

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
TURMA: MATA ATLÂNTICA

ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ETNIA PIPIPÃ, DSEI PERNAMBUCO

Ilka Lidiane Bastos Gonçalves Ferraz Gominho

SÃO PAULO – SP

2017

ILKA LIDIANE BASTOS GONÇALVES FERRAZ GOMINHO

**ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NA ETNIA PIPIPÃ, DSEI PERNAMBUCO**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado à coordenação do curso de
Especialização indígena da Universidade
Federal de São Paulo (UNIFESP), em
cumprimento às exigências para
obtenção do título de Especialização em
saúde indígena.**

Orientadora: Ana Paula Clemente

SÃO PAULO – SP

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus em primeiro lugar, pelo dom da vida.

Aos meus pais, por todo o apoio e incentivo.

Ao meu esposo, pelo companheirismo.

Aos meus colegas profissionais de saúde indígena, pela dedicação e amizade.

Aos queridos pacientes, que me permitem adentrar na sua vida e tentar minimizar suas dores;

A comunidade indígena Pipipã, por ter me acolhido com tanto carinho;

Aos colegas de curso, que fizeram parte dessa trajetória, compartilhando suas experiências com os demais.

Aos tutores, professores e orientadora, pela paciência e incentivo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3. METODOLOGIA	19
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	21
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de Pernambuco com a localização da cidade de Floresta..... 20

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica multifatorial. Popularmente conhecida como pressão alta, é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Pode não apresentar sintomas, o que dificulta o seu diagnóstico naqueles pacientes que não procuram atendimento médico de rotina. A mesma atinge grande parte da população brasileira, aumentando às idas ao pronto socorro e facilitando as mortes em decorrência de suas consequências em longo prazo. Alguns hábitos de vida favorecem o aparecimento da doença, tais como: obesidade, uso demasiado de sal, tabagismo, sedentarismo. Antigamente, não existiam relatos de hipertensão arterial sistêmica em indígenas. Atualmente, com a maior interação dessas comunidades com o homem branco, já encontramos uma importante prevalência dessa comorbidade em populações indígenas. Dessa forma, percebendo o aumento da prevalência de hipertensos na etnia Pipipã (Floresta/PE), decidi implementar um projeto educativo de intervenção, onde serão abordados os principais temas relacionados ao problema e com a ajuda dos profissionais de saúde indígena locais, de outros profissionais de saúde convidados e dos hipertensos locais, construiremos ao fim do período de 07 (sete) semanas, um folder ilustrativo, explicando os principais aspectos relacionados à doença. Almejamos com isso, alertar para os fatores de risco, difundir a importância de manter hábitos de vida saudáveis e falar sobre a manutenção do tratamento correto, como sendo protetor contra consequências maléficas da hipertensão arterial sistêmica.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, índios, intervenção.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension is a multifactorial clinical condition. Popularly known as high blood pressure, it is characterized by high and sustained blood pressure levels. It may not present symptoms, which makes it difficult to diagnose those patients who do not seek routine medical attention. It affects a large part of the Brazilian population, increasing the number of visits to the emergency room and facilitating deaths due to their long-term consequences. Some lifestyle habits favor the onset of the disease, such as: obesity, too much salt use, smoking, sedentary lifestyle. Previously, there were no reports of systemic arterial hypertension in indigenous people. Currently, with the greater interaction of these communities with the white man, we have already found a significant prevalence of this comorbidity in indigenous populations. In this way, realizing the increase in the prevalence of hypertension in the Pipipã (Floresta/PE) ethnicity, I decided to implement an educational intervention project, which will address the main issues related to the problem and with the help of local indigenous health professionals, other professionals And hypertensive patients, we will construct an illustrative folder at the end of the seven (7) week period, explaining the main aspects related to the disease. We aim at this, alert to risk factors, spread the importance of maintaining healthy lifestyle habits and talk about maintaining the correct treatment as being protective against the harmful consequences of systemic arterial hypertension.

Key words: Systemic arterial hypertension, Indians, intervention.

Introdução

Modificações dos padrões de doenças têm sido observadas no Brasil principalmente a partir da metade do século XX. A diminuição da incidência e prevalência de doenças infecciosas tem sido acompanhada por um aumento progressivo das doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, observa-se uma substancial redução da desnutrição e um aumento dos casos de sobrepeso e obesidade (PRATA, 1992). (SOUZA FILHO, 2015).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde mostram que as doenças não transmissíveis são responsáveis por 45,9% (quarenta e cinco vírgula nove por cento) da carga de doenças em todo o mundo. Estimasse que em 2020, 2/3 (dois terços) da carga de doenças será atribuída às doenças crônicas não transmissíveis. Este fato é atribuído principalmente ao aumento progressivo de sobrepeso e obesidade decorrente das mudanças no padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna. Doenças crônicas como diabetes e a hipertensão assumiram ônus crescente e preocupante em todos os países e populações, independentemente de seu grau de desenvolvimento devido às transições demográficas, nutricional e epidemiológica incididas no século passado (ALMEIDA, 2014).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, as cardiovasculares aparecem como a principal causa de morte hoje no país, tendo como um dos principais fatores de risco a hipertensão arterial sistêmica, a qual apresenta elevada morbimortalidade e baixas taxas de controle, tornando-se um grave problema de saúde pública (BRESAN, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, tendo origem multifatorial e caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (BODANESE, 2017).

A pressão arterial é criada pela força exercida pelo sangue, bombeado pelo coração, contra as paredes dos vasos sanguíneos (artérias). A hipertensão é, portanto, uma condição na qual os vasos sanguíneos sofrem persistentemente alta pressão (ALMEIDA, 2014).

A grande relevância da hipertensão arterial reside em suas complicações para a saúde, tais como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (V Diretrizes

Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 62% (sessenta e dois por cento) das doenças cerebrovasculares e 49% (quarenta e nove por cento) das doenças isquêmicas do coração são atribuídas à pressão arterial elevada, apresentando custos médicos e socioeconômicos elevados (TAVARES, 2010).

No Brasil são cerca de dezessete milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% (trinta e cinco por cento) da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e se estima que 4% (quatro por cento) das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

Em 2000, a prevalência de hipertensão arterial sistêmica mundial foi estimada em 26,4% (vinte e seis vírgula quatro por cento) na população acima de 20 (vinte) anos de idade e para o ano de 2025 foi estimada uma prevalência de 29,2% (vinte e nove vírgula dois por cento) (KEARNEY, 2005).

No Brasil, em 2010, verificou-se que 23,3% (vinte e três vírgula três por cento) dos adultos maiores que 18 (dezoito) anos de idade, residentes nas 26 (vinte e seis) capitais brasileiras e Distrito Federal, autodeclararam-se hipertensos (BRASIL, 2011). Estudo realizado por Ford et al. (2007) para determinar quanto do decréscimo em mortalidade cardiovascular nos Estados Unidos poderia ser atribuído ao uso de medicação e tratamento cirúrgico, em oposição a modificações dos fatores de risco para doenças cardiovasculares, demonstrou que redução da pressão arterial sistólica representa 20% (vinte) da redução da mortalidade cardiovascular. Em outro estudo, em torno de 54% (cinquenta e quatro por cento) dos casos de infarto, 47% (quarenta e sete por cento) das doenças isquêmicas do coração e 25% (vinte e cinco por cento) de outras doenças cardiovasculares no mundo foram atribuídas à pressão arterial elevada (BARBOSA, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A alta prevalência está relacionada ao crescimento da obesidade e a ingestão elevada de sal. Há uma relação estreita entre níveis de pressão arterial e risco de cardiovasculares, acidente vascular cerebral e doença renal. (BODANESE, 2017).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da hipertensão arterial sistêmica aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e o maior acesso a medicamentos. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde estimou que aproximadamente um bilhão e seiscentos milhões de adultos apresentavam excesso de peso no mundo, em 2005, sendo quatrocentos milhões deles obesos (TAVARES, 2010).

O risco de doença cardíaca coronariana, acidente vascular cerebral isquêmico e diabetes tipos 2 cresce de forma constante com o aumento de massa corporal, assim como o risco de câncer de mama, cólon, próstata e outros órgãos. São vários os mecanismos pelo qual o excesso de peso aumenta o risco de doença cardiovascular, incluindo hipertensão, diabetes, dislipidemia, aterosclerose e doença renal crônica. Estudos recentes têm estabelecido que os riscos para saúde relacionados ao excesso de gordura corporal são principalmente devido à adiposidade abdominal (ALMEIDA, 2014).

Apesar dessas evidências, hoje, incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da hipertensão arterial sistêmica, assim como do seu controle inadequado. A despeito da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. Uma reforça a outra e são complementares. Evidências suficiente demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade (BRASIL, 2006).

Atualmente, são estimados que nove milhões de pessoas a cada ano morram em decorrência da pressão arterial elevada (ALMEIDA, 2014).

A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da hipertensão arterial sistêmica e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares em geral (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, órgão do Poder Executivo Federal responsável pela execução (direção) do Sistema Único de Saúde, vem desenvolvendo diversas estratégias e ações para o enfrentamento das doenças crônicas degenerativas. Com o propósito de reduzir a morbimortalidade cardiovascular, o mencionado Ministério da Saúde propôs em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Sistema Único de Saúde, com objetivo de estabelecer diretrizes e metas para a reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes, através da atualização dos profissionais da rede básica, da garantia do diagnóstico e da vinculação do paciente às unidades de saúde para tratamento e acompanhamento. A partir de 2003 as ações deste Plano foram incorporadas na rotina dos serviços como área prioritária das equipes de Atenção Primária e de Saúde da Família. Como proposto no Plano, foram realizadas campanhas nacionais para detecção de casos suspeitos de hipertensão e diabetes mellitus e promoção de hábitos saudáveis de vida. Os casos confirmados destas doenças foram, então, vinculados às unidades básicas de saúde ou às equipes do Programa Saúde da Família, para tratamento e acompanhamento. (ALMEIDA, 2014).

Desta forma foi criado e implantando o HiperDia que consiste em um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Por meio da Portaria nº 371/GM de 04/03/2002 e como ação integrante do Plano foi instituído o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que busca ofertar de maneira contínua para a rede básica de saúde os medicamentos padronizados para hipertensão arterial e diabetes mellitus (ALMEIDA, 2014).

Como resposta à ação de capacitação dos profissionais na atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, o Ministério da Saúde produziu milhares de exemplares

do caderno técnico sobre hipertensão e diabetes para a atenção básica e cadernos de casos clínicos de hipertensão arterial e diabetes melito, para serem utilizados nos cursos de capacitação. De maneira mais abrangente, com intuito de construir intervenções que possibilitem o enfrentamento das principais doenças crônicas não transmissíveis, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil. O objetivo do Plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis é de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. Este pretende preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis, entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. (ALMEIDA, 2014).

Cabe ressaltar que não existe no Ministério da Saúde, uma política nacional de hipertensão arterial sistêmica. O Ministério da Saúde conta com uma área técnica no departamento de atenção básica da secretaria de atenção à saúde que faz a gestão desses agravos em âmbito nacional, inexistindo portarias específicas de regulamentação da referida área técnica. No entanto, importantes políticas que atuam na disseminação e promoção de hábitos de vida saudáveis buscam interferir de maneira positiva nos fatores de risco (obesidade, sedentarismo, consumo de álcool e tabaco, etc.) para hipertensão arterial e para outras doenças crônicas não transmissíveis. Dentre as políticas públicas com foco nos fatores de risco para hipertensão arterial destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde que foi aprovada em 2006 e priorizou ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma inter setorial e integrada (ALMEIDA, 2014).

Outra proposta do Ministério da Saúde que busca intervir nos fatores de risco da hipertensão arterial constituiu o Programa Academia da Saúde, criado em 2011, tem como objetivo a promoção da saúde por meio de atividade física. Consiste na construção de espaços voltados para a atividade física/práticas corporais. Além disso, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde apoia e financia programas de atividade física. Destacam-se ainda as ações de enfrentamento do tabagismo, com

atividades regulatórias, como proibição da propaganda de cigarros, advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto e adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 2006 (ALMEIDA, 2014).

Um sistema de vigilância específico para as doenças crônicas não transmissíveis vem sendo estruturado no Brasil de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde. Embora não exista uma política pública específica de atenção à hipertensão arterial nota-se que o Ministério da Saúde por meio de diversas políticas e programas tem buscado enfrentar e reduzir a carga de morbimortalidade decorrente das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais a hipertensão arterial sistêmica tem destaque. Estas estratégias do Ministério da Saúde devem atingir também toda população indígena residente em território nacional visto que os serviços de atenção primária inseridos nas terras indígenas devem ser organizados de maneira articulada e integrada com a rede do Sistema Único da Saúde. (ALMEIDA, 2014).

Em estudos realizados na população indígena, nas décadas de 1970 e 1980, a hipertensão arterial era praticamente inexistente. Dessa forma, considera-se que as modificações ocorridas no modo de vida dos indígenas no Brasil aliadas à adoção e incorporação de comportamentos e valores engendrados a partir dos novos desafios do mundo contemporâneo propiciaram a essas pessoas processos dinâmicos de adoecimento, como por doenças cardiovasculares, em especial pela hipertensão arterial. (SOUZA FILHO, 2015).

O inquérito sobre a saúde e nutrição dos povos indígenas do Brasil afirma que paralelo à desnutrição, que ainda constitui um grave problema de saúde entre as crianças indígenas, atingindo uma em cada três, o excesso de peso apresenta expressivo patamar entre os adultos. Os povos indígenas que vivenciam menor isolamento da sociedade ocidental e, portanto, mais influência no processo de aculturação, experimentam mais chances de desenvolver obesidade e outras doenças crônicas (ALMEIDA, 2014).

1.1 Hipertensão arterial sistêmica em comunidades indígenas

As populações indígenas da América, em seu estado primitivo, eram praticamente desprovidas de doenças cardiovasculares, em geral, e de hipertensão arterial, em particular (BLOCH, 1993). Estudo feito por pesquisadores americanos em índios Yanomanis em meados de 1970, período em que estas tribos ainda mantinham hábitos primitivos de vida, mostrou ausência de casos de hipertensão arterial (OLIVER, 1975).

Importante mencionar que no início do século XVI a população indígena brasileira era comparável à população europeia cuja estimativa atinge o percentual de cinco milhões de pessoas (MEYERFREUND, 2006).

Atualmente, a população indígena no Brasil corresponde apenas a 0,4% (zero vírgula quatro por cento) da população total do país, o que corresponde a aproximadamente oitocentos e dezessete mil indivíduos. Tal população vive em todas as regiões do nosso território (ISA, 2017).

O povo indígena brasileiro está presente em todos os estados brasileiros, vivendo em quinhentas e cinco terras indígenas devidamente reconhecidas, que compreende 12,5% (doze e meio por cento) do território brasileiro, ou seja, 106.739.926hac (cento e seis milhões e setecentos e trinta e nove mil e novecentos e vinte e seis) hectares, com significativa concentração na Amazônia Legal. Vale ressaltar, no entanto, que uma parcela vive em áreas urbanas, geralmente em periferias das cidades (ALMEIDA, 2014).

Embora com características peculiares, essa tendência também vem sendo observada entre os povos indígenas no Brasil. Por mais que as precárias condições de saneamento e dificuldades de acesso a serviços de saúde contribuam para altas prevalências de doenças infecciosas e parasitárias, estudos têm apontado para registros cada vez mais frequentes de excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis entre esses povos no país (BRESAN, 2013).

O contato e a interação dos povos indígenas com o segmento não indígena da população provocaram mudanças de ordem econômica, social, cultural e ambiental, com destaque para a diminuição dos territórios tradicionalmente ocupados e explorados pelos primeiros. Essas modificações afetaram os sistemas de subsistência, ocasionando, em geral, carência e empobrecimento alimentar (BRESAN, 2013).

Essa transição nutricional vivenciada pelos povos indígenas, com aumento de ingestão de sódio, alimentos industrializados, gorduras saturadas e diminuição da ingestão de fibras alimentares, contribuiu para o aumento das doenças cardiovasculares e hipertensão arterial entre índios. Outros fatores também estão relacionados à hipertensão arterial, como sobrepeso e obesidade, inatividade física, o diabetes mellitus e a síndrome metabólica, além de possibilidades de dificuldade de acesso aos serviços de saúde vivenciada por essa população.

Nota-se que a população indígena ao se entregar ao contexto social moderno acabou por modificar o estilo de sua vida, especialmente no que tange a alimentação, o que resultou em novas enfermidades para esses povos. Além disso, devemos ter em mente que essa realidade deve ser adequada ao Estado, pois a miscigenação de estilo de vida irá permanecer e se agravar, razão pela qual as enfermidades sociais passaram a abarcar larga parte da população indígena.

1.2. Hipertensão arterial sistêmica na etnia Pipipã

No Brasil, são identificadas hoje 305 etnias indígenas, das quais dez estão localizadas no estado de Pernambuco (PE), e, este apresenta a quarta maior população indígena do Brasil, antecedido apenas pelos Estados do Amazonas, Mato Grosso do Sul e Bahia. O povo Pipipã vive no município de Floresta- na mesorregião do São Francisco e na microrregião de Itaparica - no sertão pernambucano. Região de clima semi-árido, a 426 km da capital do estado, onde predomina a vegetação caatinga (ARCANJO, 2003).

Os indígenas iniciaram o contato com a sociedade nacional desde o início do século XVIII com o início da colonização do território do Pajeú, principalmente a cidade de Floresta/PE, por meio da interação com vaqueiros e proprietários rurais que vieram povoar as margens do Pajeú para a criação de gado bovino no sertão pernambucano. A sua população atual é de 985 pessoas. Embora em 2009 tenham sido realizados estudos complementares para a identificação do território Pipipã, a demarcação ainda não foi concluída. Por isso, seu território ainda está em processo de identificação como consta nas Portarias de Nº 802 PRES/FUNAI de 20/07/2005 e Nº 1177 PRES/FUNAI de 07/10/2008. É nesta atual proposta de demarcação do território Pipipã que a Serra Negra é incluída em sua totalidade enquanto Reserva Biológica (PERNAMBUCO, 2017).

Para o povo Pipipã a Serra Negra é um lugar de destaque na cosmologia do povo e é constituída a partir de vários espaços sagrados, entre eles: o Pau Oco da Serra, o Pau Ferro Grande, o Pé de Coité, a Pedra da Espia, o Pau d'Alho, a Mata do Ventilador (OLIVER, 1975). Por ser este bem simbólico e material a Serra Negra é referência da territorialidade para o povo Pipipã.

A etnia abrange 04 aldeias reconhecidas pela FUNAI e que recebem serviços de saúde regularmente. A Aldeia Travessão do Ouro está situada próxima à Serra do Periquito, no Km 29 da BR-360 em Floresta-PE. Aqui, um conglomerado de casas em alvenaria e de taipa ou pau-a-pique perfila a estrada principal. Capoeira do Barro é uma aldeia onde viviam não-índios dentro de um projeto de assentamento do INCRA, com duas fileiras de casas frente a frente; um grande pátio ao centro, em que se realiza a Dança do Toré; essa área foi recentemente ocupada pelos Pipipã. Na aldeia faveleira, convivem índios e não-índios e há alguns posseiros dentro da área. É nessa aldeia que está instalado o Sistema de Abastecimento de água que distribui para o travessão e Capoeira do Barro; nela também funciona uma escola, uma creche e recentemente um posto de saúde. A aldeia Caraíba fica situada próxima à Serra do Taiado e ao Serrote do Tamanduá. Nessa aldeia existem dois terreiros e vários limpos (o limpo é um terreiro natural em que os Pipipã realizavam a Dança do Toré, geralmente está situado a uma certa proximidade de suas roças ou no trajeto entre as Caraíbas e a Serra Negra, percurso que eles fazem a pé), uma escola, uma cisterna coletiva que é abastecida por carros-pipa e onde a população se abastece com galões, carros de mão e latas (Pernambuco, 2017).

Existem, porém, algumas famílias indígenas que residem em áreas desaldeadas atualmente, devido a conflitos internos.

As principais atividades econômicas desenvolvidas pelo povo Pipipã são a agricultura e a criação de gado. Além disso, cultivam para sua própria subsistência.

Algumas pessoas tem a prática de se cuidarem através de chás, banhos e rezas. Desse modo, tanto a prevenção, como a cura são guiados por tratamentos naturais e espirituais. Os especialistas em saúde tradicionais são os pajés, benzedeiras, parteiras. A relação entre os especialistas tradicionais e a equipe de saúde é harmoniosa e pautada no respeito.

Mas, apesar do trabalho contínuo da equipe de saúde, a prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre os indígenas Pipipã vem ganhando proporções significativas. Em 2014, 2015 e 2016, a prevalência do agravo foi respectivamente 10,55%, 12,15% e 12,48% (Pólo indígena Pipipã). Percebemos então, que a despeito das ações executadas pelos profissionais de saúde, tal enfermidade vem atingindo cada vez mais indivíduos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Implantar uma estratégia de intervenção educativa para difundir o conhecimento acerca da Hipertensão arterial sistêmica e quais as suas repercussões na qualidade e perspectiva de vida dos indígenas da etnia Pipipã, DSEI Pernambuco.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimular o interesse dos indígenas da etnia Pipipã sobre formas de prevenção da hipertensão arterial sistêmica, ajudando-os a incorporar hábitos de vida mais saudáveis;
- Melhorar o controle da hipertensão arterial sistêmica daqueles indivíduos que já tem a comorbidade;
- Ampliar o conhecimento sobre Hipertensão arterial sistêmica e suas consequências;

3 METODOLOGIA

3.1 Local de Estudo

O estudo será realizado na reserva indígena Pipipã, onde há 04 aldeias, localizadas a aproximadamente 80 km do pólo-base da cidade de Floresta, a 426 km da capital do estado de Pernambuco.



3.2 População e amostra

Os sujeitos da pesquisa foram serão constituídos pelos profissionais de saúde indígena que atendem na etnia Pipipã e por índios portadores de hipertensão arterial sistêmica da mesma etnia.

3.3 Cenário de intervenção

Os cenários de intervenção serão as escolas locais, os postos de saúde de cada aldeia. Os pacientes serão orientados previamente sobre a proposta do projeto e como este será desenvolvido, a fim de serem sensibilizados para a importância do mesmo e motivados a participar. Ao final, será promovido um momento de discussão para o levantamento de possíveis dúvidas e sugestões dos pacientes.

4 RECURSOS:

4.1 Recursos materiais:

- Papelaria: lápis, borracha, canetas, resma de papel, corretor, marcadores, impressora e tinta para impressora.
- Audiovisual: Datashow, microfone e caixas de som.
- Infraestrutura: Escolas e postos de saúde locais.

4.2 Principais recursos humanos:

Profissionais de saúde indígena que atuam na etnia Pipipã e povo indígena Pipipã.

5. RESULTADOS ESPERADOS:

Antes de pôr em prática o projeto de intervenção, será realizada uma reunião no Pólo indígena Pipipã, com a participação dos profissionais de saúde envolvidos para melhor articulação de como se dará a abordagem aos indígenas. A intervenção será realizada por meio de Oficinas temáticas com os Hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe de saúde local. Logo, estabelecemos a data de início da primeira oficina (Setembro de 2017), com dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos hipertensos. A realização das oficinas com o grupo de hipertensos também contará com a parceria de profissionais convidados. A etapa seguinte baseia-se na apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. As oficinas serão realizadas semanalmente com os seguintes temas: 1) Hipertensão: conceito, ocorrência e conseqüências; 2) Alimentação saudável; 3) Influência da obesidade; 4) Álcool e Tabagismo; 5) Atividade física; 6) Fatores de risco cardiovasculares; 7) Prevenção e Tratamento medicamentoso e não medicamentoso e uso correto de medicação prescrita. Incentivaremos a construção do conhecimento sobre a doença, como preveni-la e trata-la. Ao final dessas 07 semanas, desejamos que cada pessoa nos repasse o q aprendeu e como vivenciou essa experiência no seu dia a dia. Contudo, teremos a preocupação de adaptar as atividades e orientações para o contexto de nossa população, respeitando crenças, valores, limitações e desejo dos participantes. Tomando por base o plano de cuidados será estimulada a criação de um folder pelos próprios indígenas, com o objetivo de informar e orientar a população geral, de uma forma clara, objetiva e ilustrativa.

Através desse projeto de intervenção, objetivamos diminuir a incidência de Hipertensão arterial crônica na comunidade indígena Pipipã, e com isso, evitar causas de morte decorrentes dessa patologia. Através de uma melhoria no estilo de vida e incorporação de uma alimentação saudável, aguardamos menos doenças cardíacas e metabólicas nessa comunidade.

Esperamos também sanar as dúvidas da população e auxiliá-los no melhor entendimento sobre a doença, quais os fatores de risco para adquiri-la, o que fazer para diminuir as chances de se tornar portador, como conviver e seguir o tratamento da melhor forma.

Com o engajamento de todos os envolvidos, será produzida uma cartilha informativa ilustrada, voltada à realidade local.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Nosso objetivo principal é traçar estratégias de intervenção para trabalhar com todos os portadores de hipertensão arterial sistêmica da etnia Pipipã e levar até eles os conhecimentos necessários sobre essa enfermidade, como agravo fundamental que os atinge. Melhorando os conhecimentos sobre a doença, os fatores de risco, as suas consequências e sua prevenção. É importante que os mesmos tenham consciência da sua condição clínica como hipertensos; sabendo que a doença pode ser controlada e evitada em alguns casos. Debateremos sobre os fatores causais e predisponentes para tal condição, para que dessa forma, se torne mais fácil a sua prevenção. Através dessa compreensão sobre a doença, teremos uma melhoria no controle dos níveis tensionais desses indivíduos, além de menos idas ao hospital por crises hipertensivas e encaminhamentos à especialistas e menos complicações cardiovasculares decorrentes dessa patologia. Sendo assim, temos que contar com a participação de todos os hipertensos da etnia Pipipã, para termos uma maior troca de experiências e garantir que o projeto de intervenção alcance êxito ao final das atividades propostas. Para isso, contaremos com o apoio de toda a equipe de saúde indígena que trabalha com o povo Pipipã, com a presença de outros profissionais convidados para explicar sobre alguns temas de importância relacionados ao nosso tema principal, e com a ajuda de alguns meios audiovisuais para favorecer a compreensão de todos.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Juliana Barros de. **Associação entre adiposidade total e abdominal e hipertensão arterial sistêmica em mulheres indígenas do centro oeste do Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/MESTRADO-DOUTORADO-CIENCIAS-SAUDE/Juliana%20Barros.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

ARCANJO, J. A. **Toré e identidade étnica: os pipipã de kambixuru (índios da Serra Negra)**. 2003. 162 f. il. Dissertação (mestrado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

BARBOSA, Jessyka Mary Vasconcelos. **Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada no povo indígena Xucuru de Ororubá, Pesqueira-PE, 2010**. Disponível em: <http://indiosnonordeste.com.br/wp-content/uploads/2012/08/Jessyka-Barbosa_Disserta%C3%A7%C3%A3o-_2013.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2017.

BATISTA FILHO M. & RISSIN A. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais**. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 19 (sup. 1):181-191, 2003.

BLOCH K.V; COUTINHO E.S.F; LOBO M.E.C.; OLIVEIRA J.E; MILECH A. (1993). **Pressão arterial, glicemia e medidas antropométricas em uma população Yanomámi**. Cadernos de Saúde Pública, 9: 428-438.

BODANESE, Luiz C. **Hipertensão arterial**. Disponível em: <<http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/famed/curr3304/hipertensaoarterial.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

BRASIL. INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Povos indígenas no Brasil**. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/quem-sao/povos-indigenas>>. Acesso em: 06 de Fev. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica: Hipertensão arterial sistêmica**. Vol. 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Povos indígenas de Pernambuco**. Disponível em: <<https://www.ufpe.br/nepe/povosindigenas/pipipa.htm>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

BRESAN, Deise; BASTOS, João Luiz; LEITE, Maurício Soares. **Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Xaçecó, Santa Catarina, Brasil, 2013.** Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n2/pt_0102-311X-csp-31-02-00331.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2017.

FORD, E. S. et al. **Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980– 2000.** The New England Journal of Medicine, Boston, v. 356, p. 2388-98, 2007.

KEARNEY P.M. et al. **Global burden of hypertension: *Analysis of worldwide data.*** Lancet, Londres, v. 365, p.217-23, 2005.

MEYERFREUND, Diana. **Estudo da hipertensão arterial e de outros fatores de risco cardiovascular nas comunidades indígenas do Espírito Santo – BR.** 2006. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1169.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

OLIVER, W.J.; COHEN, E.L.; NEEL, J.V.; (1975). **Blood pressure, sodium intake and sidium relatyed hpormones in the Yanomamo Indians, a non salt culture.** Circulation, 52: 146- 151.

PRATA, P.R. **A transição Epidemiológica no Brasil.** Cadernos de Saúde Publica. 8(2):168-175, 1992.

SOUZA FILHO, Zilmar Augusto de, et al. **Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2015.

TAVARES, Felipe Guimarães. **Epidemiologia da hipertensão arterial e níveis tensionais em adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. 2010.** Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25993_tavaresfgm.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2017.