

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

AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ALDEIAS INDÍGENAS TREMEMBÉS
DE ITAREMA/ CE: ESSE É O REMÉDIO PARA DETECÇÃO E PREVENÇÃO

FRANCYSNETE FIRMO DO NASCIMENTO MONTEIRO

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

AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM ALDEIAS INDÍGENAS TREMEMBÉS
DE ITAREMA/ CE: ESSE É O REMÉDIO PARA DETECÇÃO E PREVENÇÃO

FRANCYSNETE FIRMO DO NASCIMENTO MONTEIRO

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

Primeiramente, a DEUS! Que me dá forças, perseverança, disposição e garra para que eu esteja todos os dias de pé e disposta a seguir em frente.

À minha família, que teve muita paciência comigo, principalmente nos momentos que precisava afastar-me do convívio familiar. À minha filha Anna Eli, que era amamentada por várias vezes de frente ao computador, enquanto lia um texto ou visualizava mais um vídeo. Ao meu esposo Paulo Cezar, sempre muito compreensivo comigo, buscava fortalecer-me nos momentos de fracasso.

À minha mãe, que me apoiou desde o início do curso, pois sabia o quanto eu almejava essa especialização. E sempre acreditou nesse sonho, por isso me acompanhou para o dia do encontro presencial (extra oficial) junto com minha filha.

À Luiza Fernanda e Paula Andreia, minhas enfermeiras que ajudaram a “desenferrujar” com a construção do TCC, apoiando em todos os momentos em que pensava em desistir.

Aos indígenas Tremembé, povo com o qual eu trabalho diariamente, que aprendi a cuidar e amar sempre!

À EMSI Mata, equipe que está comigo na alegria, na tristeza, na dificuldade, nas conquistas, em todos os dias de árduo trabalho, fazendo com que seja ainda mais gratificante trabalhar com Saúde Indígena.

À UNIFESP pela oportunidade de cursar esta especialização em Saúde Indígena, sempre comentada como a melhor que há neste curso. E hoje digo que é verdade!

Às tutoras Catherine e Thais, sempre disponíveis durante todo o curso, facilitando nossos acessos, envios de atividades, tirando dúvidas, enfim foi uma grande parceria.

À orientadora Ana Clemente, que prontamente respondia aos envios dos meus projetos deste TCC sempre com uma sugestão para melhorar o meu trabalho.

Obrigada a todos!

RESUMO

Os indígenas no Brasil são povos com diversidades culturais e históricas que interferem no seu quadro de saúde. A Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) Mata pertence ao Pólo Base Tremembé, município de Itarema/ CE que faz parte do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Ceará. A equipe tem observado um aumento no número de casos de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), entretanto este evento não ocorre da mesma forma em todas as aldeias. Apesar do aumento global de todas as DCNT, em nosso território, este estudo focará especificamente o planejamento das ações de educação em saúde para o controle de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença com maior prevalência observada em nosso território. Essa proposta de planejamento de intervenções se dá pelo fato de os principais fatores de risco para HAS serem passíveis de modificação, assim: alterações de hábitos dietéticos, estilo de vida sedentário e aumento no índice de obesidade têm sido alguns dos principais agravantes de HAS entre os indígenas. Este trabalho tem por finalidade buscar através do planejamento de atividades educativas aumentar a percepção de adultos, adolescentes e idosos sobre Hipertensão Arterial, bem como realizar avaliação de triagem para detecção de novos casos. Propõe-se que este trabalho seja desenvolvido com participação da EMSI, profissionais do NASF do município de Itarema/ CE, praticantes da Medicina Tradicional, além dos usuários indígenas Tremembés das aldeias da área da Mata. Espera-se com esta atividade o empoderamento da população alvo do estudo sobre os fatores relacionados ao risco de desenvolver HAS, aumento a busca da população pelos serviços de saúde, assim aumentando o diagnóstico precoce de novos casos de hipertensão no aldeamento a curto prazo, diminuindo a longo prazo a incidência de HAS em decorrência dos cuidados de prevenção para hipertensão; melhorando o entrosamento da EMSI, valorizando e reconhecendo a necessidade de adesão ao tratamento propostos pela medicina tradicional nos casos de HAS.

Palavras – chave: Educação em Saúde, Hipertensão, Índio.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
1.1	DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – DSEI CEARÁ	6
1.2	OS ÍNDIOS TREMEMBÉS	9
1.2.1	ASPECTOS ECONÔMICOS	10
1.2.2	ASPECTOS CULTURAIS	10
1.3	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA DA MATA	11
1.3.1	ASPECTOS POPULACIONAIS	11
1.3.2	ALGUNS ASPECTOS IMPORTANTES DOS TREMEMBÉS DA REGIÃO DA MATA	13
1.4	HIPERTENSÃO ARTERIAL: PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	15
1.4.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL	16
1.4.2	HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE OS INDÍGENAS TREMEMBÉS DO CEARÁ	18
2.	OBJETIVO	20
2.1	OBJETIVO GERAL	20
2.2	OBJETIVO ESPECIFICO	20
3.	METODOLOGIA	21
4.	RESULTADOS ESPERADOS	23
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	26

1. INTRODUÇÃO

1.1 DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – DSEI CEARÁ

O DSEI é o modelo de gestão definido pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e deve ser direcionado para o espaço geográfico, populacional, etnocultural e administrativo que contemple as ações de saúde do índio, promovendo práticas sanitárias e desenvolvendo atividades gerenciais à assistência indígena, junto ao Controle social. A implantação de cada DSEI segue critérios de população, etnocultura, área geográfica, perfil epidemiológico, disponibilidade de serviços, recursos humanos, infraestrutura, vias de acesso aos níveis locais e regionais na rede do SUS (MARQUES, 2003).

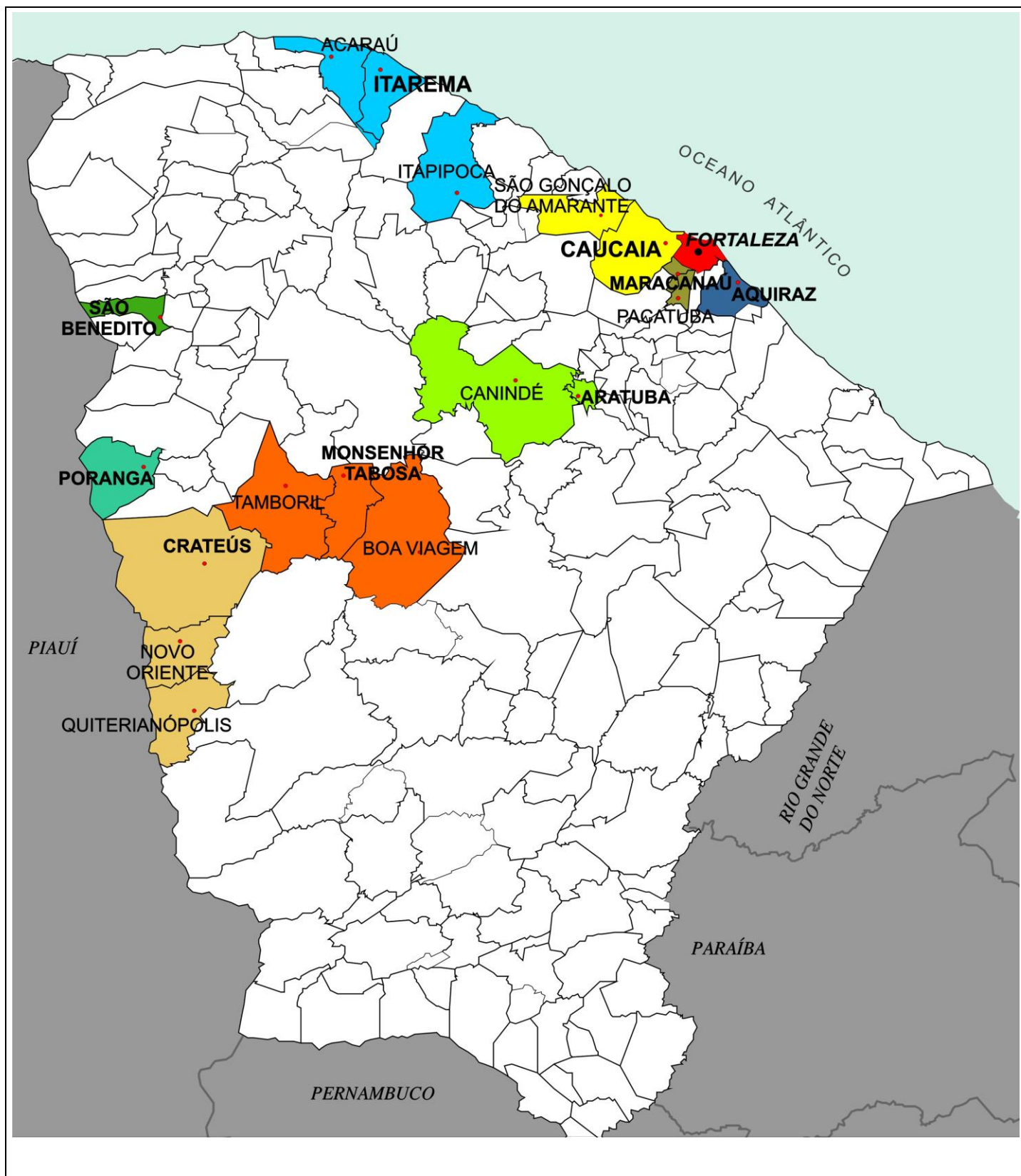
Dessa forma, foram instituídos 34 DSEIs por todo o país, não respeitando certas vezes os limites dos estados e municípios. Como uma Unidade Gestora, o DSEI coordena, supervisiona e executa ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos índios, no âmbito da atenção básica à saúde. A gestão de cada um é um verdadeiro desafio para as três esferas envolvidas no que diz respeito ao atendimento da rede integrada de saúde indígena à sua estrutura física organizadas nas terras indígenas em forma de Pólo Base, Postos de Saúde e Casas de Saúde do Índio – CASAI (OLIVEIRA, 2015).

O DSEI Ceará tem área de abrangência de 148.920,538 km², com 88 aldeias, localizadas em 18 municípios, distribuídos em 9 Regionais de Saúde. A sede localiza-se na capital do estado do Ceará, Fortaleza. A assistência de saúde é prestada às 14 etnias distribuídas em 9 Pólos Base. Em relação à estrutura, dispõe de 5 postos de saúde e 1 CASAI. O meio de transporte utilizado para acesso às aldeias é via terrestre (PDSI 2012-2015). A população indígena no DSEI Ceará é de 32.434 indígenas. Aldeados hoje são 25.334 indígenas e 7.100 indígenas estão ausentes (SIASI, 2016).

As etnias assistidas pelo DSEI Ceará são: Anacé, Gavião, Jenipapo-Kanindé, Kalabaça, Kanindé, Kariri, Pitaguary, Potyguara, Tabajara, Tapeba, Tremembé, Tupinambá, Tapuia-Kariri e Tubiba-tapuia (PSI 2012-2015).

Segue logo abaixo, o mapa ou Coqui do Distrito Especial de Saúde Indígena do Ceará. Nele, consta separado por cores, os 9 Pólo Base com os municípios que

compõem cada um. Certas vezes, num mesmo Polo possui apenas uma etnia, como é o caso do Polo Tremembé, que abrangem os municípios de Itarema, Acarau e Itapipoca, que estão no mapa com a cor azul claro.



1.1.1 HISTÓRIA DOS ÍNDIOS NO CEARÁ

Segundo a historiografia oficial do Ceará, a presença indígena se constitui um complexo de contradições. Publicado em 1863, a Assembleia Legislativa Provincial do Ceará no ano anterior dava como extinta a população indígena no Ceará. Já os dados informados em documentos diversos apresentavam informações diversas. No período pré-colonial, alguns estudos apontam a presença de pelo menos 42 etnias distintas. Houveram diversas tentativas de integração forçada das várias comunidades indígenas a sociedade nacional. Como tentativa, tentou-se impor a religião por meio da catequese e imposição da língua portuguesa. Vivendo no anonimato, os indígenas foram vivendo sem poder afirmar sua etnicidade. Assim a sua integração com a sociedade devia ser educada para deixarem de ser índios, ficando o Estado responsável pela sua força de trabalho (PSI 2012-2015).

Considerando a diversidade do patrimônio cultural, espiritual, social e político das comunidades indígenas persistentes até hoje, a maioria dos aldeamentos não lograram êxito. A maioria foi extinta com a expulsão dos jesuitas. Dos anos 1863 até o final da década de 70, houve o que se denominou pelos estudiosos de silenciamento étnico, onde hoveram diversas ações de genocídio e etnocídio em nosso Estado.

Segundo o Estado Brasileiro, até o final da década de 70, o Estado do Ceará era considerado em conjunto com os estados do Rio Grande do Norte e Piauí como sendo um estado sem povos indígenas. A presença de indígenas no Ceará começou a ter conotação maior quando periódicos de grande importância nacional passaram a divulgar a sua presença. Na época, os indígenas não teriam perspectiva de vida e estariam a mercê das ações do Estado e prestes à extinção. O povo referido nessa época eram os Tapebas, situados no município da Caucaia. Logo depois com as Universidades nasceu o movimento indígena no Ceará e logo depois vieram os povos Tremembé, Pitaguary e Genipapokanindé lutar pelo reconhecimento.

A partir da ratificação pelo Estado Brasileiro da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho – OIT reconheceu como direito essencial dos povos indígenas, o Direito a Auto-identificação. Portanto, a partir dessa importante

legislação, as próprias comunidades indígenas passaram a auto reconhecer-se como povos indígenas por meio de 14 etnias diferentes, dispersas em 19 municípios.

Na região metropolitana, estão os municípios de Aquiraz, Caucaia, Maracanaú, Pacatuba e São Gonçalo do Amarante, que prestam assistência a 4 etnias. Na região do Litoral Oeste, os municípios de Acaraú, Itapipoca e Itarema prestam assistência à etnia Tremembé. Na região Central e Maciço de Baturité, os municípios de Aratuba e Canindé assistem aos Kanindé. Na região da Ibiapaba, os municípios de Poranga e São Benedito abrangem 3 etnias. Na região dos Inhamuns e Semi-árido, os municípios de Boa Viagem, Crateús, Crato, Monsenhor Tabosa, Novo Oriente e Quiterianópolis possuem indígenas de 7 etnias. Muitos índios da região metropolitana trabalham em fábricas, na construção civil, caçam pescam e fazem artesanato como forma de subsistência. Os povos do litoral concentram suas atividades para pesca e coleta de crustáceos. Já os índios do sertão e da serra tendem a realizar atividades econômicas voltadas para cultivo da terra e criação de animais (PSI 2012-2015).

1.2 OS ÍNDIOS TREMEMBÉS

A Comunidade indígena Tremembé, localizada no município de Itarema (nome originado do tupi-guarani ita (pedra), rema (cheiro agradável)), foi um dos primeiros povos a ocupar a costa do litoral do estado do Ceará, no século XIII. Atualmente, existem povos indígenas Tremembé também em Fortaleza, capital do Ceará, Itapipoca e Acaraú. Porém, há uma numerosa representatividade da etnia Tremembé habitando o município de Itarema, em diferentes situações geográficas: Almofala, na área litorânea, à esquerda do rio Aracati Mirim: Aldeias Barro Vermelho, Lameirão, Panã, Praia, Camboa da Lama, Mangue Alto, Aningas do Mulato, Cabeça de Boi, Passagem Rassa, Curral do Peixe, Urubu e Boa Vista; Varjota, à margem direita do rio: constituída por três núcleos: Córrego do Amaro, o Córrego Preto e a Varjota propriamente dita, onde ficam localizadas as respectivas aldeias Tapera, Batedeira, Praia do Caboré e Comondongo; Corrego do João Pereira, no interior do município de Itarema: Aldeias São José, Capim Açú e Cajazeiras (PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAREMA, 2007).

Mantendo a história desses povos, as principais atividades e práticas econômicas estão a agricultura de subsistência, a caça, pescarias e a colheita de frutos, além das festas em época de safra.

Dentro do Pólo Tremembé, existem aldeias onde a terra está demarcada e outras onde não há demarcação ainda. As terras do Córrego João Perereira foram homologadas em 2003 (VALLE, 2005) e as terras de São José e Buriti de Itapipoca receberam homologação em 2015 (OPOVO, 2015). As demais áreas ainda estão em processo de demarcação.

1.2.1 ASPECTOS ECONÔMICOS

Mantendo uma vida simples, sua sobrevivência está baseada em atividades voltadas para o sustento da família, vendendo os seus excedentes, caracterizando-se a pesca e agricultura, plantando mandioca, milho e feijão em pequenos roçados próximos às moradias, como principais fontes de trabalho dos índios. A criação de animais, aves e a produção artesanal de traçados, cerâmica, tecelagem e bijuterias complementam a renda familiar (SANTOS, OLIVEIRA, 2012).

A sua sobrevivência está assim diretamente ligada à persistência de agricultores que continuam com atividades de agricultura, que é uma das causas primárias da extrema concentração da renda nacional (PETERSEN, 2009).

1.2.2 ASPECTOS CULTURAIS

A dança do Torém é mantida como expressão cultural mais singular. É uma dança de roda, acompanhada por canções que misturam palavras em português com palavras de origem indígena. No centro do círculo fica um ou dois dançarinos, toremzeiros, que dançam por meio de passos compassados, ao longo da dança, consomem uma bebida fermentada de caju, conhecida como mocoioró. A dança é mantida em reuniões as pessoas vistas como descendentes diretos dos índios.

A valorização cultural os povos Tremembé está expressada no artesanato, utilizado como riqueza naturais da região para a confecção de cipó, tucum, esteiras, criaram pulseiras, colares, brincos.

A política atual de saúde indígena constitui um desafio para os profissionais de saúde, que devem adequar suas ações e serviços à diversidade tanto social quanto cultural e à situação de saúde dos povos de sua área de atuação.

Algumas peculiaridades são identificadas por Confalonieri, 1989, onde destaca-se: Situação de Transculturação; Situação Geográfica e Dinâmica do perfil Epidemiológico. Visando na melhoria na assistencial em saúde Indígena profissionais devem respeitar os valores, crenças, costumes e hábitos quem são envolvidas nas tradições.

1.3 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA DA MATA

A EMSI Mata é uma das equipes que compõe o Pólo Tremembé e que faz parte do DSEI Ceará. Este é composto por 9 (nove) Pólos Base. Dentre estes há o Pólo Tremembé que abrange 3 (três) municípios do litoral oeste do Estado do Ceará. São eles: Itarema, Acaraú e Itapipoca. A EMSI Mata está entre as 4 (quatro) EMSIs que compõem o Pólo Tremembé. Todos os indígenas desse Pólo são da etnia Tremembé. Segundo o SIASI (2016) existem 3888 indígenas cadastrados no Polo, sendo 3448 aldeados. No município de Itapipoca, constam 508 indígenas, em Acaraú constam 307 indígenas, e a maioria está no município de Itarema, onde estão 3073 indígenas. A população da EMSI Mata está localizada no município de Itarema.

A EMSI Mata conta com equipe formada por médico, enfermeiro, dentista, 2 técnicos de enfermagem, técnica de saúde bucal, recepcionista, motorista do carro da equipe, 4 vigilantes, auxiliar de serviços gerais, 5 AIS, 3 AISANs e 4 motoristas do carro de pacientes. A população assistida pela EMSI Mata é composta por 1718 indígenas, todos da etnia Tremembé, distribuídos em 5 aldeias: Comondongo, Varjota, Tapera, Batedeira I e Batedeira II.

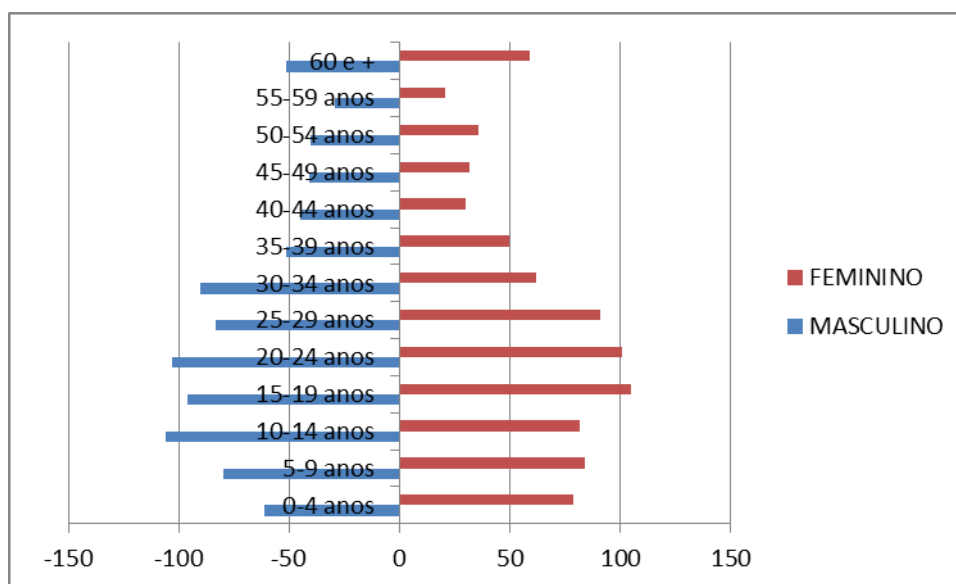
1.3.1 ASPECTOS POPULACIONAIS

A população da EMSI Mata é bem jovem, como podemos ver no quadro e no gráfico seguintes.

IDADE	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
6m	6	7	13
6-11m	6	6	12
12-18m	10	17	27
19-23m	5	4	9
2 anos	13	18	31
3 anos	13	8	21
4 anos	18	19	37
5 anos	18	15	33
6 anos	18	13	31
7 anos	12	23	35
8 anos	13	16	29
9 anos	19	17	36
10 anos	35	14	49
11 anos	19	31	50
12 anos	14	14	28
13 anos	15	12	27
14 anos	26	11	37
15-19 anos	96	105	201
20-24 anos	103	101	204
25-29 anos	83	91	174
30-34 anos	90	62	152
35-39 anos	51	50	101
40-44 anos	45	30	75
45-49 anos	41	32	73
50-54 anos	40	36	76
55-59 anos	29	21	50
60 e +	51	59	110
TOTAL	889	829	1718

Quadro 1. População da EMSI Mata, Pólo Tremembé, DSEI Ceará, de acordo com sexo e a idade, dezembro de 2016 (SIASI, 2016).

Figura 1 – Pirâmide etária da EMSI Mata, dezembro 2016 (SIASI, 2016)



1.3.2 ALGUNS ASPECTOS IMPORTANTES DOS TREMEMBÉS DA REGIÃO DA MATA

Segundo VALLE (2005), na região aonde atua as EMSI Mata, a rio Aracati-mirim exerce grande influência, desde a biodiversidade, paisagem até animais, solo e relevo. Nas redondezas existe uma empresa de agroindústria (Ducoco) voltada para o plantio de coqueiros onde há certa divergência com a população residente no aldeamento. A renda da aldeia é oriunda da pesca, do plantio e do salário dos que trabalham na Ducoco. Costumam comer o que plantam e pescam, porém a maioria dos alimentos é industrializado.

É perceptível o aumento dos casos de indígenas com agravos como doenças crônicas não transmissíveis. Normalmente são sedentários e com quadro de obesidade ou sobrepeso. Há certa facilidade de acesso dos indígenas ao centro do município de Itarema. Os indígenas que necessitam de atenção especializada em saúde, normalmente deslocam-se para a sede do município ou para municípios vizinhos como Acaraú e Sobral. A CASAI do DSEI Ceará é situada na capital do Ceará. Normalmente são encaminhados para lá, pacientes já acompanhados ou que tiveram referenciamento garantido para as Unidades de Saúde em Fortaleza.

De acordo com mapas diários de atendimentos da EMSI, os principais agravos de Saúde correspondem às Doenças Crônicas não Transmissíveis, principalmente Hipertensão e Diabetes. Atualmente contamos com 114 Hipertensos e Diabéticos sendo acompanhados pela EMSI. Outro atendimento com muita demanda, diz respeito às mulheres. Estas realizam muitas atividades de Planejamento Familiar, entretanto há ainda casos de gestantes com gravidez não planejada, e ainda é comum em mulheres adolescentes. Tendo observado diariamente os atendimentos mais frequentes realizados pela equipe, percebo que é bem pertinente o aumento de cadastros de hipertensos e/ou diabéticos mensalmente, já que todos os cadastros são realizados por mim para serem entregues mensalmente ao DSEI no momento de consolidação da produção da equipe.

1.4 HIPERTENSÃO ARTERIAL: PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg. A Hipertensão Arterial Sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 de forma linear, contínua e independente (BRASIL, 2006).

Síndrome Metabólica descreve um conjunto de fatores de risco metabólico que se manifestam num indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças cardíacas, derrames e diabetes. A Síndrome Metabólica tem como base a resistência à ação da insulina, daí também ser conhecida como síndrome de resistência à insulina. Isto é: a insulina age menos nos tecidos, obrigando o pâncreas a produzir mais insulina e elevando o seu nível no sangue. Alguns fatores contribuem para o aparecimento: os genéticos, excesso de peso (principalmente na região abdominal) e a ausência de atividade física. O diagnóstico é dado quando três ou mais fatores de risco estiverem presentes numa mesma pessoa.”

A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica. Diversos estudos populacionais evidenciaram a importância do controle da hipertensão arterial para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular. O desenvolvimento de modernas tecnologias em relação aos medicamentos pouco tem contribuído para melhorar as taxas de controle da doença. Estima-se que apenas um terço da população hipertensa tenha sua pressão controlada (ROSÁRIO,2009).

É perceptível que a quantidade de hipertensos vem aumentando cada vez mais em decorrência também do envelhecimento populacional. Não dizendo que a hipertensão é incomum em jovens, mas esta doença é mais comum na população que tem mais de 40 anos. O aumento da perspectiva de vida também tem levado ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis. Dados recentes revelam que mais de 30% da população adulta brasileira é considerada hipertensa, sendo que acima de 40 anos este número aumenta para 35%. A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada responsável por cerca de 40% dos casos de infarto agudo do miocárdio, 60% dos casos de acidente

vascular cerebral e 35% dos casos de insuficiência renal crônica em hemodiálise. Mais de 22.000 mortes anuais são associados à própria hipertensão arterial, como diz o DATASUS de 2010 (BRITO, 2012).

Atualmente as doenças cardiovasculares são consideradas como importante problema de saúde, principal causa de morbidade e mortalidade dos indivíduos no mundo, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, respondendo por aproximadamente 30% das mortes em todo o mundo e por 80% das mortes nos países pouco desenvolvidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Brito (2012), os fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial são:

-Idade: existe relação direta e linear da Pressão Arterial com a idade, sendo a prevalência de 5,4% entre 18 e 24 anos e superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos;

-Gênero e etnia: acomete 37,8% dos homens e 32,1% das mulheres. É mais frequente em afrodescendentes;

-Excesso de peso e obesidade: A Organização Mundial da Saúde calcula que o incremento de 2,4 kg/m² no nível de massa corpórea acarreta maior risco de desenvolver Hipertensão Arterial;

-Ingestão de sal: O sódio aumenta a volemia e a reatividade vascular, relacionando-se diretamente ao aumento da pressão arterial. Dieta hipossódica faz-se essencial aos hipertensos;

-Ingestão de álcool: o consumo excessivo de etanol aumenta a ocorrência de Hipertensão Arterial;

-Sedentarismo: A prática de exercícios regularmente pode reduzir a Pressão arterial em até 9 mmHg;

- Fatores socioeconômicos: a ocorrência de hipertensão é maior em indivíduos com menor escolaridade, atribuindo-se maior consumo de sódio por indivíduos de menor classe social;

-Genética: A contribuição para a Hipertensão Arterial é poligênica e associada à diversos fatores ambientais.

1.4.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL NOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

As transformações do mundo moderno, por processos de industrialização e urbanismo, acarretaram alterações nos hábitos de vida, na cultura, no êxodo rural, bem como o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas as cardiovasculares. Esses impactos também foram percebidos nas comunidades indígenas brasileiras, percebidas pelas mudanças de hábitos socioculturais, econômicos e o estilo de vida, decorrente da relação do índio com a sociedade não indígena. Outro fator importante diz respeito à destruição do ecossistema situado em terras indígenas ou arredores também interfere na vida cotidiana das populações indígenas, modificando o perfil de saúde, tornando-se mais vulneráveis e contribuindo para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (SOUZA FILHO, 2015).

Na tese de doutorado de Diana Meyerfreund (2006) em Ciências fisiológicas quanto ao Estudo da Hipertensão Arterial e de outros fatores de risco cardiovascular nas comunidades indígenas do Espírito Santo - BR, sua revisão bibliográfica que me chamou atenção. Diz respeito aos dados Norte-americanos do Strong Study que demonstram que as taxas de mortalidade por doença arterial coronariana nos ameríndios ultrapassam as taxas da população norte-americana em geral. Isso se deve a (ao): 1) alteração de hábitos dietéticos (introdução do sal nos hábitos dietéticos, aumento no consumo de açúcares de rápida absorção; 2) Adoção de estilo de vida mais sedentário; 3) Maior prevalência de obesidade; 4) Aumento nas taxas de diabetes; 5) Tabagismo habitual, ao invés do uso ritualístico; 6) Baixo padrão socioeconômico; 7) Aspectos culturais. Dentre os fatores ambientais e a modificação do estilo de vida, inclui o aumento na ingestão de sal, aumentando consequentemente seus níveis pressóricos. Outros fatores importantes para o aumento da pressão arterial, dentre os fatores ambientais, estão o elevado consumo de álcool, obesidade, inatividade física, sedentarismo, estresse psico-social e diabetes. Já dentre os fatores socioeconômicos, dados relativos à situação nutricional são amplamente influenciados por medidas de transformação econômicas, sociais e culturais, assim como em alterações de subsistência, consumo de alimentos e padrão de atividade física pelas quais essas populações vem sendo submetidas.

Nesse sentido, os indígenas têm aproximado-se em vários pontos da população não indígena quanto aos fatores de risco e agravamento para a hipertensão

arterial, principalmente no que diz ao consumo de sal, sedentarismo e obesidade. Alguns indígenas, entre os mais conservadores, utilizam a medicina tradicional como ferramenta de tratamento para o controle da hipertensão arterial.

1.4.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE OS INDÍGENAS TREMEMBÉS DO CEARÁ

Os índios da etnia Tremembé estão localizados na região do litoral Norte do estado do Ceará. Suas aldeias estão situadas em três municípios: Itarema, Acaraú e Itapipoca. Nesses municípios existem quatro equipes atuando em todas as aldeias, prestando assistência diariamente à essa população. O rastreamento por hipertensos se dá diariamente, de forma uniforme por todas as equipes. Os usuários que buscam atendimento médico ou de enfermagem e que tenham acima de 19 anos têm pressão arterial verificada. Os técnicos de enfermagem são orientados sobre as técnicas corretas de verificação de pressão para que não hajam equívocos. Os que possuem pressão alterada são encaminhados para avaliação clínica e acompanhamento pressórico para confirmação ou descarte da doença crônica. Esses pacientes com confirmação de hipertensão arterial são cadastrados para o controle e acompanhamento mensal pela equipe multidisciplinar de saúde indígena. É comum cadastrar mensalmente entre 2 a 3 hipertensos só na equipe da Mata.

Segundo informações fornecidas pelas equipes do Pólo Tremembé e consolidadas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará, em 2016, haviam 117 hipertensos em todo o Pólo. Desse total, 06 são das aldeias de Acaraú, 26 das aldeias de Itapipoca e 85 de Itarema, a maior demanda e onde a concentração de indígenas é maior. Um importante dado diz que dentre os 08 pacientes hipertensos, diabéticos ou que tenham ambas doenças crônicas, 06 são hipertensos. Em Itapipoca, a relação é de 26 hipertensos para 35 hipertensos, diabéticos ou com ambos. Já em Itarema, é de 85, para 128 com hipertensão, diabetes ou ambos. Porém essa informação diariamente altera, para mais ou para menos. Hoje só na equipe da Mata, são acompanhados 111 usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Desses, 84 são hipertensos, 15 hipertensos e

diabéticos e 13 diabéticos. Desses hipertensos e hipertensos e diabéticos, 65 são do sexo feminino.

Alguns questionamentos surgem dessas informações... Por que há mais diagnóstico de hipertensão em mulheres? Qual aldeamento da área da Mata possui mais hipertensos e por qual motivo?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Orientações nos grupos de idosos, no “grupo das cumades”, no “encontro dos machos” e nas escolas sobre hipertensão arterial e seus riscos, contando com apoio da EMSI, das lideranças tradicionais Tremembés e dos profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF a fim de criar diagnóstico situacional sobre hipertensão, bem como acompanhamento de casos específicos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Organizar Cronograma de atividades e temáticas voltadas para prevenção da Hipertensão Arterial que cada profissional da EMSI e do NASF irá abordar nos grupos de Educação em Saúde;
2. Mobilizar encontro com apoio do pajé, cacique, e praticantes da medicina tradicional Tremembés para que apoiem na disseminação das práticas de cuidados específicos para hipertensão, bem como detecção e registro histórico dos hábitos alimentares;
3. Selecionar hipertensos cadastrados e acompanhados nas aldeias acompanhadas pela EMSI para que sejam exemplos e contribuam com o seu depoimento sobre o que é ser hipertenso com responsabilidade;
4. Realizar verificação de Pressão Arterial Sistêmica, Peso, Altura e Glicemia Capilar após a realização dos grupos, como forma de rastreio.

3. METODOLOGIA

Trata-se do planejamento do estudo de intervenção com a finalidade de melhorar a concepção dos indígenas Tremembés, assistidos pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena da Mata, localizados no município de Itarema/ Ceará sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e seus riscos para saúde. Nesta pesquisa- ação buscaremos esclarecer sobre essa DCNT, suas causas e como prevenir os agravos decorrentes da HAS.

Conjunto de abordagens:

1- Cenário e sujeitos da Intervenção:

O cenário a ser desenvolvido este estudo, serão as cinco aldeias que compõem a área da Mata: Varjota, Tapera, Comondongo e Batedeira I e II. Todos os indígenas são da etnia Tremembé. Os sujeitos que serão envolvidos nas ações serão os Agentes Indígenas de Saúde, Agentes Indígenas de Saneamento, lideranças das comunidades, profissionais do NASF, médico, técnicas de enfermagem e indígenas do aldeamento da Mata, em grupos que sejam subdivididos: mulheres “cumades” homens “machos”, idosos, e os adolescentes a partir de 18 anos que estejam nas Escolas Indígenas. Alguns desses grupos já funcionam periodicamente, o que nos dá uma confiança de que são momentos de interação, aprendizado e muita troca de conhecimento.

2- Procedimentos da Intervenção: será realizado em três fases:

- No momento inicial, uma capacitação sobre o assunto, para os profissionais de saúde envolvidos a fim de que o assunto seja abordado de forma igualitária por todos.

- No segundo momento, iremos nos encontrar com as lideranças tradicionais Tremembé e conhecer suas habilidades quanto aos cuidados com hipertensão. Neste momento, de muita aprendizagem, de troca de conhecimento, será abordado além das práticas de cuidados com uso da medicina tradicional, buscaremos conhecer o evoluir dos hábitos alimentares com o passar dos tempos. Buscar resgatar quais eram os temperos utilizados por gerações com

o passar dos tempos. Nesse momento, também será traçado um roteiro e sequência de falas durante os grupos a serem abordados.

- Em terceiro, nos momentos de encontro dos grupos, cada participante irá realizar antropometria ao chegar no local, bem como verificação de Pressão Arterial e Glicemia Capilar. As técnicas de enfermagem irão colaborar com seu trabalho nesse momento, assim como os profissionais do NASF realizarão as medidas antropométricas e cálculo de Índice de Massa Corpórea – IMC. Ao final do encontro, todos que desejarem ser avaliados, receberão o resultado desta avaliação antropométrica, bem como orientações escritas para cada resultado de IMC encontrado. Haverá fala nos grupos pelo médico, enfermeira, um praticante da medicina tradicional e um hipertenso acompanhado pela EMSI.

- Em quarto lugar, realizaremos agendamentos para seguimento dessas triagens realizada nos encontros para avaliação e continuidade na assistência aos riscos encontrados: Pressão Arterial e Glicemia Capilar elevados e Obesidade/ Baixo Peso. Serão realizadas avaliações médicas, de enfermagem, física (com educador físico e fisioterapeuta) e nutricional (com nutricionista).

Recursos necessários à ação:

Obtenção de documentos: materiais educativos para orientações pós avaliação de triagem, impressos para preenchimento dos dados antropométricos, além de listagem para registro nominal dos participantes avaliados nos encontros. Recursos Humanos: EMSI, público alvo, lideranças indígenas praticantes da medicina tradicional, hipertenso acompanhado pela EMSI e profissionais do NASF de Itarema/ CE. Recursos físicos: lugar ventilado, iluminado para as ações de educação em saúde e que também disponha de um local a parte para realização da antropometria. Recursos Materiais: papel, caneta, pastas para arquivo, data show, computador, mesa, cadeiras, balança, estetoscópio, esfigmomanômetro, glicosímetro e fitas de glicemia.

4. RESULTADOS ESPERADOS.

Em curto prazo:

Que o público alvo aumente sua percepção de risco e ações preventivas sobre hipertensão e auto-cuidado. Que os praticantes da medicina tradicional sejam bem mais reconhecidos pelo seu trabalho dentro do aldeamento. Que possamos traçar um registro de hábitos alimentares que vieram se modificando com o passar dos tempos, de acordo com os relatos das lideranças e praticantes da medicina tradicional. Esperamos trabalhar com uma EMSI cada vez mais entrosada e determinada a atingir seus objetivos, bem como disposta a está atuando em Educação em Saúde dentro das comunidades como atividade rotineira dentro das suas programações. Esperamos também detectar casos novos de hipertensão, através da triagem das pessoas a serem avaliadas nesse momento de atividades e a partir daí, conseguiremos traçar um perfil das pessoas avaliadas durante as atividades. Esperamos inicialmente aumentar o índice de hipertensos acompanhados pela equipe, mas a longo prazo, os que ainda não foram diagnosticados como hipertensos, tendem a diminuir por conta das orientações prestadas durante os momento informativos desta atividade.

Em longo prazo:

Estimular estilos de vida saudáveis, com qualidade, evitando assim o surgimento da hipertensão arterial. Que as pessoas se sintam cada vez mais empoderadas sobre seu auto-cuidado e promovam saúde em suas casas. Diminuição da incidência de Hipertensão Arterial, sem deixar de fazer busca de novos casos, através de triagens periódicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o decorrer da criação desse projeto, algumas coisas já foram sendo pensadas e trabalhadas. Entretanto, nesse mesmo momento, algo se contrapunha ao que estávamos trabalhando. Diminuir o quantitativo de hipertensos seria nosso objetivo, entretanto, em oficina do Plano Distrital de Saúde Indígena do DSEI Ceará, realizada em Maio de 2017, fomos alertados para o total de hipertensos acompanhados pela EMSI do Polo, que é considerado baixo. A meta de detecção e acompanhamento de hipertensos na faixa etária de 18 a 59 anos é de 12,5% (PDSI 2016). E para a detecção de diabéticos a meta é de 5,8% da população geral.

Possuíamos assim, uma detecção menor que a expectativa. Dessa forma, uma das primeiras atitudes a ser realizadas pela equipe, foi identificar, através dos dados populacionais por aldeia, o total geral e o total de pessoas na faixa etária de 18 a 59 anos. A partir daí, calcular qual o total que deveríamos ter de hipertensos e diabéticos. De acordo com o percentual, deveríamos ter pela EMSI Mata acompanhados 90 pessoas diabéticas e 105 pessoas acompanhadas para HAS na faixa de 18 a 59 anos. Atualmente, a EMSI acompanha 30 diabéticos, tendo uma diferença de 60 pessoas a serem diagnosticadas. Quanto aos hipertensos, nesta faixa etária, acompanhamos 101 hipertensos, sendo apenas 51 dentro da faixa etária de 18 a 59 anos. Com isso, de acordo com o percentual de detecção e acompanhamento, precisaríamos ter 105 pessoas acompanhadas para essa faixa etária. Ainda nos resta encontrar 54 pessoas de 18 a 59 anos no aldeamento da Mata.

Um dado importante, posso relacionar à aldeia Tapera. Hoje temos 44 hipertensos cadastrados e acompanhados pela EMSI. Desses, apenas 24 estão na faixa etária de 18 a 59 anos. Temos mais de 50% da população hipertensa considerada jovem. Mas quando realizamos o cálculo percentual de 12,5% para a população em avaliação, o total de pessoas a serem acompanhadas deve ser de 29 pessoas. Ainda faltam 5 pessoas nesta idade.

Acredito que as orientações em saúde sobre Hipertensão nos ajudarão a detectar novos casos, tanto por saber o que é a doença, como também por serem realizadas avaliações de saúde aos participantes desses grupos. Sabe-se que a hipertensão é uma doença silenciosa e que nem sempre as pessoas sabem que são hipertensas. Poderemos nessas atividades realizar orientações aos que não são hipertensos e também

diagnosticar os hipertensos “silenciosos”. Outro dado importante é questionar o cálculo desse percentual, haja vista as orientações e os cuidados de saúde feito por cada um para que tenham uma vida com mais qualidade.

Um importante legado que poderemos deixar também é o registro de informações de hábitos alimentares de acordo com relatos das lideranças e praticantes da medicina tradicional Tremembé. Que sirva de revisão bibliográfica para próximas pesquisas e também para manter viva a história dos Tremembés, quando se aborda a histórico de hábitos alimentares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, T. M; GIORGI, D.M.A. **Como diagnosticar e tratar Hipertensão Arterial Sistêmica**. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr, 2012.

CONFALONIERI, Ulisses E. C..O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1989, vol.5, n.4, pp.441-450. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1989000400008>.

Dissertação (Mestrado Profissional em Desenvolvimento Sustentável). Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília. Brasília. 2013

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Tecnologia, Departamento de Engenharia Hidráulica e Ambiental, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Civil, 2015

GOMES, S. L. **Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde em Terras Indígenas: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena Médio Rio Purus, Amazonas**.

LIMA, R. O. Gestão de resíduos sólidos em aldeias indígenas: estudo de caso do distrito sanitário especial Indígena Ceará / Renato de Oliveira Lima. – 2015.

MEYERFREUND, D. **Estudo da Hipertensão Arterial e de outros fatores de risco cardiovascular nas comunidades indígenas do Espírito Santo – BR**. Vitória, 2006

OPOVO, Decisão da Justiça garante demarcação de terra indígena em Itapipoca. Disponível em opovo.com.br. Notícia de 10/08/2015.

PETERSEN, PAULO (org.) Apoios: Agricultura familiar camponesa na construção do futuro / Paulo Petersen (org) - Rio de Janeiro: AS-PTA, 2009.

PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DSEI Ceará 2012-2015. Brasília – DF 2012.

PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DSEI Ceará 2016-2018. Brasília – DF 2016.

POLIT, D.F.; BECK CHERYL T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 2011.

ROSÁRIO, M.T., SCALA, LCN. **Prevalência, Controle e Tratamento da Hipertensão Arterial em Nobres – MT**. Cuiabá: 2009.

SILVA, E.L.; **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3 ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.
Sistema de Atenção à Saúde Indígena - SIASI-Local, DSEI CE/SESAI/MS Acesso em 28/10/2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq. Bras. Cardiol. 2010.

SOUSA FILHO, Z.A.; FERREIRA, A.A; SANTOS,B.; PIERIN, A.M.G.; **Prevalência de Hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise.** São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2015.

TOMASI, N.G.S.;YAMAMOTO, R.M. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais.** Curitiba: As autoras, 1999.

VALLE, C.G. Tremembé: Enciclopédia dos Povos Indígenas no Brasil. 2005. Disponível em socioambiental.org/pt/povo/tremembe.