



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

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA COMUNIDADE INDÍGENA
PATAXÓ ALDEIA COROA VERMELHA, PÓLO BASE PORTO SEGURO,
DSEI BAHIA, 2017.**

SIRLENE CAU LOPES

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

Orientador (a): Prof. (a) Ana Paula Grotti Clemente

SÃO PAULO

2017

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM PACIENTES PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DA COMUNIDADE INDÍGENA
PATAXÓ ALDEIA COROA VERMELHA, PÓLO BASE PORTO SEGURO,
DSEI BAHIA, 2017.**

SIRLENE CAU LOPES

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

Orientador (a): Prof. (a) Ana Paula Grotti Clemente

SÃO PAULO

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a niamissun (Deus) por mais uma conquista em minha vida e por me dá forças para continuar lutando por uma melhor assistência à saúde do meu povo.

A minha mãe (in memorian) Ivanildes Miranda Cau Lopes e meu pai (in memorian) Eujácio Batista Lopes, por me conceder a vida e pela educação exemplar que me proporcionaram.

Aos meus irmão e irmãs, Karkaju, Sirleide, Cirlaine, Vilson, Ivanildo, Irene e Igenilza, pelo companheirismo de todos os dias e pelas palavras de apoio e incentivo para que eu não desistisse dos meus ideais.

Em especial ao meu filho Guilherme Akawenã, por ser a razão pelo qual busco meu crescimento pessoal e profissional todos os dias.

Ao meu povo Pataxó por me mostrar que todos os esforços são essenciais para que possamos conquistar nossa vitória.

A minha orientadora pelas palavras de carinhos, incentivo e dedicação para que eu possa melhorar a cada escrita do meu trabalho de conclusão de curso.

As amigas e companheiras de trabalho, Brunna Braz pela troca de experiências e apoio incondicional, Vanessa Sena, Aluciena, Jirlandia e Tatiane Lacerda pelo apoio e incentivo trocados nesta caminhada.

A todos os tutores e coordenadores do curso de especialização em saúde indígena por me proporcionar cada aprendizado e troca de experiência durante todo o curso, este que para mim, foi à realização de um grande sonho.

RESUMO

O presente projeto trata-se de uma proposta de intervenção educativa que visa melhorar a assistência aos pacientes portadores de hipertensão arterial da aldeia Pataxó Coroa Vermelha, município de Santa Cruz Cabrália, Polo Base Porto Seguro, DSEI – BA. O objetivo das atividades planejadas são informar a população sobre a prevenção de possíveis danos causados por esta patologia, propondo mudanças no estilo de vida com a realização de atividade física, adoção de dieta adequada para a manutenção da qualidade de vida e melhoria nos níveis pressóricos dos pacientes. Será realizada uma atividade de massoterapia com os mesmos no intuito de aproximar os pacientes da equipe e assim aumentar o elo de confiança entre a população e a equipe envolvida, além de ser um momento de reflexão e relaxamento possibilitando que os participantes se sintam mais a vontade e aberto às propostas que serão elaboradas juntamente com a comunidade em questão. Na sequência será realizado palestra com a nutricionista do Polo Base Porto Seguro para auxiliar os pacientes, através de dicas de uma dieta saudável e que seja acessível para a população. Espera-se que com este estudo seja elaborado um plano de ação com o levantamento de dados a partir das necessidades da própria comunidade e dos profissionais de saúde envolvidos. Pois para que possamos fazer as intervenções eficazes é preciso que a população se sinta parte de todo o processo, desde sua elaboração, até a conclusão das ações desenvolvidas.

Palavras – chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Indígenas; Pataxó;

LISTA DE SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde

BAAR – Bacilo Álcool-Ácido Resistente

CF – Coeficiente de Fecundidade

DM – Diabetes Mellitus

DSEI – Distrito Especial de Saúde Indígena

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HPV – Papilomavirus Humano

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HDLEM – Hospital Deputado Luiz Eduardo Magalhães

IE – Índice de Envelhecimento

MG – Minas Gerais

PPD – Teste Tuberculínico (sigla em inglês – significa derivado proteico purificado)

PSFI – Posto de Saúde da Família Indígena

RS – Razão de Sexo

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

TN – Taxa de Natalidade

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. População da Coroa Vermelha, de acordo com sexo e idade, Dezembro 2016.

Quadro 2. Descrição da população de acordo sexo e faixa etária, dezembro de 2016.

Quadro 3. Nascimento (incluindo natimortos) de acordo com o sexo e mês de ocorrência, Coroa Vermelha, 2016.

Quadro 4. Número de óbitos de acordo mês e causa da morte, PSFI Coroa Vermelha, 2016.

Quadro 5. Doenças crônicas não transmissíveis, PSFI Coroa Vermelha 2016.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena da Bahia

Figura 2. Estados e municípios da área de abrangência

Figura 3. Pirâmide etária da Aldeia Coroa Vermelha 2016

Figura 4. Pirâmide etária da equipe 01 da aldeia Coroa Vermelha 2016.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO	11
3. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3. METODOLOGIA	26
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	28
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
7. ANEXOS.....	33

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores que favorecem o perfil da morbidade e mortalidade cardiovasculares, por este motivo vários estudos têm sido realizados em todo o mundo. De acordo com Neder et al. No Brasil, os primeiros estudos sobre prevalência de hipertensão surgiram na década de 1970, com produções crescentes na literatura e em congressos desde então, com predomínio nas regiões Sul e Sudeste.

A hipertensão arterial Sistêmica (HAS) ao longo dos anos tem contribuído para elevados índices de mortalidade cardiovascular em todo país. Alguns fatores de risco como a obesidade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo, contribuem para que estes casos se elevem ainda mais. “Embora exista um vasto arsenal terapêutico para o tratamento da hipertensão, apenas cerca de um terço dos hipertensos em tratamento tem seus níveis tensionais controlados” (Bloch; Fiszman; Rodrigues, 2006, p. 135).

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública devido ao índice crescente de casos, o difícil controle dos valores pressóricos dos pacientes diagnosticados e até mesmo aqueles que não têm conhecimento sobre a situação atual de sua saúde, pois muitas vezes este agravo pode ser silencioso, o que aumenta ainda mais os riscos para a saúde da população acometida. “sendo assintomática a hipertensão arterial é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas” (Toscano, 2004, p.887).

Mesmo tendo estudos que evidenciam baixa prevalência de HAS nas populações indígenas, observamos em nossa área de atuação um crescente número de ocorrência desse agravo em nossa comunidade.

As doenças crônicas não-transmissíveis também vem aumentando entre a população indígena, isso se deve as mudanças no estilo de vida, alimentação inadequada e introdução de alimentos industrializados e a mudança do ambiente e condições de vida da população.

Cardoso et al. comentam que os estudos feitos com povos indígenas mostram um aumento na porcentagem de indivíduos com doenças cardiovasculares, diabetes

mellitus e transtornos mentais em função do processo de crise de identidade e de mudanças de hábitos.

Isso se deve ao fato da introdução da modernidade nas aldeias indígenas, levando a um distanciamento dos costumes tradicionais, mudando drasticamente o estilo de vida da população. E o ganho que se tem muitas vezes não é satisfatório, quando levamos em consideração o crescente número de indígenas com doenças que poderiam ser evitadas.

Estudos realizados entre os Guaraní-Mbyá, Cardoso et al. revelam que dentre os 193 indivíduos avaliados, 4,8% foram classificados como hipertensos, a prevalência de hipertensos encontrados nesta população foi inferior à média encontrada em outras populações. Essa doença foi mais evidenciada na faixa etária a partir dos 50 anos e fatores de risco como sedentarismos, mudança de hábitos alimentares com introdução de carboidratos e gorduras, contribuem para o aumento de casos de doenças crônicas não transmissíveis.

Baruzzi et. al. em estudos feitos com os Aruak da região do alto Xingu, observou elevada prevalência de excesso de peso, obesidade, obesidade abdominal, dislipidemias e alterações dos níveis pressóricos, o que indica o alto risco dessa população em desenvolver problemas cardiovasculares. Eles ressaltam para mudanças na dieta tradicional deste povo, na qual com o passar do tempo houve introdução de sal comum, açúcar e óleo de cozinha e consumo de alimentos não tradicionais o que vem contribuindo para alterações metabólicas nesta população.

Este mesmo estudo conclui que “esses índios pioraram seu perfil metabólico e “perderam a proteção” contra as doenças crônicas não-transmissíveis, quer pelo fato de outrora apresentarem biótipo “saudável” (menor porcentagem de tecido adiposo e maior de massa muscular), quer pela redução na prevalência de doenças infecciosas – principais causas de morbi-mortalidade, nas décadas passadas, entre esses povos” (Baruzzi et. al. 2000-2002).

Contrapondo alguns estudos, Bloch et al. Em pesquisa feita com os Yanomami, demonstra que, a prevalência ainda baixa destas doenças entre eles oferece uma oportunidade única de prevenção. A prevenção das características culturais deste povo parece ser a melhor forma de se evitar a proliferação dos principais fatores de risco: a

obesidade (em especial a centrípeta), a sedentarização e a introdução de produtos alimentícios industrializados.

Mesmo tendo como base para avaliação dos casos um número reduzido de estudos que abordam o tema “hipertensão arterial em indígenas”, este tema se torna relevante para que possamos fazer uma discussão que abrange aspectos favoráveis para o desenvolvimento desta doença entre a população indígena, em especial os Pataxó da Aldeia Coroa Vermelha.

A hipertensão é uma das doenças crônicas não transmissíveis que mais afeta a população em questão, por ter vários fatores que favorecem o desenvolvimento da doença, como sedentarismos, hábitos alimentares inapropriados e obesidade estes casos vêm aumentando ainda mais em nossa comunidade com o passar do tempo. Por ser uma comunidade que tem contato constantemente com não indígenas e por muitos anos, muito tem mudado em relação à alimentação e estilo de vida da população.

Devido ao processo de colonização que contribuiu para mudança em hábitos alimentares que antes eram à base de peixes e produtos cultivados pela própria comunidade, hoje em dia tem-se introduzido cada vez mais alimentos industrializados, excesso de sal e dieta altamente calórica. Muitos indígenas deixaram de fazer trabalhos que exigem força física, como produção de artesanatos tornando-se cada vez mais sedentários. Esse processo teve grandes ganhos, como o aumento da renda familiar da população, porém, isso refletiu de forma negativa na qualidade de vida dessa comunidade, o que influenciou ainda mais para a mudança na alimentação e estilo de vida de toda população.

Este estudo se justifica por termos elevados casos de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica na aldeia Coroa Vermelha. Percebo que esses pacientes são difíceis de controlar a doença, temos baixa adesão ao tratamento e principalmente as consultas médica e de enfermagem para a orientação e acompanhamento dos casos. Além de contribuir para que se tenha estudo voltado para esse tema em especial da população Pataxó, pois poucos são os estudos que encontramos sobre esta população.

CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

O DSEI Bahia está localizado na cidade de Salvador, a 720 km de distância do Polo de Porto Seguro que fica na Nordeste do país. A Bahia faz fronteira com os estados de Alagoas, Minas Gerais, Pernambuco, Sergipe, Piauí, Goiás, Tocantins e Espírito Santo e tem território cuja área total é de 564 692,669 km². O clima é bastante diversificado sendo tropical na região litorânea e semi-árido no interior, com diversas vegetações como mangues no litoral, floresta tropical e caatinga (interior e semi-árido) e cerrado. Os rios que cortam o estado são Jequitinhonha, São Francisco, Paraguaçu, Carinhanha, de Contas, Itaperucu, Grande, Pardo e Capivari. A economia gira em torno do turismo, agropecuária e pesca. (Site <https://www.todamateria.com.br/estados-do-nordeste>)

Atualmente estão cadastrados nesse DSEI 27.740 indígenas, pertencentes a 11 etnias (Pataxó, Pataxó HãHáHáe, Tupinambá, Kaimbé, Pankarú, Tuxá, kiriri, Atikum, Pankararé, Xucuru-Kariri, Kantaruré) estes estão distribuídos em 9 pólos bases do litoral ao sertão da Bahia. O contato com a civilização não indígena deu-se desde o descobrimento do Brasil em grande parte do território onde engloba o pólo de Porto Seguro e Itamaraju.

Em fevereiro de 1991, o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI, como base da organização dos serviços de saúde.

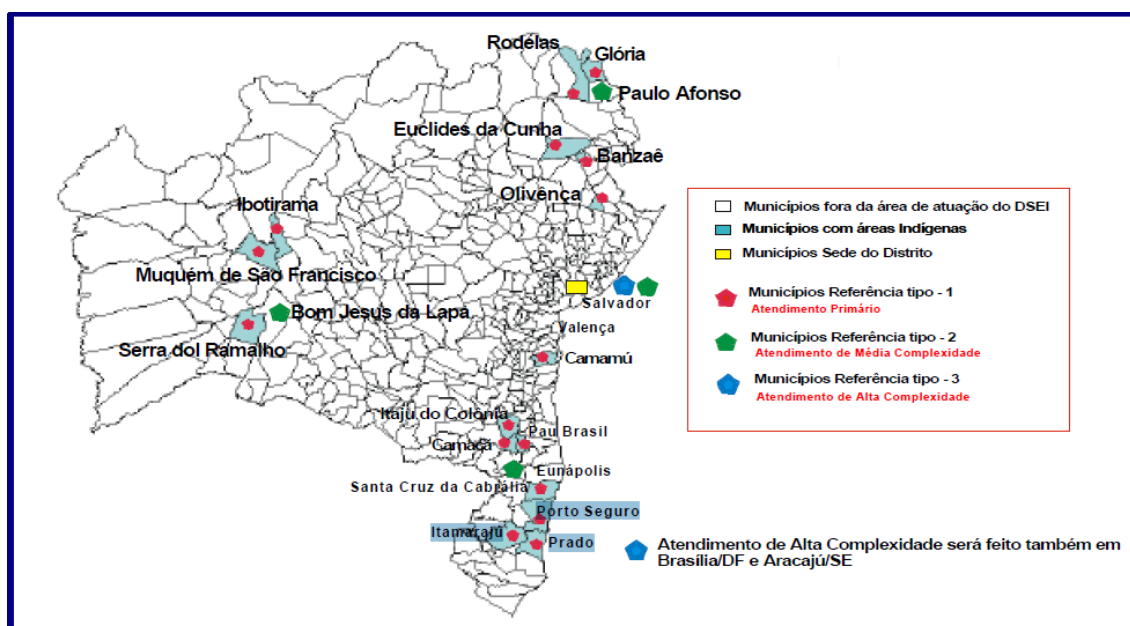
O DSEI atua como parte de um subsistema que articula com o Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolve suas ações a partir das seguintes condições, deve considerar os conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais, o processo de planejamento das ações é construído coletivamente e deve ter participação do controle social formalizado em todos os níveis de gestão. (FUNASA)

O DSEI deve desenvolver um conjunto de ações de saúde de atenção básica, articulando com o Sistema Único de Saúde para encaminhamentos das demandas de referencia e contra referencia (FUNASA, 1999-2001). Em nossa região a primeira referencia: são os hospitais municipais Hospital Professor José Maria de Magalhães Neto e Hospital Deputado Luiz Eduardo Magalhães, Segunda referência: Hospital João

Alves/SE, Sta. Casa de Misericórdia de Feira de Santana e Itabuna e a terceira referência Hospital Irmã Dulce em Salvador (FUNASA).

Os territórios distritais são definidas a partir de critérios técnicos-operacionais e geográficos, além de relações políticas, cultural e distribuição geográfica tradicional de cada povo, o que por muitas vezes não coincide com limites de municípios e estados onde estão localizadas as terras indígenas (FUNASA,1999-2001)

figura 1. Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena da Bahia.



Fonte Ministério da Saúde – FUNASA 2009

Figura 2. Estados e municípios da área de abrangência.

BAHIA					
Municípios	Pop. Total	Pop. Indígena	% Pop. Ind.	N.º Aldeias	Etnias
Banzaê	9650	1163	12,0	8	Kiriri
Camacã	30892	43	0,3	1	Pataxó Há Há Hãe
Camamu	28715	65	0,2	1	Pataxó
Euclides da Cunha	47298	634	3,8	8	Kaimbé
Glória	13661	1133	15,8	8	Pankararé/Xucuru-Kariri/Kantaruré
Ibotirama	24764	513	2,0	1	Tuxá
Itaju do Colônia	7932	41	0,5	1	Pataxó
Itamarajú	61739	184	0,1	2	Pataxó
Muquém do São Francisco	10617	183	0,5	1	Kiriri
Ilhéus (Olivença)	258917	1200	0,5	1	Pataxó Há Há Hãe
Pau Brasil	12560	926	7,9	1	Pataxó
Porto Seguro	72986	2008	2,7	5	Pataxó
Prado	25069	217	0,9	1	Pataxó
Rodelas	5933	409	7,6	1	Tuxá
Santa Cruz de Cabralia	19557	1504	7,7	2	Pataxó
Serra do Ramalho	28048	84	0,3	1	Pankaru
TOTAL GERAL	399421	10307	1,9	43	

Fonte Ministério da Saúde – FUNASA 2009

O controle social tem papel importante na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. Um ponto importante é a participação da população nas tomadas de decisão administrativas, para que as ações de saúde sejam voltadas para a realidade da população local. Cabe ao controle social fiscalizar essas ações no âmbito municipal, estadual e federal, através do conselho local e distrital. (FUNASA, 1999-2001)

A população indígena também tem direito a participar do controle social, direito este garantido por lei, na qual garante a participação da população indígena nos Conselho Nacional de Saúde e nos Conselhos Municipais e Estaduais. A participação da população no Controle Social evidencia a capacidade que a sociedade tem de intervir nas políticas públicas, colaborando com a formulação de prioridades e elaboração do plano de ação a serem desenvolvidas a nível municipal, estadual e federal. Levando em consideração que atende as necessidades específicas de acordo com a realidade local, o que tende a refletir nas condições de saúde de cada população.

Mesmo sendo um instrumento de participação popular para as reivindicações da população, em nossa comunidade o controle social se faz de forma tímida pouca são as reuniões para articulação e planejamento das ações juntamente com a comunidade e principalmente com os funcionários do Polo Base local. É preciso que a comunidade tenha consciência sobre a importância deste instrumento para que possa fortalecê-lo cada vez mais e fazer valer as leis voltadas para a melhoria da assistência à população.

O Conselho Distrital é composto por usuários, funcionários e gestores ele é de grande relevância para a formulação das ações de saúde das comunidades, pois participa diretamente do planejamento do Plano Distrital, que é um instrumento norteador para a execução das ações técnicas e financeiras do DSEI. Estes tem o compromisso de planejar a aplicação dos recursos, pactuar metas, fiscalizar e avaliar como as ações estão sendo desenvolvidas, além de verificar a prestação de contas dos gestores no que diz respeito ao orçamento utilizado pelo DSEI nas ações de saúde.

O conselho distrital tem maior atuação em comparação ao local, várias são as ações de articulação junto ao DSEI – BA que aos poucos vem colaborando de forma positiva nas comunidades. Porém por ter participação de diversas etnias de várias localidades da Bahia a maior dificuldade que temos é com os custeios com passagens, estadias e alimentação dos conselheiros para a realização das reuniões. Devido à mudança na gestão do DSEI no ano passado, sofremos com a falta de articulação da nova gestora o

que prejudicou as reuniões do conselho, mesmo diante desse quadro os conselheiros tem se articulado entre eles para manterem um diálogo mais próximo com a gestão atual e assim poder desenvolver suas atividades competentes.

O Polo Base funciona como uma unidade para a primeira referencia a partir das demandas das equipes de saúde alocadas nas comunidades. Está localizada no município de Porto Seguro e sua abrangência atende as aldeias do município de Porto Seguro, Santa Cruz Cabrália e Belmonte. É composto por 09 equipes que atuam em 22 aldeias distribuídas por estes municípios, com predomínio das aldeias alocadas no município de Porto Seguro.

Os Pataxó foram descrito pelo viajante austríaco Príncipe Wied Neuwied junto com o desembargador Luiz Thomas de Navarro em 1850, perto do Monte Arará, atual Monte Pascoal. Em 1861, por decisão do governo, foram deportados e aldeados, junto com todos os remanescentes indígenas em Bom Jardim, atual Barra Velha, perto do Monte Pascoal. (projeto de pesquisa sobre ervas medicinais, por Sirlene Lopes).

O príncipe Maximiliano de Wied-Neuwied assinalou a existência de similaridades culturais entre os Pataxó e os Maxacali, tais como o uso de sacos pendurados; o prepúcio amarrado com um cipó; o pequeno orifício no lábio inferior, onde, por vezes, usavam um pedacinho de bambu; o cabelo tosado à moda pataxó; a similar construção das choças; e o uso de cauim (Site : <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/pataxo/2312>)

Devido ao massacre sofrido pelos Pataxó em 1951, denominado “fogo de 51”, muitas famílias saíram de sua terra ancestral, sendo obrigados a trabalhar em fazendas localizadas pelas redondezas e alguns se refugiaram em diversas localidades, dando origem à outras aldeias, como foi o caso da aldeia Coroa Vermelha. Por isso, que para o povo Pataxó a aldeia Barra Velha é chamada de aldeia mãe, por ser a primeira aldeia na qual os indígenas foram agrupados.

Os dados do SIASI registram, para 2010, 11.436 habitantes (sendo 5.839 homens e 5.597 mulheres) distribuídos pelas aldeias Barra Velha, Aldeia Velha, Boca da Mata, Meio da Mata, Imbiriba, localizadas em Porto Seguro; Pé do Monte, Trevo do Parque, Guaxuma, Corumbauzinho e Aldeia Nova, estabelecidos em Itamaraju; Coroa Vermelha e Mata Medonha, em Santa Cruz Cabrália; e, por fim, Águas Belas, Craveiro,

Tauá, Tibá, Corrego do Ouro, Cahy e Alegria Nova no Prado, totalizando 19 aldeias.(
Site: <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/pataxo/2310>).

A aldeia Pataxó Coroa Vermelha está localizada entre a praia e a pista da BR 367, a oito quilômetros ao sul do município de Santa Cruz Cabrália e quinze quilômetros ao norte de Porto Seguro. Faz parte dessa aldeia uma área denominada gleba B que fica a cerca de seis quilômetros a oeste, na qual a comunidade desenvolve desde 1972, atividade de agricultura. (Site: <http://patax.blogspot.com.br/2006/07/aldeia-coroa-vermelha.html>).

A Terra Indígena Pataxó de Coroa Vermelha foi criada pelo decreto 1775/1996 e homologada em decreto de Junho de 1998 e publicado no Diário Oficial da União em 10 de Julho de 1998, com uma extensão de 1.493 hectares. Além deste território, existem 05 extensões que residem os indígenas, porém ainda em processo de demarcação da terra. (Site: <http://petervasmedicinas.blogspot.com.br/2011/08/um-pouco-da-historia-da-aldeia-coroa.html>).

Por muitos anos os Pataxó vivem em constante luta pela demarcação das terras, são mais de 20 áreas de retomadas que estão em processo de demarcação e recentemente houve reintegração de posse de uma destas áreas. Isso se deve a grande parte destas terras terem como “donos” grandes fazendeiros e políticos da região, o que torna ainda mais difícil a legalização das terras a favor dos indígenas.

A aldeia Coroa Vermelha fica localizada em zona urbana, há quem diga que seja a maior aldeia urbana do Extremo sul da Bahia. Porém, as extensões e a gleba B são áreas rurais. A comunidade tem como principal atividade econômica a venda de artesanatos, por estar localizada em uma área turística, essa atividade se torna predominante nesta região. Porém, algumas famílias vivem da agricultura, trabalham em hotéis e cabanas de praia e atuam na área da educação e da saúde, além de alguns possuírem comércio, como mercadinhos, lojas de roupas e bares.

Mesmo convivendo em meio aos não indígenas, pois nossa aldeia está localizada em uma região turística e tem fácil acesso á essa população, os indígenas mantêm, mesmo que de forma corriqueira, algumas práticas tradicionais como chá, unguentos, banhos e rezas. As parteiras tradicionais ainda realizam partos, apesar de ser uma prática pouco utilizada pelas mulheres devido o fácil acesso ao hospital da região.

Também desde 2015 os agentes de saúde realizam a prática de massoterapia em um local específico para o desenvolvimento dessa atividade que fica ao lado do posto de saúde, os pacientes são indicados pela própria equipe de saúde ou são atendidos por demanda espontânea.

Na comunidade possui um pajé que mesmo tendo uma saúde fragilizada, tem atuação em alguns casos específicos, isso se deve a grande quantidade de indígenas evangélicos o que por sua vez distancia a população das práticas tradicionais do nosso povo. Mesmo diante deste quadro a comunidade por iniciativa dos professores indígenas vem tentando manter a cultura tradicional, inicialmente com a pesquisa da língua materna, hoje denominada de Patxohã, esse estudo teve início em 2000 e hoje já se tornou disciplina obrigatória no currículo da escola da aldeia.

Na comunidade possui duas escolas indígenas, uma estadual e outra municipal, a escola municipal tem ensino da educação infantil ao fundamental. Já a escola estadual possui apenas o ensino médio. Todo corpo docente e funcionários em geral é formado por indígenas da aldeia. E toda a gestão é idealizada a partir dos princípios de uma escola intercultural, bilíngue e comunitária.

O entendimento sobre saúde e doença para os Pataxó, hoje em dia está muito mais próximo do entendimento que a população não indígena tem, já convivemos com doenças crônicas não transmissíveis que não tínhamos conhecimento antes e que hoje já é uma constante em nosso meio. Isso se deve a incorporação de hábitos alimentares e estilo de vida que adquirimos ao longo do processo de colonização que vivenciamos.

Em geral as famílias da nossa aldeia recorrem primeiramente ao posto de saúde para terem os primeiros atendimentos médicos, isso se deve ao fato de termos atendimento diário das equipes de saúde e as orientações dos agentes indígenas sobre a importância do atendimento pelas equipes do posto de saúde.

Algumas famílias recorrem à medicina tradicional, mas esta em sua minoria, apenas quando não obtém o resultado necessário com esta última prática, recorrem ao posto de saúde para terem os cuidados necessários. Mesmo assim, ainda observamos práticas tradicionais com relação ao parto, através do resguardo, alimentos que não podem ser ingeridos no puerpério, uso de banhos e chás cicatrizantes, cuidados com o recém-nascido. Mesmo em famílias que são evangélicas é recorrente o uso destas práticas ancestrais.

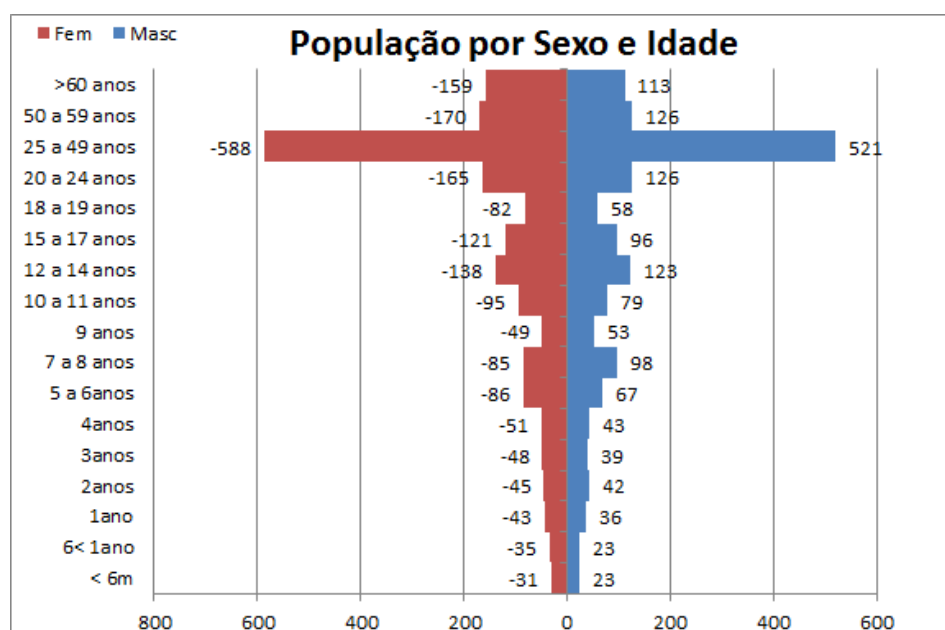
Atualmente a aldeia Coroa Vermelha possui 3.657 pessoas, destas nem toda a população é indígena, pois ainda há muito casamento com não indígenas, porém as equipes de saúde atendem a todas as pessoas que compõem esta população, desde que tenha vínculo familiar com o\|a indígena.

Quadro 1. População da Coroa Vermelha, de acordo com sexo e idade, Dezembro 2016.

Idade	Sexo		
	Masc.	Fem.	Total
< 6m	23	31	54
6< 1ano	23	35	58
1ano	36	43	79
2anos	42	45	87
3anos	39	48	87
4anos	43	51	94
5 a 6anos	67	86	153
7 a 8 anos	98	85	183
9 anos	53	49	102
10 a 11 anos	79	95	174
12 a 14 anos	123	138	261
15 a 17 anos	96	121	217
18 a 19 anos	58	82	140
20 a 24 anos	126	165	291
25 a 49 anos	521	588	1.109
50 a 59 anos	126	170	296
>60 anos	113	159	272
Total	1.666	1.991	3.657

Fonte: Sala de situação da Aldeia Coroa Vermelha/2016

Figura 3. Pirâmide etária da Aldeia Coroa Vermelha 2016



Fonte: Sala de situação da Aldeia Coroa Vermelha/2016

Razão de sexo(RS)

$$RS = \frac{\text{número de residentes do sexo masculino}(1.666)}{\text{número de residentes do sexo feminino}(1.991)} \times 100 = 83,67\%$$

Índice de envelhecimento(IE)

$$IE = \frac{\text{número de pessoas de 60 e mais anos de idade}(272)}{\text{número de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade}(1.332)} \times 100 = 20,42\%$$

A comunidade possui apenas um posto de saúde, composta por 03 equipes, compõem as equipes 03 médicos (um brasileiro que atende apenas nas segundas-feiras e dois cubanos que atendem de segunda-feira a quinta-feira), 03 enfermeiras (02 não indígena e uma indígena), um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal (indígena), 03 agente indígena de saneamento (todos indígenas), 16 agente indígena de saúde (todos indígenas), 09 técnicos de enfermagem (02 indígenas) e uma auxiliar de serviços gerais.

A atuação das equipes estão divididas em 03 áreas (vamos chama-las de área 01, área 2 e área 3), a área que atuo (área 01) é composta por 1.043 pessoas.

Quadro 2. Descrição da população de acordo sexo e faixa etária, dezembro de 2016.

Idade	Sexo		
	Fem.	Masc.	Total
< 6m	07	09	16
6< 1ano	15	07	22
1 ano	13	11	24
2 anos	13	07	20
3 anos	13	13	26
4 anos	10	09	19
5 a 6 anos	26	18	44
7 a 8 anos	18	19	37
9 anos	09	12	21
10 a 11 anos	26	22	48
12 a 14 anos	32	31	63
15 a 17 anos	32	21	53
18 a 19 anos	14	17	31
20 a 24 anos	60	34	94
25 a 49 anos	149	143	292
50 a 59 anos	84	43	127
60 a 64 anos	37	13	50
65 a 69 anos	20	08	28
70 a mais	22	06	28
Total	600	443	1.043

Fonte: Sala de situação da Aldeia Coroa Vermelha/2016

Esta área é composta por 06 micro áreas de atuação dos agentes de saúde, na qual 03 delas são as extensões, Itapororoca localizada metade no município de Santa Cruz Cabralia e metade no município de Porto Seguro, Aroeira pertencente ao município de Santa Cruz Cabralia e Novos Guerreiros localizada no município de Porto

Seguro, e 03 micro áreas que compõem a aldeia Coroa Vermelha. Compõem a equipe, uma enfermeira, 06 agentes de saúde indígenas e 02 técnicas de enfermagem. Por atuarmos com apenas um posto de saúde, os médicos atendem todas as áreas independente da área de atuação das enfermeiras, ou seja, não tem um médico para cada equipe, assim como o atendimento de odontologia, serviço de referencia, farmácia e vacina.

Apenas uma das extensões que atuo possui posto de saúde, este foi construído com recursos dos próprios indígenas da área. Nas demais localidades fazemos atendimento na escola ou casa dos moradores.

As 03 áreas que pertencem a Coroa Vermelha, foi dividida de acordo com a organização sociopolítica e gestão territorial da aldeia. Há alguns anos a comunidade tem sofrido com o crescimento da criminalidade e participação de adolescentes em facções criminosas, o que ocasionou na mudança de hábitos da população. Ou seja, quem pertence a uma determinada facção não pode transitar em áreas que é dominada pela outra e isso se estende aos familiares e demais moradores de cada área. Devido a isso, a equipe teve que desenvolver estratégias para assistência à população sem que estes transitem em áreas dominadas por facções “inimigas”. Neste sentido foi necessário fazer atendimento médico e de enfermagem nesta área, mesmo não tendo posto de saúde.

Todo mês fazemos reunião para elaboração do cronograma de atendimento mensal, aproveitamos o momento para planejarmos as ações de promoção à saúde, visita domiciliar, atendimento médico e de enfermagem, vacinação e revisão de temas pertinentes à nossa atuação em área, como calendário vacinal, tuberculose, hanseníase, saúde mental, dentre outros.

Quando dispomos de veículo, o atendimento médico e de enfermagem é feito nas localidades a cada quinze dias, quando não dispomos, ou os próprios indígenas disponibilizam o veículo ou os pacientes são atendidos no posto de saúde de Coroa Vermelha. Compõe também no cronograma os atendimentos que realizo no posto de saúde de Coroa Vermelha, como pré-natal, atendimento a hipertensos e diabéticos, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 05 anos e Papanicolau (preventivo). Quando dispomos de veículo agendamos esses serviços nas

localidades, no caso das localidades que não possuem posto de saúde utilizamos a casa das pacientes para coletarmos o preventivo e fazermos o atendimento de pré-natal.

No caso do preventivo essa medida foi necessária, pois algumas mulheres tem vergonha de vir até o posto de saúde para a realização do exame, então adotamos essa estratégia para melhor assistir a população.

A localidade Novos Guerreiros que pertence ao município de Porto Seguro, no ano passado foi contemplada com medicamentos e materiais como insumos, mesas, cadeiras, balanças e armários oferecidos pelo município. Além disso, a marcação de exame é feita no município referido, apenas os exames laboratoriais são coletados no posto de saúde de Coroa Vermelha, pois não dispomos de veículo para coletar semanalmente. Já as outras localidades, Aroeira e Itapororoca utilizam os serviços citados via município de Santa Cruz Cabrália, na qual há uma grande diferença na agilidade das marcações de exames e oferta de medicamentos. Pois o município de Santa Cruz Cabrália dispõe de pouco serviço de acordo com a demanda do posto de saúde da aldeia Coroa Vermelha.

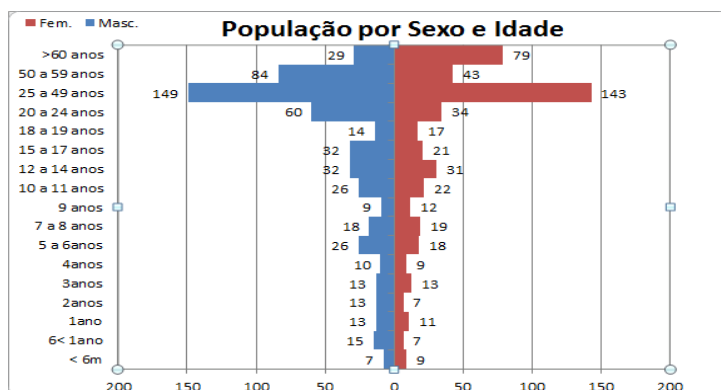
As emergências são encaminhadas na sua maioria para o hospital de Porto Seguro HDLEM - Hospital Deputado Luiz Eduardo Magalhães, pois o hospital de Santa Cruz Cabrália possui pouquíssimo recurso para esse tipo de atendimento, não possui aparelho de ultrassonografia, RX, laboratório dentre outros. As gestantes em trabalho de parto ou de alto risco também são encaminhadas para o HDLEM por possuir maternidade com recursos necessários para sua assistência. Já nos casos de média e alta complexidade, encaminhamos para a equipe de referencia do Polo base em Porto Seguro que encaminham para a referencia de média complexidade em Itabuna e alta complexidade em Salvador através do DSEI-Ba.

Mesmo possuindo equipe que atua diariamente no posto de saúde de Coroa Vermelha, o que facilita o acesso e melhora a assistência, temos sofrido com a falta de recurso oferecido pelo município de Santa Cruz Cabrália, ano passado os exames Papanicolau (preventivo) duraram mais de 05 meses para recebermos os resultados, o que dificulta ainda mais a coleta dos exames, pois muitas indígenas não o realizam devido a demora em obter o resultado. Pacientes que necessitavam de atendimento por especialistas esperaram meses se não anos para agendar consulta, além da escassez de medicamentos e a constante falta de comunicação entre os gestores e as equipes do

posto de saúde. O município não dispõe de referência para gestante de alto risco, tuberculose e hanseníase, dentre outros serviços necessários para a assistência qualificada aos indígenas.

A população da área que atuo está mais concentrada entre 25 a 59 anos, esses valores nos demonstram que a comunidade é composta em sua maioria por adultos com predomínio do sexo masculino. Como mostra a figura a seguir.

Figura 4. Pirâmide etária da equipe 01 da aldeia Coroa Vermelha 2016.



Fonte: Sala de situação da aldeia Coroa Vermelha/2016

Quadro 3. Nascimento (incluindo natimortos) de acordo com o sexo e mês de ocorrência, Coroa Vermelha, 2016.

Meses	Nascidos Vivos			Natimortos			Total
	Sexo			Sexo			
	M	F	Ign	M	F	Ign	
Janeiro	02	01	0	0	0	0	03
Fevereiro	02	02	0	0	0	0	04
Março	03	01	0	0	0	0	04
Abril	00	03	0	0	0	0	03
Mai	03	01	0	0	0	0	04
Junho	01	00	0	0	0	0	01
Julho	01	02	0	0	0	0	03
Agosto	00	01	0	0	0	0	01
Setembro	03	01	0	0	0	0	04
Outubro	00	01	0	0	0	0	01
Novembro	00	02	0	0	0	0	02
Dezembro	00	01	0	0	0	0	01
Total	15	16	0	0	0	0	31

Fonte: Sala de situação da aldeia Coroa Vermelha/2016

Coeficiente de fecundidade(CF)

$$CF = \frac{\text{Nascidos vivos em determinada área e período}(31)}{\text{Mulheres de 10 a 49 anos da mesma área}(313)} \times 100 = 10\%$$

Taxa de Natalidade (TN)

$$TN = \frac{\text{Número total de nascidos vivos}(31)}{\text{população total}(1,043)} \times 100 = 3\%$$

Quadro 4. Número de óbitos de acordo mês e causa da morte, PSFI Coroa Vermelha, 2016.

Causa da morte	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
	00	01	01	01	02	00	00	01	00	00	00	02
Causas violentas			X		X							
Doenças do Sistema circulatório												X
Outras causas		X		X				X				

Fonte: Sala de situação da aldeia Coroa Vermelha/2016

Em nossa comunidade a taxa de mortalidade infantil é quase que nenhuma, desde que iniciei meu trabalho como enfermeira da aldeia há 03 anos só teve 01 caso de mortalidade infantil. O quadro foi elaborado com dados do ano passado e foi apenas evidenciado óbito a partir da faixa etária de 10 a 19 anos, sendo apenas 01 caso por causas violentas em maio, de 20 a 59 anos tivemos 02 casos, 01 por causas violentas em março e outro em maio, 03 óbitos por Outras Causas sendo 01 em março, 01 em maio e 01 em setembro, e de 60 e mais tivemos 02 casos em dezembro por doenças do Sistema circulatório. Totalizando 08 óbitos durante todo o ano de 2016.

Quadro 5. Doenças crônicas não transmissíveis, PSFI Coroa Vermelha 2016.

Doenças	Número de casos
Hipertensão	80
Diabetes Mellitus	20
Obesidade	05

Fonte: Sala de situação da Aldeia Coroa Vermelha/2016

A hipertensão é uma das doenças crônicas não transmissíveis que mais afeta a população da minha área, por ter vários fatores que favorecem o desenvolvimento da doença, como sedentarismos, hábitos alimentares inapropriados e obesidade vêm aumentando ainda mais com o passar do tempo. Por termos uma comunidade que tem contato constantemente com não indígenas e por muitos anos, muito tem mudado em relação a alimentação e conduta diária. Esse contato também vem aumentando a

criminalidade, o uso abusivo de álcool e outras drogas ilícitas, além de abandono dos estudos e mortalidade entre jovens.

Além disso, percebo que esses pacientes (portadores de Hipertensão) são difíceis de controlar a doença, temos baixa adesão ao tratamento e principalmente as consultas médica e de enfermagem para a orientação e acompanhamento dos casos. Isso se deve, a aceitação do tratamento, por algumas famílias não poderem ir ao posto de saúde devido a localidade (como descrito anteriormente) e pelo fácil acesso a medicação na farmácia local, esta tem preço mais acessível e fica localizada na área que a população pode transitar.

Um dos problemas que estamos vivenciando há algum tempo, é o fato de algumas famílias irem diretamente à farmácia para adquirir medicamento, sem nenhuma orientação médica. Isso se deve primeiramente pela organização social que vivemos hoje em dia, na qual algumas famílias não podem transitar por determinadas áreas da aldeia, devido terem familiares envolvidos no tráfico. Nossa comunidade vive um momento delicado diante dessa situação, pois há um número crescente de jovens que se envolvem no crime, ocasionando morte, briga entre facções e ameaças aos familiares envolvidos nesta situação.

Devido o posto de saúde ficar situado em uma área de domínio de uma facção, algumas pessoas não podem fazer uso deste serviço por pertencerem ao lado oposto. Não apenas por este motivo, mas também algumas pessoas procuram diretamente a farmácia em questão, por acharem que há resolutividade do problema de forma rápida e barata, em geral, os medicamentos desta farmácia, são mais baratos e de fácil acesso, não necessitando de receita médica para comprá-los.

Há relatos de que não adianta ir ao posto de saúde, pois muitas vezes não tem o medicamento indicado, ou há demora no agendamento dos exames e consultas especializadas, e para eles a melhor opção é comprar o medicamento e assim sanar seu problema de forma rápida e prática.

Percebo que a comunidade em geral não aceita muito bem as práticas de prevenção. Quando as equipes desenvolvem atividades de promoção, poucas pessoas comparecem, o que ocasiona desestímulo desta prática na comunidade, mas mesmo assim não deixamos de realiza-la.

Há mais ou menos um ano temos um espaço de massoterapia, e mesmo com o empenho das equipes e dos agentes de saúde que são os responsáveis pela realização das atividades, poucas pessoas fazem uso deste espaço.

A comunidade está acostumada ao processo de trabalho voltado a cura das enfermidades, quando as equipes se empenham em trabalhar em prol da prevenção, a aceitação é mínima. Sempre que podemos fazemos palestras, mutirão de limpeza na aldeia, caminhadas para orientação da prevenção de doenças como dengue, câncer de mama e útero, câncer de próstata e tantas outras doenças e sala de espera com temas diversos, mas mesmo assim ainda nos deparamos com doenças que poderiam ser evitadas a partir da orientação e prevenção.

OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1 objetivo Geral

Planejar estratégia de intervenção educativa para melhorar a assistência a pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da comunidade Pataxó da Aldeia Coroa Vermelha, Polo Base Porto Seguro, DSEI Bahia no período de 2017.

2.2 Objetivos específicos:

Melhorar a assistência a pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da aldeia Pataxó Coroa Vermelha;

Melhorar a qualidade de vida de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da aldeia Pataxó Coroa Vermelha.

Estimular a promoção e prevenção de saúde da comunidade Pataxó da aldeia Coroa Vermelha em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica;

METODOLOGIA

Trata-se do planejamento de um estudo de intervenção com ações de educação em saúde. Inicialmente será realizado o levantamento de dados a partir dos dados demográfico (material elaborado por mim, contendo lista nominal por faixa etária, gestantes, hipertensos e diabéticos, pacientes que fazem uso de medicação psicotrópica) dos agentes indígenas de saúde para sabermos o quantitativo dos pacientes, medicação que fazem uso, visando mantermos o controle de quais pacientes tem assiduidade nas consultas e traçarmos o mapeamento para busca ativa dos faltosos.

Posteriormente, será feita reuniões com os funcionários do Posto de saúde indígena no intuito de fazermos estudo sobre hipertensão, fatores de risco e elaborarmos estratégias de promoção e prevenção desse agravo.

Faremos roda de conversa com liderança e pacientes portadores de HAS no intuito de verificarmos qual entendimento que eles têm sobre a doença e assim poderemos fazer uma troca de saberes, abordando sobre os fatores de risco, uso de medicamentos, uso de ervas medicinais que favorecem a manutenção de valores pressóricos e alimentação adequada;

Faremos palestras com a nutricionista do Polo Base Porto Seguro para que os pacientes possam conhecer sobre a dieta adequada e que possa ser compatível com a situação econômica da população, para o auxílio na melhor qualidade de vida e de níveis melhor da pressão arterial e conhecer os alimentos que favorecem o aumento dos níveis da pressão.

Também abordaremos a temática de massoterapia no intuito de melhorar a qualidade de vida destes pacientes, e aproveitamos este momento para fazermos avaliação antropométrica e dos valores pressóricos, avaliando fatores que favorecem o aumento da pressão e aproveitamos para tirarmos dúvidas sobre esse agravo.

Desde o ano de 2015 realizamos atividade de massoterapia com os pacientes de nossa aldeia, trata-se de uma atividade que visa a melhoria da qualidade de vida do paciente, através de relatos de experiência, uso de ervas medicinais para realização do escalda pés, leitura de texto para reflexão e o toque terapêutico no intuito de relaxar os pacientes e faze-los interagir com as atividades propostas durante a massoterapia.

Utilizamos essa técnica como um atrativo para que os pacientes possam comparecer as atividades propostas pela equipe, pois temos dificuldade do comparecimento dos mesmos quando se trata de realização de palestras, muitos ainda não veem nas práticas preventivas como algo importante para a informação e manutenção da qualidade de vida, neste sentido, a massoterapia de torna uma aliada das equipes de saúde para que os pacientes participem e se informem sobre o tema abordado.

Para finalizarmos apresentaremos os dados coletados para a população em questão, lideranças e funcionários do posto de saúde para que os mesmos percebam a importâncias das atividades educativas no intuito de melhorar a qualidade de vida da população indígena Pataxó Coroa Vermelha.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que com este estudo seja elaborado um plano de ação através do levantamento de dados a partir das necessidades da própria comunidade e dos profissionais de saúde envolvidos. Pois para que possamos fazer as intervenções eficazes é preciso que a população se sinta parte de todo o processo, desde sua elaboração, até a conclusão das ações desenvolvidas.

Este plano de ação visa a implementação de ações educativas que possa incentivar pacientes portadores da HAS a manterem os níveis pressóricos adequados, a partir da realização de atividades físicas, dieta adequada e utilização das medicações recomendadas adequadamente.

Para isso é preciso que a população envolvida, se sinta parte desse processo e que seja apoiadores no desenvolvimento das atividades, além de utilizar destas ações para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Este estudo servirá não apenas para a melhoria da assistência a população, mas também servirá como instrumento de aprendizado e troca de experiência entre a população e as equipes de saúde, pois pouco se tem ouvido a população sobre suas reais necessidades, com isso, aproximamos mais as equipes da população e criamos um elo de confiança entre as partes. É preciso que as equipes estejam mais próximas dos pacientes, de forma a contribuir cada vez mais com a melhoria da assistência ofertada a população.

As atividades desenvolvidas servirão como um meio de estimular a promoção e prevenção de saúde da comunidade indígena Pataxó da aldeia Coroa Vermelha em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica. Pois abordado temas do cotidiano do indivíduo, tais como o uso corretos das medicações, complicações advindas do descontrole da HAS e DM – Diabetes Melitus, alimentação adequada e principalmente a importância das consultas mensais realizadas pelas equipes de saúde.

Esperamos que com essas atividades, possamos melhorar a assistência a pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da aldeia Pataxó Coroa Vermelha, com base nas expectativas dos serviços desejados pelos próprios pacientes, e com isso criarmos um elo entre as equipe e a comunidade.

Melhorar a qualidade de vida de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica da aldeia Pataxó Coroa Vermelha, a partir de informações sobre dieta adequada, incentivo a realização de atividade física regular e realização de acompanhamento mensal pelas equipes de saúde indígena.

Espera-se que a partir destas ações a população tenha um melhor entendimento sobre HAS e assim possam estar mais atentos as possíveis complicações advindas desta doença. Também possam se sentir mais responsáveis pela manutenção de sua saúde, pois muitas vezes lidamos com pacientes que não fazem uso correto das medicações e por consequência disso permanecem descompensados.

Esperamos que os pacientes portadores de HAS sejam mais assíduos às consultas de enfermagem e médica para que possamos fazer uma assistência de qualidade e para que possamos contribuir com a melhor qualidade de vida destes indígenas.

A equipe de saúde é uma peça fundamental que contribui de forma positiva na manutenção da saúde da população, para isso, espera-se que com essas atividades as equipes possa se sentir cada vez mais motivados a acolher melhor a população, e assim contribuir para uma maior resolutividade dos problemas apresentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que ainda são poucas as pesquisas sobre hipertensão arterial sistêmica para possamos ter como base para elaboração de estudo sobre esse tema, os artigos encontrados muitas vezes é realizado em regiões restritas não nos permitindo ter uma visão geral sobre a real situação no Brasil e em especial da região do nordeste.

Outro fator importante de ser ressaltado é o fato de serem mais restritas ainda as pesquisas sobre hipertensão arterial sistêmicas nas populações indígenas, e quando encontrada, abrange apenas algumas etnias, nas buscas realizadas não foram encontrados nenhum dado sobre a HAS em pacientes da etnia Pataxó, o que não nos dá suporte para a abordagem mais profunda sobre o tema nesta etnia.

Mesmo tendo como base para avaliação dos casos um número reduzido de estudos que abordam o tema “hipertensão arterial em indígenas”, este tema se torna relevante para que possamos fazer uma discussão que abrange aspectos favoráveis para o desenvolvimento desta doença entre a população indígena, em especial os Pataxó da Aldeia Coroa Vermelha.

A HAS é problema de saúde pública e o número de casos vem aumentando com o passar dos anos, por ser uma doença muitas vezes silenciosa torna-se ainda mais difícil seu diagnóstico. Por se tratar de uma população que não tem o costume de fazer avaliação rotineiramente, e por algumas áreas ser de difícil acesso, torna-se ainda mais tardio o diagnóstico desta doença nas comunidades indígenas.

Fatores de risco contribuem para o desenvolvimento da HAS como a obesidade, diabetes, dislipidemia, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo, e em populações indígenas agrega-se a isso o fato da mudança de hábitos alimentares e estilo de vida inapropriado, consequência do processo de colonização vivenciado por estas populações.

Essa proposta de intervenção educativa, tende a beneficiar a população em questão, visto que visa o planejamento participativo da comunidade, fortalecendo o vínculo da população com a equipe de saúde do Posto de Saúde Indígena da aldeia Coroa Vermelha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baruzzi, Roberto Geraldo et al. Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2000/2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1946-1954, ago. 2007.

Bloch, Katia Vergetti; Coutinho, Evandro; Lobo, Maria Stella; Oliveira, José Egídio; Milech, Adolfo. Pressão Arterial, Glicemia Capilar e Medidas Antropométricas em uma População Yanomámi. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 428-438, out/nov 1993.

Bloch, Katia Vergetti; Rodrigues, Claudia Soares; Fiszman, Roberto. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n. 2, p. 134-143, 2006.

Cardoso, Andrey M; Mattos, Inês E; Koifman, Rosalina J. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 345-354, mar/abr. 2001.

Carvalho, Maria do Rosário; Miranda, Sarah. Nome Pataxó. 2013. <https://pib.socioambiental.org/pt/povo/pataxo/2312>. Acesso em 15.01.17.

Cristiana M. Toscano, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

Estados do Nordeste. 2017. <https://www.todamateria.com.br/estados-do-nordeste>. Acesso em 15.01.16.

FUNASA. **Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Caracterização e Estágio da Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. http://www.google.com.br/search?site=&source=hp&q=DISTRITO+SANIT%C3%81RIO+ESPECIAL+IND%C3%8DGENA+DA+BAHIA+-+SEDE%3A+SALVADOR+-+BA&og=DISTRITO+SANIT%C3%81RIO+ESPECIAL+IND%C3%8DGENA+DA+BAHIA+-+SEDE%3A+SALVADOR+-+BA&gs_l=psy-ab.3...20104.20104.0.21341.1.1.0.0.0.1095.1095.7-1.1.0....0...1.1.64.psy-ab..0.0.0.ThP8INWgBqM. Acesso em: 17.01.2017.

FUNASA. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 1999-2001. <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/p/fulltext/distritos/distritos.pdf>. Acesso em 17.01.17.

Gimeno, Suely Godoy Agostinho et al. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá. Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 12, n. 3, p. 458-468.

Lessa, Ínes. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens**, v. 8, n 4, out/dez. 2001.

Neder, Marta de Medeiros; Borges, Arthur Augusto. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia?. **Rev Bras Hipertens**, v.13, n 2, 126-133, 2006.

Passos, Valéria Maria de Azeredo; Assis, Tiago Duarte; Barreto, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35 – 45. 2006.

Pataxós, Aldeia Coroa Vermelha. 2006 <http://patax.blogspot.com.br/2006/07/aldeia-coroa-vermelha.html>. Acesso em 15.01.17.

PET – Ervas Mediciniais. 2011. <http://petervasmediciniais.blogspot.com.br/2011/08/um-pouco-da-historia-da-aldeia-coroa.html>. Acesso em 15.01.17.

ANEXOS

Exemplo de atividades com a massoterapia

Massoterapia com pacientes da saúde mental



Massoterapia com as gestantes



Massoterapia com as equipes do Posto de Saúde Indígena



Reunião com os pacientes hipertensos e diabéticos

