rio Guaporé falam diferentes línguas, mas devido a semelhanças culturais são identificados como partes do Complexo Cultural Marico.

Ao final do século XVIII, quando os movimentos de independência nas Américas começaram a se definir e os limites coloniais perderam a importância, a região esvaziou-se rapidamente, mas a partir da segunda metade do século XIX, voltou a ser ocupada em razão do ciclo da borracha. Nesse período os indígenas remanescentes das antigas missões espanholas foram rapidamente incorporados como mão de obra, enquanto os indígenas do lado brasileiro da fronteira mantiveram-se isolados em sua maioria, habitando áreas menos acessíveis, até o início do século XX. A maioria deles, entre os quais o povo Kanoé, foi constatado quando o Marechal Rondon atravessou a região. A partir

de 1930, quando a demanda pela borracha aumentou no contexto da II Guerra mundial, o contato se intensificou: muitos povos tiveram suas aldeias invadidas por seringueiros e foram obrigados a abandonar seus territórios, sofreram epidemias, além de viverem a escravidão nos seringais. Os Kanoe, por exemplo, habitavam a margem do rio Pimenta Bueno quando em 1940 foram em grande parte levados para o rio Guaporé e estabelecidos no posto Ricardo Franco, junto com outras etnias, a mando do SPI e do governador do território do Guaporé. Esta foi uma estratégia de apropriação dos territórios destes povos por seringalistas e fazendeiros. Nas últimas três décadas, dado o intenso processo de expansão agropecuária de Rondônia, muitos dos povos indígenas do Mamoré como os Kanoé, Aricapu, Ajuru, Jabuti, Macurap e outros estão reduzidos a alguns sobreviventes, com a consequente perda de suas línguas e tradições culturais. Os povos da região mantêm o costume de consumir chicha de milho e macaxeira, praticam o xamanismo e mantêm muitos de seus rituais. Na atualidade ocorrem muitos casamentos interculturais entre os povos indígenas com não indígenas. Há também a influência de grupos religiosos evangélicos.

Os povos da região consomem chicha fermentada, mas na atualidade a mistura de cachaça à bebida tradicional tem trazido muitos problemas. Em todas as aldeias existem postos de saúde e escolas, com professores indígenas e não indígenas.

#### Sujeitos da intervenção:

Serão incluídos nesta intervenção na população indígena maior das 18 anos de das comunidades indígenas do rio Mamoré e pacas novas (aldeias Sotério, Deolinda, Barranquilha, bom Jesus, san Joan, cajueiro, capoeirinha, tanajura e grassas a does). De ambos os sexos, para avaliar o comportamento da hipertensão, ações e estratégias propostas de prevenção e controle das doenças.

#### Estratégias e Ações:

Para alcançar os objetivos propostos estão sendo desenvolvidas as seguintes ações:

- Capacitação de todos os profissionais de saúde das equipes em relação aos objetivos da nossa intervenção.
- Realização do cadastro e notificação de todos os pacientes que sofrem de hipertensão arterial. Nas comunidades indígenas e organização do prontuário atualizado e completo de todos os pacientes.
- Organização de um grupo formado pelos pacientes que sofrem de hipertensão nas aldeias indígenas que se encontre pelo menos uma vez, a cada três meses, onde serão abordados temas diversos em relação a estas patologias.

Além disso, serão realizadas atividades educativas, como palestras e dramatizações teatrais que abordarão vários aspectos da hipertensão. Existem a preocupação em adequar as informações e explicações para que a população compreenda questões básicas sobre hipertensão, quais são os sintomas, os fatores de risco, e as principais complicações, o que pode ser feito para evitar as complicações da doença e orientações para uma alimentação adequada, melhorar qualidade de vida.

#### Avaliação e Monitoramento:

Como já é conhecido na hipertensão arterial é um problema de saúde pra mundo, Brasil e nossa população indígena não fica a parte a esta doença, em os meses de trabalho com nossas comunidades observamos muitos fatores de riscos apresentados nas áreas de saúde, em nossas análises de situação de saúde nas doenças aparelho circulatório e de elas na hipertensão ocupam um importante papel com 38 casos diagnosticados ainda observamos um subregistro de pacientes,

Em nosso trabalho de intervenção pretendemos estudar, avaliar, pesquisar na maior quantidade possível de lá população maior de 18 anos de as aldeias do rio Mamoré e Pacas Novas. Para diagnosticar, classificar, os pacientes que sofrem de hipertensão, por cifras de PA. E idades, sexo. E raça. O estudo será feito por EMSI previa capacitação, os dados coletados através de encuestas confeccionadas ao respeito por autor y ajuda de prontuários clínicos, tabelas

de SIAB, SIABI, Outras. Também levou em consideração um conjunto de princípios éticos pra pesquisa incluindo:

\*Consentimento informado de cada um dos participantes.

\*Condições locais para a aplicação, ou a PSF ou em casa.

.\*Respeitar os critérios dos pacientes.

\*Confidencialidade de nomes e identidade dos critérios obtidos para além do quadro na área da saúde e propuseram pelas recomendações do trabalho.

Na classificação a pressão foi acordo com cifras de PA.

\*Pressão Arterial PAS PAD mmhg.

\*Normal: 120/80 mmhg.

\*Pré-hipertensão 120-139 mmhg / 80-89 mmhg.

\*HTA: Fase I 140-159 mmhg / 90-99 mmhg.

\*HTA: Estádio II superior a 160 mmhg e superior a 100 mmhg.

Idade.

Pra nosso estudo foi tirado em intervalos de idades diferentes agrupados em sectores com características semelhantes.

- 20-29 anos.
- 30-39 anos.
- 40-49 anos.
- 50-59 anos.
- 60 e, mas anos.

Sexo.

Foi avaliado pra cada grupo de idade.

- Masculino

- Feminino.

Raça.

Para a corrida foi tomada em conta, como elemento central, a cor da pele e era avaliado conjuntamente para negros e mestiços, combinando indicadores para a ocorrência de hipertensão e diferem em:

\* Negros.

\* Mestiços.

\* Branco.

O índio foi avaliado como mestiços.

Considerando a magnitude, em termos de morbimortalidades, com que as HAS acometem a população, a gravidade das manifestações e complicações, bem como a possibilidade de intervenção por meio do controle da exposição aos fatores de risco para algumas das entidades que compõe o grupo, justifica-se tanto a atividade de vigilância epidemiológica como as ações previstas a desenvolver para este grupo de doenças. (10)

Para identificar e classificar os fatores riscos de hipertensão em nossa população forem considerados:

Qualidade de vida: é então definido como "Sentimento subjetivo de bem-estar do indivíduo" (Chartunedi, 1991). Em sua essência, o conceito tem avaliativa, contextuais e históricas, bem como sua fidelidade aos valores humanos (14).

Para seu estudo, levaremos em indicadores de conta:

Indicadores de qualidade de vida:

\*Mobilidade: capacidade de usar seus membros para realizar atividades diárias.

\*Cuidados de pessoais: capacidade de manter e realizar suas atividades de vaso sanitário e vestir-se ou aliciamento.

\*Atividades diárias: o conjunto de tarefas dadas pelo papel que ocupamos na família e o sistema social em que o homem é inserido.

\*Presença de dor ou desconforto.

\*Presença de ansiedade ou depressão.

\*Hábitos tóxicos: ingestão ou uso de álcool ou outras substâncias ou tabaco.

\*Práticas de exercícios físicos.

\*Dieta: alcançar um equilíbrio na ingestão de alimentos ricos em potássio e cálcio, com redução de sódio na dieta (6g por dia), como elementos centrais do tratamento a este nível.

\*Peso: tendo em conta a fórmula:  $IMC = P \text{ (Kg)} / T \text{ (m}^2\text{)}$ .

\* Tendo em conta as categorias de acordo com o IMC:

\* Peso: menos de 19,8 kg/m<sup>2</sup>

\* Peso normal: de 19,8 e 26,0 kg/m<sup>2</sup>

\* Excesso de peso: a partir de 26,0-29.0 kg/m<sup>2</sup>

\* Obesos: mais de 29,0 kg/m<sup>2</sup>

\* Adesão ao tratamento: fonte de estabilidade e de drogas.

\* Controle da doença: os pacientes controlados são determinados quando um paciente hipertenso alcançado figuras do seu PA menos de 140 e 90 mmhg para diabéticos e 130 paciente renal com 80 mmhg.

Para --Avaliar o nível de conhecimento dos pacientes sobre fatores de risco da Hipertensão Arterial. Confeccionamos uma serie de perguntas em relação a tema como conhecimento de na doença, alimentação saudável, hábitos toxico, pratica de exercícios. Estilos de vida. As ações planejadas para a realização deste projeto foram em primeiro a identificação de todos os pacientes com fatores de riscos modificáveis e HAS, pois, agindo neles aumentaremos a qualidade de vida de nossa área de abrangência apoiando-nos nos dados que temos do SIAB e recolhidos por nossa equipe nas fichas individuais dos

pacientes e em entrevistas realizadas individualmente a cada um deles. Então partindo da premissa que as estratégias comunitárias têm um impacto social maior que as propostas de caráter individual, decidimos participarem todos os membros da equipe para fazer o planejamento das atividades nas comunidades e explicar as atividades a desenvolver com estes pacientes, lugar e datas das reuniões e garantir pelos ACS a maior assistência de pacientes nossa população alvo.

Como parte do projeto de Intervenção, foram realizadas várias salas de espera, roda de conversa e palestras sobre Hipertensão Arterial e qualidade de vida. Outras ações serão encaminhadas tais como, a capacitação dos ACS sobre Hipertensão Arterial e qualidade de vida, fatores de risco, prevenção e promoção em saúde. Ensinaam a medir PA e realizou-se pesquisa ativa na população, distribuição de informações educativas face a face com os pacientes nas consultas e em visitas domiciliares como parte do projeto de Intervenção e surgiu no desenvolvimento a ideia de formar um grupo com os pacientes. A equipe realizara todas as ações de prevenção e promoção de saúde na comunidade.

Segundo Pereira (2003) "ações educativas são práticas de ensino aprendizagem desenvolvidas junto a população com a finalidade de debater e promover a tomada de decisão em relação a atitudes e práticas de saúde a traves de reflexão crítica, e a "educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favorecem a promoção e a manutenção da saúde".

A finalidade do projeto e a promoção e a manutenção da saúde para prevenir as complicações e retardo dos agravos das doenças crônicas além de melhorar a qualidade de vida e conhecimentos da doença.

Se fizerem aulas expositivas dialogadas com u conteúdos baseadas nas orientações das Diretrizes (VI DBHA, 2010).

## Resultados esperados

Quadro 1:

Comportamento na hipertensão segum grupo etário e sexo em relação com na população maior de 18 anos e total de população.

Faixa etária (Anos)	Masculino		Feminino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-29	2	6,66	3	7,89	5	7,35
30-39	1	3,33	2	5,26	3	4,41
40-49	13	43,33	12	31,57	25	36,78
50-59	9	30,0	12	31,57	21	30,88
60 e +	5	16,66	9	23,68	14	20,58
Total HTA	30	100	38	100	68	100
População +18 anos	239	12,55	219	17,35	458	14,84
Total população	599	5,00	525	7,23	1124	6,04

Em nosso estudo A doença crônica não transmissível Hipertensão Arterial Sistêmica afeta um total de 68 (6,04% do total da população) pessoas.

Coeficiente de prevalência de Hipertensão Arterial:  $68/1124*100=6,04$  indica que há 6,04 pacientes com HTA por cada 100 pessoas.

O coeficiente de prevalência pra na população maior de 18 anos e  $68/458*100=14,84$  indica que há 14,84 com HTA por cada 100 personas.

Na HTA aumenta com na idade sendo maior grupo de 40-49 anos.com 25 pessoas pra um 36,78% de nossa população estudada.

O sexo feminino tem sertã bondade com 38 pessoas em relação al masculino com 30 pessoas..

Quadro 2.

Nível de conhecimento sobre hipertensão y fatores de riscos. Segun grupo de idades.

Faixa etária (Anos)	Hipertensão				Fact. de risco.				total	
	# M	%	# F	%	# M	%	# F	%	HTA, F.R	%
20-29	18	7,5	23	9,6	13	5,9	15	6,8	69	15,0
30-39	15	6,2	17	7,1	11	5,0	10	4,5	53	11,5
40-49	11	4,6	15	6,2	9	4,1	7	3,1	40	8,7
50-59	8	3,3	7	2,9	5	2,2	4	1,8	24	5,2
60+	2	0,8	3	1,2	0	0	1	0,4	6	1,3
Total	54	22,5	65	29,6	38	15,8	37	16,8	194	42,2
total	239/100		219/100		239/100		219/100		458	100

O nível de conhecimento sobre HTA e FR.é muito baixo.  $54/239^*=22,5\%$  #M.  $65/219^*=29,6\%$  #F. pra HTA. e  $38/239^*=15,8\%$  # M  $37/219^*=16,8\%$  # F. em relação FR.

O nível de conhecimento baixa com na idade.com ligeira maioria pra sexo feminino. E comportasse de igual forma pra HTA e FR.com discreta maioria sobre os HTA.

Quadro 3.

Comportamento os fatores de risco segum grupos etários.

Faixa etária (Anos)	Sal e Gorduras				. Fuma				Faz exercício físico				Bebida Alcoólica.			
	# M	%	#F	%	# M	%	#F	%	# M	%	#F	%	# M	%	#F	%
20-29	112	46,8	98	44,7	13	5,3	33	1,3	150	62,7	100	42,9	147	61,5	140	58,9
30-39	31	12,9	19	8,6	18	7,9	20	0,9	32	13,3	20	8,3	32	13,3	23	9,5
40-49	12	5,0	9	4,1	11	4,6	14	0,6	12	5,0	10	4,2	13	5,4	10	4,1
50-59	9	3,7	11	5,0	4	1,6	14	0,6	9	3,7	11	4,6	8	3,3	11	4,6
60 e +	31	12,9	22	10,0	10	4,1	0	0	24	10,0	16	6,7	6	2,5	8	3,3
T. EX.FR	195	81,5	159	72,6	47	19,9	73	3,1	229	95,9	199	83,3	206	86,1	192	77,6
T. PPAL VO	23		21		23		21		23		21		23		21	

O consumo de sal e gorduras 195/239\*#M=81,5%: 159/219\*#F=72,6% Mais Bebidas alcoólicas 206/239\*#M=86,1%: 192/219\*#F=87,6% sou os FR.mais significativos em nosso estudo. Pra um e outro sexo. Na faixa etária da maior incidência foi na da 20-29 e 30-39 anos pra um e outro sexo. Com uma tendência o baixas com na idade

O habito de fumar 47/239\*#H=19,6%%: 7/219\*#F=3,1%. Foi mas significativo pra #M, não assim pra #F, e tive maior incidência o grupo idade da 30-39 anos.

NA atividade física 227/239\*#M:=94,9% e 199/219\*#F=90,8% foi FR positive pro nosso estudo. Pra um e outro sexo, e baixando com na idade.

Quadro. 4.

Comportamento do outros fatores de risco.

Estilo de vida.	Numero	%			
		M	F	%	%
1	Obesidade	12	20	5,0	9,1
2	Químicos Dependentes	0	0	0	0
3	Boa integração Social	239	219	100	100
4	Violência	11	6	4,6	2,7
5	Privados de liberdade	0	0	0	0
6	Higiene bucal deficiente	186	172	77,8	78,5
	TOTAL	239	219	100	100

Na obesidade foi da 12/239\*#M=5,0% e 20/219\*#F=9,1%.mais significativa pra feminais. Não tem Químicos Dependentes, Privados de liberdade, e Boa integração Social. Ainda fica na violência e Higiene bucal é muito deficiente .

### **Considerações finais:**

- Na HTA tive uma prevalência de 14,84% pra nossa população maior das 18 anos. Aumenta com na idade mais frequente entre os 40-49 anos e será bondade por sexo feminino.
- O nível do conhecimento sobre HTA e FR. é muito baixo em nossa população, baixa com na idade e ligeira maioria pra feminais.
- O consumo de sal, gorduras, bebidas alcoólicas, consumo de sigarrillos sou muito significativos em nosso estudo. Pra um e outro sexo com maios incidência em pessoas, mas jovens.
- Na atividade física foi positive pro nosso estudo. Pra um e outro sexo, e baixando com na idade: na obesidade foi mais frequente em nas feminais, Não tem Químicos Dependentes, Privados de liberdade, e Boa integração Social. Ainda fica na violência e Higiene bucal é muito deficiente
- Nosso estudo ainda es jovem e tem muito pra frente. Embora de estudo, capacitação, educação, esforços de equipe de saúde, liderança. pra lograr melhorar na qualidade de vida de nossa população..

.

.

## Referências bibliográficas:

- [rondoniaemsala.blogspot.com/2012/02/colonizacao-de-rondonia.html](http://rondoniaemsala.blogspot.com/2012/02/colonizacao-de-rondonia.html)
- [pib.socioambiental.org/pt/povo/kanoe/341](http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kanoe/341)
- [brasildasaguas.com.br/projetos/sete-rios-2006-2007/Mamoré/](http://brasildasaguas.com.br/projetos/sete-rios-2006-2007/Mamoré/)
- [prodoclin.Museudoindio.gov.br/index.php/etnias/kanoe/povo](http://prodoclin.Museudoindio.gov.br/index.php/etnias/kanoe/povo)
- [https://pt.wikipedia.org/wiki/rio\\_Mamoré](https://pt.wikipedia.org/wiki/rio_Mamoré).
- [www.portalamazonia.com.br/secao/amazoniadeaz/interna.php?id=365](http://www.portalamazonia.com.br/secao/amazoniadeaz/interna.php?id=365)
- Cardoso, A. M., Mattos, I. E., & Koifman, R. J. (2011). Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro Prevalência of risk factors for cardiovascular disease in the Guaraní-Mbyá population. *Cad. saúde pública*, 17(2), 345-354..
- Costa, A. M., Gonçalves, G. M. S., Lima, T. F. P., & Lima, Q. S. S. (2006). Epidemiologia e determinantes das DCNT em populações indígenas no Brasil. Frese E, organizador. *Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. Recife: Editora Universitária da UFPE, 303-20.
- Tavares, F. G. (2010). *Epidemiologia da hipertensão arterial e níveis tensionais em adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil*
- ANDRADE, L.O.M;BUENO, ICHC;BEZZERRA,RC. Atenção Primária a saúde e Estratégia Saúde da Família, In: CAMPOS, GWS;MINAYO, MCS; AKERMAN, M, *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio Janeiro: Editora FIOCRUZ p. 783-836, 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*. Brasília: Ministério da Saúde;2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Gerencia de Saúde Comunitária. A organização do cuidado as pessoas com hipertensão arterial sistema em serviços de atenção primária a saúde / organização de*
- Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago.2001

- BRASIL. Ministério da saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
- BRASIL Sandra R.S. Ferreira, Itelmar M. Bianchini, Rui Flores.- Porto Alegre: Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148. : II. –(Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CAMPOS, F. C.: FARIA. H.P; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação de Saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.
- MORESI, E (Organizador). Metodologia de Pesquisa. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2003.
- PASSOS, V. MA.; ASSIS, TD.;BARRETO, SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidem Serv Saúde* v. 15, n.1, p.35-45, 2006
- PIRES, O.R.M; BUENO. S.M.V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paul Enferm.* V. 22, p. 229-44, 2009
- RODRIGUES. W. C. Metodologia Científica. Paracambi: FAETEC/IST, 2007.
- SILVA C N da; FERREIRA J S. Programa de exercícios físicos para hipertensos: aplicação em Unidades Básicas de Saúde da Família. [Http://WWW.efdeportes.com/](http://WWW.efdeportes.com/) Revista Digital – Buenos Aires – Año 15 – Nº 143 – Abril de 2010

- SILVA, Jorge Luís Lima; SOUZA, Solange Lourdes de – Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente, Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n.03, p.330 – 335. 2004
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA /SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Brás Cardiol. V.95, (1 supl.1),p: 1 – 51. 2010
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSAO ARTERIAL. Rev. Brás Terap. v. 24, n. 6, p. 231 – 272.1998
- WAZLAWICK, R.S. Metodologia de pesquisa para Ciência da Computação. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2009.

ANEXO.

PESQUISA

1. Sabe que é a hipertensão Arterial.

Sim\_\_ não\_\_

2. Sabe que é um fator de risco

Sim\_\_ não\_\_

3. Sua dieta é rica em sal e gordura

Sim\_\_ Não\_\_

4. Fuma

Sim\_\_ Não\_\_

5. Faz exercício físico (caminhada, academia, aeróbia)

Sim \_\_ Não\_\_

6. Consumo de bebida Alcoólicas.

- Sim \_\_

- Não \_\_\_\_

7. Sabem quais são os perigos dos fatores de risco cardiovasculares

Sim\_\_ Não\_\_

8. Tem antecedentes de doenças cardiovasculares em sua família como hipertensão arterial, infartos, AVC, ou outros.

Sim \_\_ Não\_\_

9. Sabe sobre os perigos e consequências dos fatores de risco para desenvolver alguma doença cardiovascular (HAS, AVC, CARDIOPATIAS)

Sim \_\_\_\_ Não\_\_



Fig.1. Saída equipes de saúde pra aldeias.



Fig.2. Deslocamento pra as aldeias



Fig.3. Controle de pressão idosa aldeia capoeirinha.



Fig.4. Controle de pressão idosa aldeia cajueiro.



Fig.5. Palestra aldeia tanajura.



Fig.6. Pre. Natal aldeia tanajura.



Fig.7. Roda de conversa equipe. Saúde.



Fig.8. Visita domiciliaria pitop.

Quero me despedir com algumas frases celebres que merecem ser lembradas sempre:

- “A ignorância é a maior enfermidade do género humano.”
  - Marco Túlio Cícero.
- “Melhor é prevenir do que curar.”
  - Erasmo de Rotterdam
- “A saúde depende mais das precauções que dos médicos”.
  - Jacques Bossuet.
- “A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.
  - Albert Einstein.
- “A dúvida é o principio da sabedoria”.
  - Aristóteles.
- “Ninguém é tão ignorante que não tenha algo a ensinar e ninguém é tão sábio que não tenha algo a aprender”.
  - Blaise Pascal.