

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO AMAZÔNIA-TURMA II

JUAN ANTONIO LORA FERRER

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM HIPERTENSOS ACERCA DO
CONHOCIMENTO DA HIPERTENSAO ARTERIAL E OS FATORES DE
RISCO NA ALDEIA KUMARUMÃ.**

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

Orientador (a): Bianca de Almeida Pitito.

SÃO PAULO

2017

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EM HIPERTENSOS ACERCA DO
CONHOCIMENTO DA HIPERTENSAO ARTERIAL E OS FATORES DE
RISCO NA ALDEÍÁ KUMARUMÃ.**

JUAN ANTONIO LORA FERRER

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

Orientador (a): Bianca de Almeida Pitito.

SÃO PAULO

2017

RESUMO

A pressão arterial (PA) é algo essencial para a vida. A Hipertensão Arterial (HAS) é um grave problema de saúde no Brasil e no mundo. Nos Povos Indígenas no Brasil os estudos sobre HAS são escassos. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal em 20 pacientes hipertensos na população indígena da aldeia Kumarumã, município Oiapoque do norte de Amapá. O objetivo foi elaborar um projeto de intervenção educativa acerca os conhecimentos da Hipertensão e seus fatores de riscos. Confeccionou-se um questionário com perguntas relacionadas à HAS para avaliar o conhecimento dos pacientes incluídos no projeto. O presente trabalho nos permitiu evidenciar a presença de baixo nível de conhecimento do conceito e fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica na população hipertensa da aldeia de Kumarumã.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVOS.....	19
4. METODOLOGIA.....	20
5. RESULTADOS ESPERADOS.....	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
7. REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
8. ANEXOS.....	32

INTRODUÇÃO

CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DO DSEI AMAPÁ E NORTE DO PARÁ.

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é responsável pela atenção à saúde da população dos povos indígenas, que habitam hoje na faixa de terras que vai desde o Amapá ao norte do Pará, os quais tem uma historia em comum de relações comerciais, políticas matrimoniais, e rituais que remonta a pela menos três séculos.

O DSEI está localizado na região norte do Brasil, no Estado Amapá. Onde á faixa de terras que se estendem do estado Amapá ao norte do Pará. 8 terras indígenas demarcadas-sendo, que 7 são homologadas, onde se distribuem, atualmente 10 grupos tem como abrangência 2 estados o estado Amapá e norte de Pará , 4 municípios (Almeirim, Óbidos, Oiapoque, Pedra Branca do Amapari).

FORMAÇÃO E PROCESSOS HISTÓRICOS EM COMUM

Cada um dos povos indígenas que vivem hoje no Amapá e Norte do Pará compõe um grupo étnico, formado por descendentes dos grupos de diversas origens, que concluíram para a região em diferentes épocas. Em conjunto, os dez povos indígenas que vivem em este território encontram-se no interior da região em que o Brasil faz fronteira com a Guiana Francesa e o Suriname, distantes da costa norte do rio Amazonas.

As terras indígenas do estado do Amapá estão demarcadas, e existem duas grandes reservas que representam 8,6 % de todo o território, 14.276, onde vivem as 10 etnias – Galibi de Oiapoque, Galibi Marworno, Karipuna, Palikur, Waiapi, Wayana, Aparai. Tiriyó, Katxuyana e Zóe.

QUESTÕES AMBIENTAIS E ECONÔMICAS

O ciclo de subsistência e atividades está definido por o cultivo de roças bem como: a caça pesca e coleta constitui a base do subsistema dos povos indígenas da região. Tais atividades são regidas por duas estações: o verão, estação seca que se estende aproximadamente de julho a dezembro; e o inverno, estação das chuvas, que

ocorre aproximadamente entre janeiro e junho. Esse ciclo anual orienta não só a o calendário sazonal das atividades ligadas a abertura, derrubada, limpeza, coivara, plantio e colheita das roças, como determina as espécies de animais, peixes e frutos disponíveis em cada época local.

A vegetação do Amapá caracteriza-se em forma de florestas (Floresta Amazônica), com variedade inumerável de vegetais. Ela está dividida em:

- Floresta de Várzea, inundada apenas durante a cheia dos rios;
- Floresta de Terra Firme, não atingida pelas inundações;
- Campos que apresentam três aspectos: campos cerrados, campos inundáveis e campos limpos. No Amapá, em todos esses campos se pratica a criação de gados bovinos e búfalos.

O estado de Amapá tem como principais recursos naturais o ouro, granito e caulim. Seus principais rios são o Amazonas, Araguari, Jari, Maracá Oiapoque e Uaçá.

POLITICAS DE SAÚDE

O território do DSEI Amapá e Norte do Pará está dividido em 6 polos (base), cada qual com um equipe multidisciplinar (EMSI), composta por médico, odontólogo e enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde (AIS) e de saneamento (AISAN), que são os responsáveis pela atenção da saúde da população das aldeias da área abrangidas de seus respectivos polo-base. A rede de Atenção Básica é composta por 6 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) localizadas nos Polos (Base) composto por médico, enfermeira (o) e técnicos de enfermagem, AIS, AISAN e parteiras. O EMSI não tem outros profissionais da saúde atualmente.

Além das unidades de referencia do SUS, o DSEI Amapá e Norte do Para existem ainda as Casas de Saúde do Índio (CASAI), localizadas em município de Oiapoque, e em Macapá capital de Amapá. Elas alojam e alimentam pacientes e acompanhantes encaminhados para as redes do SUS regional além de estabelecerem os mecanismos da referencia e contra-referencia com a rede do SUS.

O DSEI do Amapá e Norte do Pará está subordinado a SESAI do Estado do Amapá e em conjunto coordenam, supervisiona e executam as atividades de Atenção à

Saúde Indígena dos municípios de Oiapoque e Pedra Branca do Amapari. Os municípios tem falta de especialistas, equipamento médico, e a maiorias dos pacientes tem que ser encaminhados para o estado Macapá para ter acesso às especialidades ou para realizar exames laboratoriais especiais.

Os principais atores políticos, de saúde e lideranças (Gestora do DSEI, Cacique, vice Cacique, pastores das igrejas, diretor da escola, AIS, AISAN, parteiras e equipe multidisciplinar), trabalham mediante a gestão e planificação de ações de saúde, com o objetivo de manter uma assistência médica de qualidade dos povos indígenas do território em questão.

ASPECTOS SOCIAIS E ANTROPOLÓGICOS

A população do DSEI é de 11.816 indígenas é formada por 10 etnias, distribuídas em 129 aldeias e 4 municípios. 3,4. Esses índios não vivem isolados. Recebem todo tipo de apoio governamental: a assistência saúde e orientações para melhorar a qualidade de vida através de novas alternativas econômicas.

Todas as aldeias têm escolas administradas pelo governo do estado. Além de isso, tem uma rede de atenção a saúde, incluindo a rede de atenção básica no território (polo base, equipe multidisciplinar, organização do processo de trabalho), e serviços de referencias no município de Oiapoque e a capital Macapá, onde se encontra a CASAI e os hospitais de referencia.

MICROAREA

CARACTERIZAÇÃO SOCIOCULTURAL

Etnia: Galibi do Uaçá.

Autodenominação: 'Galibi-Marworno' foi adotada na última década do século XX, para substituir 'Galibi do Uaçá' ou 'do Uaçá' ou 'gente do Uaçá' (Vidal 2000).

Outros Nomes: Marworno, Carib, Galibi Marworno, Aruã, Mum Uaçá (DAI/AMTB 2010). Aruá, Galibi do Uaçá (Vidal).

Localização Terras indígenas I Uaçá

Língua: Galibi ou Crioulo Francês, família linguística: Crioulo Francês.

HISTÓRIA

O termo Marworno é derivado de uma das etnias ascendentes do povo, é usado para distinguir dos Galibi do Oiapoque ou Kalinã. Os Marworno (Maruae, Maraunu ou Maraon) viviam na região do rio Uaçá desde o século XVI, e durante do tempo nas missões jesuítas mesclaram com os Galibi e Arua (Anonby 2007.8). Os indígenas começaram a falar Galibi ou Crioulo Francês, em vez da mistura de línguas dos seus antepassados.

Na década 20 o governo brasileiro decidiu consolidar a fronteira por controlar os índios. O SPI tentou estabelecer escolas para estes povos na década 30 que duravam por pouco tempo. Os índios do rio Uaçá foram agrupados na aldeia Kumarumã. Seu contato com a sociedade nacional acontece desde essas décadas dos anos 20.

ESTILO DA VIDA:

Os Galibi-Marworno vivem em quatro localidades: A aldeia de Kumarumã esta no médio curso do rio Uaçá. As primeiras fontes sobre os habitantes do rio Uaçá remontam ao século XVII.

Atualmente a relação com a sociedade nacional está estabelecida graças as política de saúde indígena no Brasil em 1910, não existindo conflitos.

ALDEIA KUMARUMÃ

A comunidade de Kumarumã é uma aldeia localizada num grande ilha á margem esquerda de médio do rio Uaçá. É um pequeno povoado em forma de meia lua, contornando o campo alagado. A aldeia tem um posto de saúde onde radica o Polo-base de Kumarumã com um equipe multidisciplinar (EMSI), integrado por um equipe multidisciplinar (EMSI), composta por 1 medico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 3 agentes indígenas de saúde (AIS) e 3 agentes indígenas de saneamento (AISAN) que são os responsáveis pelo cuidado e atenção a população da aldeia, e possui outros profissionais da saúde.

A população do Kumarumã é formada por a etnia Galibi Marworno dos índios do rio Uaçá em 1930. Desde esse tempo tem contato com nossa sociedade, mantém um estado de isolamento relativo. Tem a economia baseada em atividades o cultivo de roças dedicado fundamentalmente à plantação da mandioca para a elaboração de farinha que é

o produto principal, que também serve em troca para obter outros alimentos, roupa e outros recursos necessários, caça, pesca etc. A vila Kumarumã cresceu muito nos últimos anos.

Desde o ponto ambiental e econômico, a falta de esgoto e a acomodação do lixo, caseiro, além da deterioração da qualidade de água dos rios utilizada para consumo, são problemas que demanda solução. Não se restringindo unicamente ao contorno do campo, estendendo-se para o interior da ilha.

A distribuição espacial das casas na ilha se faz através de quatro “pontos”. No meio da ilha localiza-se a Rua Vila Nova. Finalmente, a Rua Ponta da Bacaba. A Rua do Porto ou do Posto, também chamada antigamente de Ponta do Grupo, por causa da escola, não inclui habitações indígenas. Ali se localizava o Posto da FUNAI atualmente abandonado e destruído, a escola, o Posto de Saúde, alojamentos de professores. Um pouco mais próximas do centro, a igreja e o sino da comunidade e a Casa da Festa ou Casa Grande, imponente pelas suas dimensões, totalmente reconstruída pela comunidade em 1996 e inaugurada no dia 5 de agosto para a festa de Santa Maria. Atualmente este trecho se divide em três blocos que representam, na verdade, as instituições e/ou agentes externos, presentes na aldeia.

As edificações da FUNAI estão em estado precário de conservação. As escolas, novas edificações e reformas de antigas construções foram financiadas através do Convênio Governo do Amapá/APIO. O CIMI mantém, apenas, uma casinha humilde. A área comunitária, com a Igreja e a Casa de Festas, fica no centro da Vila. Este último trecho é mantido pela própria comunidade através de mutirões e "equipes de trabalho" sob a orientação de um líder. Estes líderes, chefes de famílias extensas que ocupam uma área da aldeia são também responsáveis pela arrecadação das contribuições de cada família para pagar o combustível, necessário à iluminação da aldeia e, às vezes, outros serviços.

Para chegar à aldeia a partir do leito do rio, a canoas usam um canal, e canal bax que leva até o posto da FUNAI. Hoje duas grandes pontes de madeira passam por cima dos campos alagados no inverno, lamacentos no verão. No inverno, a canoas consegue chegar até às margens da ilha onde se encontram as casas de farinha, ou “cabê” e os estaleiros individuais dos índios onde constroem sua canoas. Algumas famílias ainda usam, no verão, pontes improvisadas com troncos de miriti.

O rio Uaçá no seu curso médio e baixo passa por campo ou savanas e nas suas cabeceiras floresta na terra firme. Nos campos que ficam alagadas na estação das chuvas, dezembro a junho. No alto curso as florestas servem para caçar, pescar e tirar a madeira para construção das casas.

O plantio é feito por um sistema de mutirões e os produtos são vendidos nos mercados das cidades de Oiapoque ou Saint Georges. O produto principal é a farinha de mandioca que também serve em troca para alimentos de fora. A aldeia Kumarumã tem pequenos comércios e padarias. A comida tradicional é peixe, farinha de mandioca e tucupi, cozido em um fogão de barra ou até um fogão a gás.

SAÚDE E ADOECIMENTO

Na família da aldeia Kumarumã, utilizam as seguintes modalidades de atenção, não excludentes ou incompatíveis, entre si: Biomedicina ou medicina científica; a Popular o Tradicional, envolvendo vezes curandeiro (existe um só pajé), parteiras, e grupos religiosos (predomínio dos evangelistas). Essas são pelo geral as formas de atenção utilizadas pelos indígenas para enfrentar seus problemas de saúde.

Os recursos ou caminhos que as pessoas fazem em busca do tratamento de suas doenças, na aldeia incluem os cuidados domésticos, familiares, relativos ao uso de plantas medicinais (pouco já usado pelos habitantes da aldeia) e/ou dietas e automedicação. As Igrejas atualmente pelo geral buscam o tratamento no posto de saúde, pois predomina a prática biomédica, e não as práticas tradicionais.

O principal responsável pela busca e uso das formas de atenção são as pessoas e suas famílias, mostrando a importância da autoatenção na organização dos cuidados da família. A população da aldeia Kumarumã reconhece a importância da atenção prestada pelo EMSI, fundamentalmente a dos ASI, que constituem um papel importante no equipe do Posto de Saúde.

SERVIÇO DE SAÚDE DA BIOMEDICINA:

Os serviços de atenção à saúde da aldeia são brindados no Posto de Saúde, localizado na Rua Kumarumã chamado antigamente Rua do Porto ou do Posto, que incluem atenção médica, de enfermagem, técnico de laboratório, farmácia, e atenção dos ASI, com acessibilidade para toda a aldeia.

Realizaram-se entrevistas e conversações com representantes indígenas (agentes indígenas, lideranças, pessoas tanto homens como mulheres, professores, excaciques).

Os principais informantes e tradutores foram professores, ASI, excaciques que atuam na aldeia, as conversações foram aceitas pelos entrevistados. A população indígena da aldeia Kumarumã entende e vê a atenção à saúde brindada por o EMSI do Posto de saúde com grande aceitação, e nossa pratica médica não causa estranhamento ou conflito algum.

Com o crescimento da população da aldeia, como acontece em toda a população indígena no Brasil, as terras disponíveis para a agricultura ficaram reduzidas, sendo sentido pela diminuição dos alimentos tradicionais como a farinha e outros, incrementando-se a introdução cada vez maior de alimentos processados e industrializados, provocando o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, hipercolesterolemia.

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A pressão arterial (PA) é algo essencial para a vida; já que cada homem e mulher leva um determinado grado de pressão no sangue.

No certos estados patológicos, a pressão do sangue se eleva por encima das cifras normais, algumas vezes tais aumentos chegam a ser uma fonte de perigo iminente para a vida. Esta elevação da pressão arterial não é uma doença em si mesma, mas se um signo ou manifestação do processo patológico. (BANERJEE, 2003). Quando está pressão aumenta (hipertensão arterial) ou diminui (hipotensão arterial), é sintoma de uma patologia e equivale a uma preocupação para a pessoa que padece. Focalizando-nos o aumento da pressão arterial, a hipertensão arterial (HAS) é um importante fator de risco para a saúde e ainda que se considere uma doença “assintomática” ou um parâmetro físico definido mais ou menos arbitrariamente, não existe a menor duvida que a HAS possa considerar-se uma entidade noológica bem definida e de valor prognóstico inquestionável (NOM, 1999).

Na atualidade a hipertensão arterial constitui uns dos problemas de saúde a nível mundial, tem ido uns dos principais fatores de risco das doenças do aparelho circulatório, das doenças cerebrovasculares e outras. Esta doença constitui uns dos motivos de maior numero de consultas, e por isso a hipertensão arterial representa, na

época atual um problema médico social que afeta não somente aos países chamados do terceiro mundo, mas também nos mais desenvolvidos (AVAREZ SINTES, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a HAS é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, as quais têm aparecido como preeminente de morte no mundo (WHO, 2002; OPAS, 2003; WHO, 2008). A HAS apresenta alta mortalidade e baixas taxas de controle, pois pode ser assintomática e o diagnóstico muitas vezes é realizado tardiamente (JNC, 2004, SBH, 2010).

Conforme com dados obtidos pela OMS, as doenças cardiovasculares e as complicações da HAS devem ser consideradas como um problema de saúde abordagem prioritária, devida ao enorme impacto social e econômico que apresenta. Por esse motivo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) pretende intensificar e desenvolver estratégias e ferramentas para facilitar a detecção precoce da HAS, bem como o seu controle permanente e a expansão do nível de conhecimento da população enquanto a patologia, fatores de risco e impactos causados pela HAS.

No mundo, estimasse que a HAS fosse responsável por aproximadamente 13% do total de óbitos (WHO, 2011). Dado da OMS aponta para a prevalência de HAS maior em países do continente Africano, onde a prevalência foi de 46,0%. A menor prevalência foi encontrada na região das Américas (35,0); em dois países da América do Norte (Estados Unidos e Canadá) e seis países europeus (Inglaterra, Finlândia, Alemanha, Itália, Espanha e Suécia). Entre indivíduos de 35 a 64 anos, a maior prevalência foi encontrada nos países europeus (44,2%) nos países norte-americanos a prevalência foi de 27,6%, A Alemanha apresentou a maior prevalência (55,3%), seguida da Finlândia (48,7%), Suécia (38,4%), Itália (37,7%), Estados Unidos (27,8%), e Canadá (27,45). A prevalência de HAS nos Estados Unidos e Canadá foram à metade da prevalência, encontrada na Alemanha. Os homens apresentam maiores prevalências do que nas mulheres, e essa diferença foi estatisticamente significativa nas Américas e na Europa (WOLF, 2011).

Na América Latina a HAS tem adquirido uma grande dimensão. O 13% das mortes e o 5,1% dos anos de vida por falta de capacidade (AVAD) podem ser atribuído a hipertensos (LAWESCMM, 2008), se estima que para o 2025 a prevalência de HAS aumentara em um 42% (DANE).

A HAS é um grave problema de saúde no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32 em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos, e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SBC, 2010).

No Brasil o 60% da população encontrasse localizada na região da Amazônia. São 555 áreas indígenas oficialmente reconhecidas, 215 culturas diferenciadas, que ocupam 11% do território brasileiro, tendo como característica fundamental a grande heterogeneidade cultural (TROQUEZ, 2002). Em algumas populações da região Amazônica, que fica localizada ao Norte do Brasil, a prevalência de hipertensão arterial é hoje, equivalente á verificada nos moradores de cidades de médio para grande porte. Esta região se diferencia principalmente, pela diversidade proporcionada pela floresta. Esta diversidade foi reconhecida em estado sobre as consequências do ingresso de seus moradores na vida moderna. O uso de alimentos industrializados, o apartamento do extrativismo e a redução das atividades físicas foram mudanças que acontecerem, e que levaram á alterações da pressão arterial, fato relatado há mais de uma década (SILVA 2003), mas ainda hoje tem sua importância pelo fato que se repete.

Embora haja uma extensa literatura sobre a hipertensão arterial (HTA) na população brasileira (MEDEIROS E BORGES, 2006) tem apontado para necessidade de maiores investigações, para expandir o conhecimento acerca da epidemiologia da doença quanto à prevalência, notadamente, em determinadas regiões do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste) e, assim, em municípios de pequenos e médios portes, haja vista que esses municípios há menor concentração de estudos. Nesse sentido, informações de VEGETEL, 2012 apontaram 18% na frequência de HAS na região Norte (BRASIL, 2013).

As transformações do mundo moderno, por meio dos processos de industrialização e urbanização, acarretaram alterações nos hábitos de vida, na cultura, no êxodo rural, bem como o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas as cardiovasculares. Tais impactos também foram perceptíveis nas populações indígenas brasileiras, movidos pelas mudanças de hábitos socioculturais, econômicas e o estilo de vida, resultantes da interação do índio com a sociedade não indígena.

Entre os Povos Indígenas no Brasil, os estudos sobre HAS são escassos, o que não permite conhecer de forma extensa a epidemiologia da doença, no entanto, alguns estudos têm observado aumento dos níveis tensionais no decorrer dos anos de contato

com não indígenas (OLIVEIRA, 2010; TAVARES, ET AL, 2013). O contato com não indígenas têm propiciado modificações de ordem socioeconômica, cultural e ambiental, gerando alterações nos sistemas de subsistência, que pode estar influenciando na modificação dos padrões de doenças desses povos (SALVO, ET AL, 2009).

As populações indígenas em seu estado primitivo eram praticamente desprovidas de doenças cardiovasculares, em geral, e de hipertensão arterial, em particular (Bloch. ET AL, 1993). Estudo feito por pesquisadores americanos em índios yanomâmis no início dos anos 70, período em que estas tribos ainda mantinham hábitos primitivos de vida, mostrou ausência de casos de hipertensão arterial (Oliver, ET AL, 1975).

No passado, as sociedades indígenas viviam basicamente da agricultura, caça, pesca e coleta para a subsistência, porém, as relações de contato provocaram alterações drásticas nesse estilo de vida, com, por exemplo, a redução de seus limites territoriais, e a conseqüente adaptação dessas populações a áreas urbanas, ou a de viver em regiões as quais pressões populações, aliadas a ambientes degradados os levaram a abandonar a economia de subsistência, tornando-se sujeitos á uma maior carência alimentar. As mudanças ocorridas no modo de vida dos indígenas decorrentes de mudanças socioculturais e econômicas resultantes da interação com a sociedade não indígena provocou impactos na saúde desses povos e são associados à emergência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, entre outras, podendo fazer modificações no perfil de morbimortalidade.

O contato e interação dos povos indígenas com outras populações ocasionaram um acelerado e complexo processo de mudanças de ordem econômica, social e cultural e ambiental, com diminuição dos territórios, levando a modificações nos sistemas de subsistência, causado em geral carência e empobrecimento alimentar (SANTOS E CIMBAS JR, 2003; LEITE ET AL, 2007). A adoção de um estilo de vida sedentário, pela diminuição de atividades como caça, pesca e coleta, tem afetado o estado nutricional desses povos por meio da diminuição da ingestão de proteínas animal e carência de outros nutrientes somado a isso, a introdução da economia monetária e trabalho assalariado, trouxe uma variedade de produtos ocidentais através de compra, Sendo assim, dietas composta por alimentos localmente disponíveis, são usualmente substituídas por dietas monótonas, ricas em carboidratos e pobres em proteínas, vitaminas e minerais, e que, se não acompanhadas por um aumento da atividade física,

possivelmente acarretam o desenvolvimento de DCNT como obesidade e HAS (WIRSING, 1985). OS dados do Inquérito Nacional Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (único inquérito com povos indígenas de abrangência nacional), no qual participaram mulheres de 14 a 49 anos, aportaram uma frequência de níveis tensionais de HAS de 13,2%, sendo que a faixa etária de 40 a 49 anos apresenta prevalência (33,6%) (BRASIL, 2009; COIMBRA TR. ET AL, 2013).

A HAS, nesse contexto, destaca-se como importante problema de saúde pública, por ser um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

De acordo com a OMS, a HAS se caracteriza pela elevação crônica da PAS (pressão arterial sistólica) e/ou PAD (pressão arterial diastólica), associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares, fetais e não fetais (SBC, 2010). A OMS define como HAS níveis de PAS iguais ou superior a 95 mmHg e PAD iguais ou superior a 140mmHg (WHO, 1978, 1996, SBC, 2010). Outro protocolo de classificação também bastante utilizado, é o do National Institutes of Health, que classifica como HAS em adultos níveis de PAS iguais ou superior a 140 mmHg e/ou níveis de PAD iguais ou superior a 90mmHg(INC, 1997, 2004). No Brasil, o Ministério da Saúde, também classifica como HAS níveis de PAD iguais ou superior a 140mmhg, e /ou níveis de PAD iguais ou superiores a 90 mmHg. No entanto, é fundamental destacar que uma ou poucas aferições causais não são suficientes para caracterizar a presença de HAS sendo necessária a repetição de medidas em diferentes períodos, associados os resultados com a presença de fatores de risco e de e também de alterações nos órgãos alvo (BRASIL, 2006).

FATORES DE RISCO

Um fator de riscos se define como "qualquer característica, ou exposição de um indivíduo que aumenta a possibilidade de sofrer uma doença ou lesão" (OMS, 2014).

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela patogenicidade e a alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Entre os fatores de risco associados, estão principalmente os hábitos e atitudes que colaboraram para o aumento

da obesidade visceral, alto consumo energético, o excesso, ou deficiência de nutrientes, baseada em alimentos industrializados ricos em sal (sódio).

Diversos estudos tem demonstrado uma relação entre o consumo de sal e as cifras de pressão arterial. Também se demonstrou que os incrementos de pressão que se observam com a idade se relacionam significativamente com a ingestão de sal. Mas, sim o embargo, não em todos os indivíduos, respondem da mesma fôrma ao efeito do sódio. De fôrma geral admite-se que existem grupos de hipertensos "sensíveis ao sal" que a pressão arterial aumenta com a alta ingestão de sódio, e "sal resistente" não somente apresentam este efeito, sim além disso, não respondem a uma dieta pobre em sódio. A sensibilidade a sal é um exemplo de existência de uma interação entre a genética e o ambiente.

Entre outros fatores podemos destacar o sedentarismo, o consumo de dietas sem sal, o consumo de álcool, cigarro e os fatores psicossociais que podem influir no aparecimento desta doença. De acordo com estes últimos se tem demonstrado que as tensões emocionais mantidas ou reiterados são capazes de desencadear reações vasomotoras com hipertensão arterial sistêmica.

Além de isso, fatores de riscos como a idade, gênero, etnia, componente genético podem predispor à hipertensão arterial. Segundo um estudo realizado no Brasil (2010) se reflete a existência de uma relação direta de pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de HAS superior aos 60% em indivíduos com mais de 65 anos de idade. De acordo ao gênero destaca-se que a prevalência de HAS é semelhante entre homens e mulheres, mas mais elevado nos homens até os da quinta década. O componente genético influi de tal maneira que uma pessoa com antecedentes familiares de hipertensão arterial tenderá 3,8 vezes maior probabilidade de padecer esta patologia em comparação a uma pessoa sem este fator de risco.

INCIDÊNCIA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE A VALIDADE DE VIDA DO PACIENTE HIPERTENSO

A educação do paciente hipertenso e o elemento primordial para o melhor controle da HAS, pois permite lê compreender melhor sua doença e as consequências, facilitando a adequada adesão ao tratamento e uma longa supervivência, com melhor qualidade de vida. Corresponde ao médico da comunidade, como vigilante dá saúde,

desenvolver a plenitude ações educativas de promoção, e prevenção da saúde frente a este fator de risco, e consideramos que aumentando o conhecimento que o próprio paciente e o familiar tinham sobre HAS como doença crônica não transmissível (DCNT), os dotaremos de um arma de inestimável, valores em seu controle populacionais.

A prevenção da HAS e a medida mais importante, universal e menos custosa. O aperfeiçoamento da prevenção e o controle de pressão arterial (PA) é um desafio importante para todos os países, o qual deve constituir uma prioridade das instituições de saúde, populações e os governos. A adequada percepção de riscos que significa padecer de HAS, nos obriga a executar medidas estratégicas populacional com medidas de educação e promoção dirigidas à diminuição da pressão arterial média da população, impactando sobre os fatores de risco associados á HAS, fundamentalmente a falta do exercício físico, nível inadequado de lipídios sanguíneos, elevado ingestão de sal, o tabagismo, o alcoolismo e a obesidade.

ELEVAR A QUALIDADE DE VIDA NO PACIENTE HIPERTENSO ATRAVÉS DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA.

É por este motivo que nos últimos tempos se tem realizado toda série de investigações de tipo intervenção, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento dos hipertensos acerca de sua própria doença, de maneira que seja capaz de mobilizar todos seus recursos em a fim de manter suas cifras tensionais em valores aceitáveis (o que se conhece como HAS compensado).O presente trabalho é importante, por em está ocasião a intervenção se realizara com a população hipertensa do Posto de Saúde da aldeia Kumarumã, município Oiapoque, do Estado Amapá, ao DSEI Amapá e Norte do Pará.

Partindo para o seguinte problema: Que efeito produziria a implementação de um projeto de intervenção educativa sobre os conhecimentos, consequências e medidas de prevenção do risco, e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com HAS na área de saúde do Kumarumã?.

Conta-se com os meios e os recursos humanos necessários para a execução da presente investigação. Este estudo pode sentar as bases para a realização de outras investigações com caráter interventivo em localidades com igual problemática,

evidenciando se deste modo que maior seja o conhecimento por parte do paciente em relação com seu problema de saúde melhor será sua qualidade de vida.

JUSTIFICATIVA

Na aldeia Kumarumã tem uma população de 1693 pacientes na atualidade, de eles 1075 pacientes maiores de 15 anos (71,10%) os que estão expostos a fatores de risco de padecer HAS, e 44 pacientes hipertensos. De acordo com este problemático presente no território, onde existe um numero considerável de pacientes com risco de padecer com a doença e com desconhecimento dos fatores de risco, considero importante realizar atividades educativas para elevar o nível de conhecimento relacionado com esta doença.

O presente trabalho será desenvolvido por considerar a necessidade real de um projeto de Intervenção educativa sobre o conhecimento dos fatores de riscos da hipertensão arterial. Além disso, trata-se de um problema significativo de saúde publica que embora apresente causas semelhantes para indígenas e não indígenas parece ocorrer de forma mais grave entre os primeiros.

O estudo a realizar não requerera da utilização de recursos sofisticados que não estiveram ao alcance, mas sim de técnicas simples que puderam generalizar-se a qualquer grupo de estudo.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Elaborar um projeto de intervenção educativa nos pacientes hipertensos acerca os conhecimentos da Hipertensão Arterial e seus fatores de risco, na prevenção de complicações relacionadas com a doença e a melhoria de sua qualidade de vida.

Objetivos específicos

- Descrever o grupo em estudo segundo: grupo etário, idade, sexo.
- Identificar o nível de conhecimento presente, acerca dos fatores de risco de hipertensão arterial nos pacientes da aldeia Kumarumã.
- Elaborar um projeto de intervenção educativa sobre os fatores de risco, tendo em conta a necessidade identificada na aldeia Kumarumã.
- Avaliar os resultados da intervenção educativa a realizar, e que influência pode ocasionar na prevenção das complicações da hipertensão, e a modificação do estilo de vida dos pacientes na aldeia Kumarumã.
- Estimar a influência que exerce uma intervenção educativa nos pacientes hipertensos do posto de saúde Kumarumã, na prevenção do risco de complicações relacionadas com a hipertensão arterial e a melhoria de sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo de corte transversal com pacientes portadores de hipertensão arterial na população da aldeia Kumarumã. A obtenção dos dados é realizada durante os primeiros meses de 2017, e constituído por a população objetivo, 20 pacientes hipertensos da aldeia Kumarumã, com um universo de 1693 pessoas. Realizou-se uma descrição dos procedimentos empregados na realização da pesquisa e da coleta de informações. Este estudo evitou não só fazer uma revisão extensa do problema escolhido procurou abordar aspectos demográficos e epidemiológicos, sociais da população da microarea de atuação descrevendo a situação específica da etnia com que se trabalha. Descreve o problema escolhido. Este estudo tem permitido conhecer as características, e o desenvolvimento da HAS e seus fatores de risco na população indígena de Kumarumã.

Este projeto deve ter uma dimensão de educativa, já que mediante esta estratégia posta em ação se educara e lograra a melhoria no nível de conhecimento da população a respeito sobre a hipertensão arterial e de seus fatores de riscos presentes na comunidade indígena.

FONTE DE DADOS

A seleção das fontes de dados foi realizada a partir da busca na base de dados eletrônicas disponíveis na Internet, Google acadêmico com a descrição e análises de artigos, trabalhos ou estudos que descreverem o problema escolhido, procurando descrever a situação nacional dos povos indígenas em geral e a situação específica da etnia com a qual se trabalha. Evitou-se fazer uma revisão extensa que abordará somente a HAS.

ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os artigos foram utilizados de forma assistemática. Os artigos foram selecionados, lidos e analisados. Não houve intenção de avaliar o artigo no sentido de determinar a qualidade dos estudos realizados. A busca foi por variáveis que puderam se trazer informações. Partindo dos resultados alcançados com respeito ao nível de conhecimento presente nos pacientes se avaliaram as lacunas existentes, os tabus e

falsos conceitos e a partir disso confecciono e estruturo o projeto de intervenção educativa aos mesmos por parte do autor do trabalho. A coleta dos dados dependeu dos objetivos que se traçaram.

Para a obtenção de outros dados necessários para a realização do presente trabalho se procedido a uma enquete aos pacientes incluídos no mesmo, que nos serve o para valor dos seus conhecimentos essências sobre o tema.

A enquete propiciou a recolhida da informação de maneira massiva e anônima, o entrevistado enfrentou a uma série de perguntas previamente elaborados para identificar o nível de conhecimento presente sobre determinados aspectos da doença, de maneira que o pesquisador possa obter informação de primeira mão dos entrevistados com o grau menor de tranquilidade possível e aceitação.

Posteriormente se realizará um programa de capacitação que propiciará a partir dos conhecimentos aos pacientes hipertensos sobre as particularidades de sua doença, os estilos de vida nocivos para sua saúde, erradicar os tabus ou falsos conceitos sobre á HAS, e as medidas de ações para modificar os estilos de vida e melhorar sua saúde.

Os recursos necessários aplicação do projeto de intervenção são humanos ou materiais.

ÁREA DE ESTUDO

A área de saúde correspondem ao Posto de Saúde da aldeia Kumarumã, situada nas margens do rio Uaçá município Oiapoque, ao Norte do Estado Amapá, com abrangência ao DSEI Amapá e Norte de Pará.

HIPÓTESE

SE aplicado o programa de intervenção educativa aos pacientes hipertensos, então se logrará a prevenção de complicações, relacionados com está doença e a modificação dos estilos de vida melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

A seleção da amostra se efetivou de forma intencional, procurando desta maneira a representação da mesma.

Crítérios de inclusão: os pacientes diagnosticados como hipertensos por presentear cifras de PA de 140/90 o mais, que aceitarem participar no projeto trás uma

prévia explicação de seus objetivos, que não apresentem nenhuma desordem psiquiátrico significativo que afetem suas capacidades intelectuais e que encontrem a menos de 2 km do Posto de Saúde.

Critérios de exclusão: aquelas pacientes hipertensos com quaisquer de capacidade psicomotora que poderão entorpecer se sua colaboração ativa no projeto. Além disso, aqueles pacientes que uma vez iniciado o programa de capacitação se ausentem ao menos o 30% dos encontros, assim como logicamente a todos aquelas que por qualquer motivo não aceitaram participar no estudo.

Partindo dos resultados se confecciona e aplicará o programa de intervenção educativa aos pacientes por parte do trabalho, com acessória dado tutor, durante 4 semanas repartidos em 8 aulas e com técnica participativa. Ao final de esse período se aplicará novamente a enquete, com objetivo de avaliar os resultados em términos de aquisição depois do curso.

Na investigação se tratará em demonstrar, que o nível de conhecimento dos pacientes sobre sua doença, é fundamental para lograr, modificar seus estilos de vida, de modo que poderão evitar se crises hipertensivas e complicações como doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, e renais principalmente, com o qual melhorará de modo significativo a qualidade de vida dos mesmos, Demonstrar que a promoção de saúde também é uma função que alcançara uma verdadeira relevância durante a investigação e propiciará a retroalimentação. Utilizar-se-á a educação da saúde como componente fundamental da promoção de saúde, que permitirá a transmissão de conhecimentos e de informações necessária para a participação social e de desenvolvimento de habilidade no grupo de estudo e as conseqüentes mudanças em seus estilos de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

No caso das intervenções educativas devemos sempre realizar uma caracterização da mostra com que se trabalha o qual é indispensável, para uma boa investigação. Não é possível influir em um grupo de pessoas se não conhecemos a fundo, sua distribuição e suas características sócias, demográficas e epidemiológicas.

Tabela 1. População da comunidade Kumarumã 2016 de acordo com a idade. 2015

Idades	Nro	%
< 1 ano	30	1,77
1 a 2 anos	69	4,07
3 a 4 anos	82	4,84
5 a 9 anos	234	13,82
10 a 14 anos	203	11,99
15 a 19 anos	205	12,10
20 a 39 anos	576	34,02
40 a 49 anos	137	8,09
50 a 59 anos	81	4,78
60 anos e mais anos	76	4,48
Total	1693	100,00

Tabela 2. População de acordo o sexo. 2015

Sexo	Nro	%
Masculino	906	53,51
Femenino	787	46,48
Total	1693	100,00

Tabela: 3 Distribuição do grupo segundo a Idades e sexo.

Distribuição do Grupo	Masculino		Feminino	
	No.	%	No.	%
20-29 anos	0	0	1	5.0
30-39 anos	0	0	0	0
40-49 anos	1	5.0	2	10
50-59 anos	5	25.0	11	55.0
Total	6	30.0	14	70.0

Tabela 4: Nível de escolaridade do grupo em estudo

Nível de escolaridade	Masculino		Feminino	
	Número	%	Número	%
Fundamental	2	10.0	2	10.0
Media	1	5.0	1	25.0
Superior	2	10.0	2	10.0
Total	5	25.0	6	

Tabela 5: Nível de conhecimento: Sabe você sabe que a Hipertensão arterial

Conhecimento	Antes da intervenção		Depois da Intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	5	25.0		
Inadequado	15	15.0		
Total	20	100		

Tabela 6: Nível de conhecimento: Conhece os riscos que provocam hipertensão arterial

Conocimiento	Antes da intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	4	20,0		
Inadecuado	16	80,0		
Total	20	100,0		

Tabela 8: Nível de conhecimento: a obesidade pode ser causa de Hipertensão arterial

Conhecimento	Antes da intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	6	30,0		
Inadequado	14	70,0		
Total	20	100,0		

Tabela 9: Nível de conhecimento: Considera você dano, para a saúde, a ingestão excessiva de sal.

Conhecimento	Antes da intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	14	14,0		
Inadequado	6	70,0		
Total	20	100,0		

Tabela 10: Nivel de conhecimento: Sabe você que as cifras elevadas de colesterol o triglicéridos pode causar Hipertensão arterial

Conhecimento	Antes da intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	4	20,0		
Inadequado	16	80		
Total	20	100,0		

Tabela 11: Nivel de conhecimento: Considera você que a Diabetes Mellitus é um fator de risco para padecer Hipertensão arterial

Conhecimento	Antes da intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	5	25,0		
Inadequado	15	75,0		
Total	20	100,0		

Tabela 12: A Nivel de conhecimento: é um risco para padecer hipertensão arterial os sigüientes hábitos ou situações

Alcool:

Conhecimento	Antes da intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	20	100,0		
Inadequado	0	0		
Total	20	100,0		

Cigarro:

Conhecimento	Antes da Intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	7	35,0		
Inadequado	13	65,0		
Total	20	100,0		

Sedentarismo:

Conhecimento	Antes da Intervenção		Depois da Intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	4	20,0		
Inadequado	16	80,0		
Total	20	100,0		

Stress emocional.

Conhecimento	Antes da Intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	14	70,0		
Inadequado	6	30,0		
Total	20	100,0		

Tabela 13: Nível de conhecimento: A que idade é mais frequente para padecer hipertensão arterial

Conhecimento	Antes da Intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	18	90,0		
Inadequado	2	10,0		
Total	20	100,0		

Tabela 14: Nível de conhecimento: é importante o controle da pressão com frequência

Conhecimento	Antes da intervenção		Depois da intervenção	
	Número	%	Número	%
Adequado	18	90,0		
Inadequado	2	10,0		
Total	20	100,0		

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais necessidades de conhecimentos que encontramos no grupo de estudo foram: o conceito de Hipertensão arterial, os fatores de risco.

A educação é a motivação para a saúde indígena, e possivelmente o melhor caminho para melhorar o conhecimento e controle da hipertensão arterial, e para a promoção de saúde nessa população indígena.

É necessária a realização de uma intervenção educativa para capacitar e brindar os conhecimentos necessários sobre a hipertensão arterial e seus fatores de risco nos pacientes hipertensos e não hipertensos da população indígena, para melhorar e manter a qualidade de vida e evitar as complicações e mortes por essa doença.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANONBY, Stan. À Reporte on the Creoles of Amapá, SIL Internacional, 2007.

A Vila de Kumarumã > Galibi Marworno-Povos Indígenas no Brasil.<https://-DAI-AMTB>. " Relatório 2010-Etnias Indígenas do Brasil l Organizador: Ronaldo Lidório, Instituto Antropos-instituto.antropos.com.br.

Banerjee N. K. Tensión Arterial: Etiología y tratamiento. España: B. Jain Publisher, 2003.

Brean, Deise. Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil, Florianópolis, SC.2013.168 p.

Borges, W. D. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicas em populações quilombolas da Amazônia. Belém: UFPA, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e A Transmissíveis para doença e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil, Ministerio da Saúde; Secretaria de Vigilancia em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico Brasília: MS; 2014. CAPIBERIBE, Artionka. 'Palikur', Povos indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. pib.socioambiental.org/pt/povo/palikur.

CAPIBERIBE, Artionka, 2012, 'Palikur', Povos Indígenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo. pib.socioambiental.org/pt/palikur.

DAI-AMTB 2010, 'Relatório 2010. Jesus, E.S.et al.Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimento e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm 2008.

MEDEIROS NEDER, MD, BORGES, A. A. N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? Rev Bras Hipertens vol, v.13, p.126-133,2006.

Meyerfreund, Diana. Estudo da Hipertensão Arterial e de outros fatores de risco cardiovascular nas comunidades Indígenas de Espírito Santos-BR/Vitoria, 2006.125p

MINAS GERAIS. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte:

Organizacion Mundial de la Salud. Enfermedades crônicas y promoção de la salud.El método STPWISE de la MOS para la vigilância de Los fatores de risco de enfermidades crônicas, 2014.

Picon, R.V e col. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil de 1980-2010; uma revisão sistemática com meta-analise. Congresso Brasileiro de Cardiologia (66.2011 16-19 set.; Porto Alegre, RS).

Rodríguez M, Dominguez M, Rodríguez L.. LA Hipertension Arterial en pacientes no diagnosticados. Factores de riesgo HIPERTENSION IN NNON-DIAGNOSTICO PATIENTES, RISK FACTORS. Policlínico Docente Universitario "Califórnia" San Miguel del Padron.MEDICIEGO 2013; 19 (1).

Silva HP. A pressão da vida moderna: Urbanização abala a saúde de moradores do interior da Amazônia. Pesquisa FAPESP. [On line]-2003. Citado 2006 set 8].86: 1-2.

Soares, AC.S. Analise comparativo dos fatores de risco para hipertensão arterial, níveis tensionais, medidas antropométricas e status socioeconômico de Ribeirinhos, Iranduba, Amazônia. Manaus, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.95, n-1, p-1-51,2010. Suplemento 1.

Vidal, Lux. Povos Indígenas do Baixo Oiapoque e encontro das aguas, o encruzo dos saberes e a arte de viver. Museu do Indio Iepé

VIDAL, Lux. "Galibi-Marworno" Povos Indigenas do Brasil, Instituto Socioambiental, São Paulo, 2010.

Villate, Y.G. Plano de intervenção com vistas a melhorar o conhecimento dos fatores de risco associados à hipertensão arterial sistêmica dos pacientes hipertensos do Programa Saúde da Família- Mata Verde/MG, 2015.

Weschenfelder Magrini D; Gue Martin J. Hipertension arterial: principales factores de riesgo modificables, en la estrategia salud de la familia .Enferm.Glob.(revista en la internet)2012 Abril (citado 2014 Mar16; 11 (26): 344-353.

WHO (World Health Organization) Hipertension Control: reporte of a WHO Expert Commite. Techinel Report Series 862. Geneva. Word Health Organization, 1996.

Zilmar, A.S e outros. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-analise. Rev. Esc, Enferm USP. 2015,49(6): 1016-1026.

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA

REGIÃO AMAZÔNIA-TURMA II

**QUESTIONÁRIO REALIZADO AOS PACIENTES HIPERTENSOS
INCLUIDOS NO ESTUDO**

Nome e sobre nome: _____

Idade: _____ **Sexo:** _____ **Endereço:** _____

Nível de escolaridade: Fundamental () Médio () Superior ()

1-Sabe você sabe que a Hipertensão arterial?

Sim () Nao ()

2-Conhece os riscos que provocam hipertensão arterial?

Sim () Não ()

3- A obesidade pode ser causa de Hipertensão arterial?

Sim () Não () Não sabe ()

4- Considera você dano, para a saúde, a ingestão excessiva de sal?

Sim () Não () Não sabe ()

5- Sabe você que as cifras elevadas de colesterol o triglicéridos pode causar Hipertensão arterial?

Sim () Não () Não sabe ()

6- Considera você que a Diabetes Mellitus é um fator de risco para padecer Hipertensão arterial?

Sim () Não () Não sabe ()

7- É risco para padecer hipertensão arterial os seguintes hábitos ou situações?

Álcool: sim () não () não sabe ()

Cigarros: sim () não () não sabe ()

Sedentarismo:

Sim () não () não sabe ()

Stress emocional:

Sim () não () não sabe

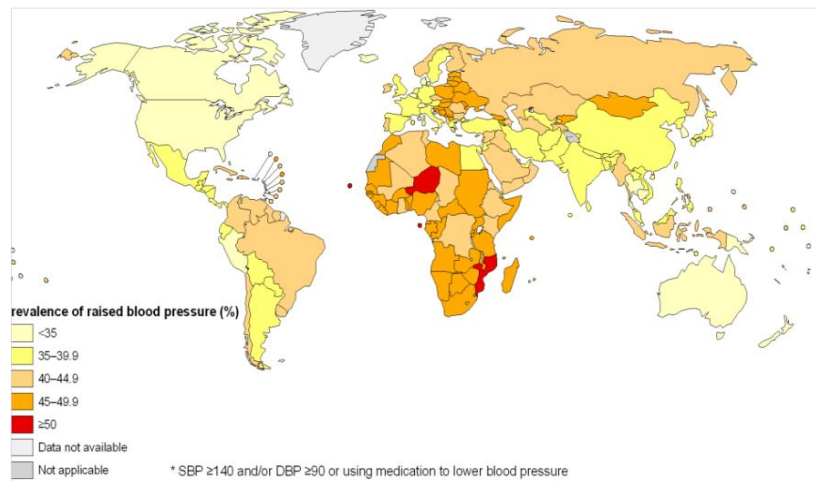
8- A que idade é mais frequente para padecer hipertensão arterial?

Menor de 50 anos: ()

Maior de 50 anos: ()

9- É importante o controle da pressão com frequência?

Sim () Não () Não sabe ()



FONTE: WHO, 2011.



p