







ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS ENTRE INDÍGENAS

Perla Katheleen Valente Corrêa¹ 
Fernanda Araújo Trindade¹ 
Camilla Cristina Lisboa do Nascimento¹ 
Aliny Cristiany Costa Araújo¹ 
Igor Kenji Yamamoto Souza¹ 
Laura Maria Vidal Nogueira¹ 

RESUMO

Objetivo: analisar prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus nos indígenas aldeados associadas à etnia e descrever a frequência de atendimento/diagnóstico segundo categoria profissional.

Método: estudo epidemiológico, descritivo, realizado com dados de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus produzidos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, do Pará, entre 2013-2017, obtidos do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena. Para análise, agrupou-se as morbidades e utilizou-se o Qui-quadrado de Pearson, $p \leq 0,05$.

Resultados: foram estudados 624 casos de Hipertensão Arterial Sistêmica e 108 casos de Diabetes mellitus, identificando-se maior acometimento de mulheres. A etnia Munduruku apresentou maior prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (35,0%; $n=219$) e Diabetes mellitus (23,1%; $n=25$). Observou-se participação expressiva da equipe de enfermagem no atendimento aos indígenas.

Conclusão: A prevalência identificada pode ser atribuída à acelerada transição nutricional e mudanças nos hábitos de vida. Tais achados são importantes para assistência de enfermagem qualificada e culturalmente significada.

DESCRITORES: Povos Indígenas; Hipertensão; Diabetes Mellitus; Doença Crônica; Enfermagem.

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA Y DIABETES MELLITUS ENTRE INDÍGENAS

RESUMEN:

Objetivo: analizar la prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica y de la Diabetes mellitus en pobladores indígenas asociada a la etnia y describir la frecuencia de atención/diagnóstico según la categoría profesional. **Método:** estudio epidemiológico y descriptivo, realizado con datos de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus producidos en los Distritos Especiales de Salud Indígena del Estado de Pará, entre 2013-2017, obtenidos del Sistema de Información de Atención a la Salud Indígena. Para el análisis, se agruparon las morbilidades y se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson, $p \leq 0,05$. **Resultados:** Se estudiaron 624 casos de Hipertensión Arterial Sistémica y 108 casos de Diabetes mellitus, identificando una mayor afectación de las mujeres. El grupo étnico Munduruku mostró una mayor prevalencia de hipertensión sistémica (35,0%; $n=219$) y de diabetes mellitus (23,1%; $n=25$). Se observó la participación expresiva del equipo de enfermería en el cuidado de los indígenas. **Conclusión:** La prevalencia identificada puede atribuirse a la transición nutricional acelerada y a los cambios en los hábitos de vida. Estos resultados son importantes para una atención de enfermería cualificada y culturalmente significativa.

DESCRITORES: Población Indígena; Hipertensión; Diabetes Mellitus; Enfermedad Crónica; Enfermería.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a população indígena é estimada em cerca de 800.000 pessoas, que residem tanto nas aldeias quanto nas áreas urbanas⁽¹⁾. No decorrer da história, os povos indígenas vêm passando por diversas transformações nas áreas sociais, econômicas, culturais, entre outras, repercutindo na saúde⁽²⁾. Nesse contexto, é importante destacar o crescente número de casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM) que vêm sendo associados às mudanças culturais, aos hábitos alimentares e ao estilo de vida⁽³⁻⁴⁾.

Diversos estudos^(2-3,5-8) destacam a transição alimentar vivenciada pelos indígenas, resultando no aumento acelerado de casos de HAS e DM, ocasionando complicações, incapacidades, comorbidades e até mesmo óbito, sendo considerados sérios problemas de saúde pública.

Entre 2015 e 2017, o Brasil registrou aproximadamente 9 milhões de casos de HAS e DM, atingindo 24,7% da população. Neste mesmo período, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) notificou, nesses povos, 42.583 casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo as doenças cardiovasculares, respiratórias agudas, DM e neoplasias. Foram registrados ainda 2.371 óbitos por doenças cardiovasculares e DM⁽⁹⁾.

No contexto indígena, a mudança nos hábitos alimentares se destaca como fator preponderante para a ocorrência de HAS e DM, sobretudo em etnias que há até pouco tempo não apresentavam registros de casos. O consumo de alimentos industrializados, com pouco valor nutritivo e alto valor lipídico é visualizado no cotidiano das aldeias, sendo consequência das dificuldades na agricultura, da escassez alimentar e do sedentarismo^(2,6,10).

O padrão alimentar indígena exibe relação direta com o acesso à terra, que na cosmologia ameríndia é sinônimo de saúde, portanto, dificuldades para o plantio e agricultura de subsistência limitam o consumo de alimentos naturais e propiciam a elevação nos índices de HAS e DM^(3,8). Nesse sentido, a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável contemplou no seu segundo objetivo, acesso à terra aos povos indígenas, além da garantia de insumos e assistência técnica para agregar valor à produção agrícola⁽¹¹⁾, contribuindo para preservação dos hábitos nutricionais peculiares nas aldeias.

A HAS e DM são eventos que podem ser controlados com alimentação saudável, controle de peso, redução no consumo de bebidas alcólicas e do tabaco, prática de exercícios físicos, e, principalmente, acompanhamento profissional regular, realizado por meio do Programa HiperDia, na Atenção Primária em Saúde (APS)^(5,12).

Nas aldeias, a APS é de responsabilidade das Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI), constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes de saneamento (AISAN), que devem programar, identificar, tratar e monitorar os casos de HAS e DM, por meio de consultas médicas, de enfermagem e atividades de educação em saúde⁽⁴⁻⁵⁾.

As diretrizes para atuação das EMSI estão contempladas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, no pilar relativo ao monitoramento das ações de saúde, que contempla o registro das morbidades que ocorrem nas populações indígenas aldeadas, devendo serem inseridas no Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Entretanto, o acesso a esses dados é restrito, resultando em poucos estudos mais abrangentes sobre a prevalência de HAS e DM nesses povos^(1,5).

Nesse sentido, definiu-se como objetivos analisar a prevalência de HAS e DM nos povos indígenas aldeados do estado do Pará associados a etnia, e descrever a frequência de atendimento/diagnóstico segundo a categoria profissional.

MÉTODO

Estudo epidemiológico, descritivo, realizado com dados de HAS e DM produzidos nas aldeias dos quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), localizados no estado do Pará (Altamira, Guamá Tocantins, Kaiapó do Pará e Rio Tapajós), no período de 2013 a 2017. A origem dos dados foi o SIASI, que congrega a produção relativa à saúde de indígenas, e foi disponibilizado pela SESAI no formato de um banco, em setembro de 2018. A opção pelo ano 2013 se justifica por ter ocorrido o início do processo de aprimoramento do SIASI, o que oportunizou maior completude e confiabilidade aos dados.

Foram estudados 624 casos de HAS e 108 casos de DM correspondentes à totalidade contida no banco, não sendo feita nenhuma exclusão. Estes casos encontravam-se distribuídos em 26 etnias que correspondem a 66,66% do total que habita território paraense, segundo o Instituto Socioambiental. Dentre as etnias estudadas, 15 apresentaram casos de HAS e DM simultaneamente, 10 somente HAS e uma exibiu somente DM.

De posse do banco, foi realizada a averiguação da completude dos dados e posterior organização em planilhas no Microsoft Excel 2017, com agrupamento por morbidade (HAS e DM) e por DSEI, segundo as variáveis: número de casos por ano, sexo, faixa etária (<20 anos, 20 a 39 anos, 40 a 59 anos e ≥ 60 anos), etnia e categoria profissional que realizou o atendimento/diagnóstico.

Em seguida, foi realizado o cálculo da prevalência de HAS e DM por DSEI, estratificada por ano e por etnia, utilizando os dados de cada morbidade em separado. Foi ainda contabilizado o número de atendimentos/diagnósticos de HAS e DM segundo a categoria profissional e, para verificar associação entre as variáveis, foi utilizado o Qui-quadrado de Pearson, e considerado valor de $p \leq 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, parecer nº 2.803.226, que considerou que foram atendidas as exigências da Resolução 466/12-CNS/MS e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, o DM apresentou maior ocorrência entre mulheres (59,2%; $n=64$) e na faixa etária de 40 a 59 anos (49%; $n=53$). A HAS, da mesma forma, apresentou maior proporção nas mulheres (51,3%; $n=320$), porém em relação à idade, acometeu mais expressivamente pessoas com 60 anos ou mais (45,3%; $n=283$). Dentre os DSEI, o Guamá Tocantins apresentou maior quantitativo de casos de DM (59,3%; $n=64$) e no Rio Tapajós, o maior número foi de HAS (45,7%; $n=285$).

Tabela 1 – Distribuição dos casos de Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Estado do Pará, segundo sexo e faixa etária. Belém, PA, Brasil, 2020

DSEI	TIPOS	n° de casos	Sexo*		Faixa etária**				
			Masculino	Feminino	<20 anos	20 a 39 anos	40 a 59 anos	≥60 anos	
Altamira	DM	n	8	3	5	0	2	3	3
		%	7,4	37,5	62,5	0	10,5	5,8	8,4
	HAS	n	76	44	32	3	21	28	24
		%	12,2	57,9	42,1	23	21,8	12	8,5
Guamá Tocantins	DM	n	64	24	40	0	12	26	26
		%	59,3	37,5	62,5	0	63,2	49	72,1
	HAS	n	184	92	92	3	38	77	66
		%	29,4	50	50	23	39,6	33,2	23,4
Kaiapó do Pará	DM	n	10	6	4	0	2	8	0
		%	9,3	60	40	0	10,5	15	0
	HAS	n	79	42	37	4	7	31	37
		%	12,7	53,1	46,9	31	7,3	13,4	13
Rio Tapajós	DM	n	26	11	15	0	3	16	7
		%	24	42,3	57,7	0	15,8	30,2	19,5
	HAS	n	285	126	159	3	30	96	156
		%	45,7	44,2	55,8	23	31,3	41,4	55,1
TOTAL	DM	n	108	44	64	0	19	53	36
		%	100	40,8	59,2	0	17,6	49	33,4
	HAS	n	624	304	320	13	96	232	283
		%	100	48,7	51,3	2	15,4	37,2	45,4

* χ^2 : 2,3491 p-value:0,125 ** χ^2 : 6,39823 p-value:0,040

Fonte: Autores (2020)

Não houve associação do sexo com as morbidades ($\chi^2=2,34$; $p=0,125$), diferente da análise com as faixas etárias, identificando-se aumento de casos diretamente proporcional ao aumento da idade, sobretudo na HAS ($\chi^2=6,39$; $p=0,040$).

Na Tabela 2, identificou-se que, ao longo do período, houve oscilação dos casos de DM e HAS, com o número de HAS superior à DM em todos os DSEI. No DSEI Rio Tapajós, nos anos 2015 e 2016, houve aumento de seis (2,1%) para 147 (51,57%) casos de HAS, respectivamente, sendo o DSEI com maior número absoluto e com mais da metade do quantitativo total de casos.

Tabela 2 – Distribuição dos casos de Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica por ano e Distrito Sanitário Especial Indígena do Estado do Pará. Belém, PA, Brasil, 2020

ANO	2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL		
	DSEI	DM	HAS	DM	HAS	DM	HAS	DM	HAS	DM	HAS	DM	HAS
Altamira	n	0	1	4	40	0	0	3	18	1	17	8	76
	%	0	2,4	15,4	37,7	0	0	17,7	8,5	2,6	8,6	7,3	12,2
Guamá Tocantins	n	4	19	19	34	13	21	9	48	19	62	64	184
	%	57,1	45,2	73	32	68,4	33,3	52,9	22,4	48,7	31,1	59,2	29,3
Kaiapó do Pará	n	1	19	3	20	6	36	0	1	0	3	10	79
	%	14,2	45,2	11,6	18,9	31,6	57,2	0	0,5	0	1,5	9,5	12,8
Rio Tapajós	n	2	3	0	12	0	6	5	147	19	117	26	285
	%	28,5	7,2	0	11,4	0	9,5	29,4	68,6	48,7	58,8	24	45,7
TOTAL	n	7	42	26	106	19	63	17	214	39	199	108	624
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

χ^2 : 368986, p-value:4,83

Fonte: Autores (2020)

O DSEI Guamá Tocantins apresentou crescimento anual gradativo, ocupando o segundo lugar (n=184; 29,3%) em número de casos de HAS e o primeiro lugar em DM (n=64; 59,2%), seguido do DSEI Kaiapó do Pará, com 79 casos de HAS (12,8%) e 10 casos de DM (9,5%) e do DSEI Altamira, com 76 casos de HAS (12,2%) e 8 casos de DM (7,3%). Verificou-se que não houve associação estatística entre as doenças estudadas e os DSEI ($\chi^2=36,89$; p=4,83), (Tabela 2).

De acordo com a Tabela 3, as maiores prevalências de HAS foram observadas nas etnias Munduruku (35%; n=219), Kaiapó (23,5%; n=147) e Tembé (17,4%; n=109). Quanto aos casos de DM, os dados mais elevados foram identificados nas etnias: Munduruku (23,1%; n=25), Tembé (21,2%; n=23), Xikrin (17,5%; n=19) e Kaiapó (12,9%; n=14). Tais achados não apresentaram significância estatística (χ^2 : 73,09757; p=1,32).

Tabela 3 – Prevalência dos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus por etnia no Estado do Pará. Belém, PA, Brasil, 2020 (continua)

Etnia	HAS		DM	
	n=624	%	n=108	%
Amanaye	3	0,48	-	-
Anambé	4	0,64	-	-
Apiaká	5	0,8	-	-
Arara	14	2,24	1	0,92
Araweté	3	0,5	-	-
Assurini	6	0,96	1	0,92

Atikun	4	0,84	-	-
Gavião	8	1,3	7	6,48
Guajajara	1	0,16	1	0,92
Guarani	1	0,16	1	0,92
Hixkaryana	1	0,16	-	-
Juruna	11	1,76	3	2,7
Katuena	2	0,32	-	-
Kaxuyana	5	0,8	1	0,92
Kaiapó	147	23,5	14	12,9
Kuruiaia	9	1,44	-	-
Maitapu	3	0,48	1	0,92
Munduruku	219	35	25	23,1
Parakanã	3	0,48	-	-
Suruí	17	2,72	2	1,85
Tembé	109	17,4	23	21,2
Timbira	-	-	1	0,92
Tiryó	1	0,16	2	1,85
Waiwai	13	2,08	6	5,55
Xikrin	30	4,8	19	17,5
Xipaya	5	0,8	-	-

χ^2 : 73,09757, p-value: 1,32

Fonte: Autores (2020)

A demanda de HAS e DM é atendida nas aldeias pelas EMSI, com diferenças marcantes no quantitativo realizado por cada categoria profissional ao longo do período estudado. No ano de 2013, em todos os DSEI, houve registro de apenas um atendimento médico para HAS e nenhum para DM, ficando o atendimento/diagnóstico sob responsabilidade de enfermeiros, técnicos de enfermagem e AIS.

A partir de 2014, identificou-se aumento nos registros de consultas médicas para diagnóstico de DM e HAS, incrementando os atendimentos que já vinham sendo realizados pela equipe de enfermagem, o que levou à elevação no número de casos diagnosticados. A partir deste mesmo ano, não houve registro de diagnóstico de DM pelos AIS e discreta participação nos atendimentos de HAS.

No total dos anos estudados, os médicos lideraram o estabelecimento de diagnóstico para DM (n=67; 62,0%), porém houve expressiva participação da equipe de enfermagem, identificado no somatório dos atendimentos dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e AIS (n=41; 38,0%). Em relação à HAS, o maior número de atendimentos/diagnóstico foi feito pela enfermagem (n=325; 53%), seguido pelas consultas médicas (n=299, 48,0%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos casos de Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica por ano e categoria profissional que realizou o atendimento/diagnóstico. Belém, PA, Brasil, 2020

Categoria Profissional		2013		2014		2015		2016		2017		TOTAL	
		DM	HAS	DM	HAS	DM	HAS	DM	HAS	DM	HAS	DM	HAS
Agente indígena de Saúde	n	1	12	0	0	0	2	0	1	0	1	1	16
	%	14,2	28,6	0	0	0	3,2	0	0,5	0	0,5	0,9	2,5
Enfermeiro	n	5	13	3	24	2	27	5	55	10	81	25	200
	%	71,6	30,9	11,5	22,7	10,5	42,9	29,4	25,8	25,6	40,7	23,2	32
Técnico de Enfermagem	n	1	16	2	14	3	15	0	28	9	36	15	109
	%	14,2	38	7,7	13,2	15,8	23,8	0	13	23	18	13,9	17,5
Médico	n	0	1	21	68	14	19	12	130	20	81	67	299
	%	0	2,5	80,8	64,1	73,7	30,1	70,6	60,7	51,4	40,7	62	48
TOTAL	n	7	42	26	106	19	63	17	214	39	199	108	624
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Autores (2020)

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo identificaram que as etnias Munduruku, Kaiapó e Tembé possuem as maiores prevalências de HAS e DM, com inclusão da etnia Xikrin no grupo de DM, não apresentando associação estatística entre as doenças e os grupos étnicos. Trata-se de duas morbidades em franco crescimento entre populações indígenas aldeadas no estado do Pará, com padrão epidemiológico distinto nos quatro distritos, sendo que o DSEI Rio Tapajós apresentou maior número de casos de HAS e o DSEI Guamá Tocantins liderou os casos de DM. Nestes distritos, há predominância das etnias Munduruku e Tembé, respectivamente.

Em relação à faixas etárias que vem sendo acometidas, o DM está mais presente nos indivíduos com idade entre 40 e 59 anos e a HAS naqueles com 60 anos e mais. Ao se analisar a ocorrência segundo o sexo, as duas morbidades acometeram mais fortemente as mulheres, atribuível ao fato de buscarem mais o serviço de atenção primária à saúde, semelhante ao padrão da população feminina brasileira, criando oportunidade para diagnóstico^(9,13-16). Estudo realizado em comunidades indígenas australianas, da mesma forma, identificou maior prevalência de DM em mulheres⁽¹⁷⁾. Entretanto, resultados de pesquisa na etnia Krenak, de Minas Gerais, apontou maior prevalência de HAS no sexo masculino⁽¹⁸⁾.

A maior prevalência em idades mais avançadas se assemelha ao comportamento das doenças na população em geral, muito embora se constitua um alerta a transição demográfica marcante entre indígenas, refletindo na elevação da expectativa de vida. Viver mais, com baixa qualidade de vida tem sido relacionado ao aumento da obesidade e consequentemente dos casos de HAS e DM, cada vez em idades mais precoces^(2,5,10).

Pesquisadores que se dedicam à causa indígena vêm atribuindo a ocorrência de HAS e DM às importantes mudanças no cotidiano das aldeias, que tem proporcionado alterações na economia familiar e na vida social desses povos, levando-os à incorporação de novos hábitos alimentares e costumes, comprometendo a saúde individual e, consequentemente,

a qualidade de vida^(3,10-12).

A alteração no modo de vida indígena exibe relação direta com as condições estruturais e culturais, e vem sendo associada às taxas de adoecimento, sobretudo pelo baixo consumo de alimentos naturais e incorporação, na dieta, de produtos industrializados, ricos em carboidratos e lipídios, com baixo teor nutritivo, a exemplo de massas, biscoitos recheados e refrigerantes em faixas etárias cada vez menores⁽¹²⁻¹⁶⁾.

O padrão alimentar pobre em nutrientes, potencializado pelo sedentarismo, tem ocasionado surgimento de síndrome metabólica e elevação dos níveis de sódio e gordura corporal, identificados como fatores de risco para HAS e DM e suas complicações^(14,18). Estes mesmos estudos destacaram, ainda, outros aspectos importantes para o adoecimento: etilismo, tabagismo e fatores socioeconômicos desfavoráveis, como rendimento mensal familiar igual ou pouco superior a um salário mínimo vigente.

As elevadas prevalências identificadas nas etnias Munduruku, Kaiapó, Tembé e Xikrin podem ser atribuídas à incorporação de hábitos das populações não indígenas, decorrentes do contato físico, essencialmente dos que residem às proximidades dos perímetros urbanos⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Trata-se de uma prática cada dia mais frequente em razão da necessidade de receber numerários decorrentes dos programas de transferência de renda do governo, busca de assistência à saúde, além de outros serviços disponíveis nos centros urbanos, expondo todos aqueles que fazem deslocamentos frequentes.

A rotina nas aldeias exige intervenções de saúde que observem o modo de vida dos indígenas, alicerçadas no perfil cultural. Este é, pois, um desafio para as EMSI, cuja atribuição é o desenvolvimento de ações da atenção básica, dentre as quais a busca por casos de HAS e DM, cabendo ao médico a efetivação do diagnóstico. Entretanto, em muitas ocasiões, a ausência deste profissional vem favorecendo a definição do diagnóstico e introdução da terapêutica medicamentosa pelos integrantes da EMSI presentes nas aldeias por ocasião do atendimento.

É possível que tais diagnósticos tenham sido firmados a partir da aferição de sinais vitais e avaliação de parâmetros metabólicos por ocasião dos atendimentos móveis, comuns em áreas indígenas que não dispõem das EMSI no território. Ressalta-se com preocupação diagnósticos estabelecidos sem o devido rigor clínico, por profissionais que não tem tal atribuição, destacando-se os AIS, que nas aldeias, são fundamentais para o estabelecimento de vínculo entre os moradores e as EMSI, além das atividades que estão estabelecidas no Programa Estratégia Saúde da Família⁽²¹⁾.

Outrossim, fica evidente o aumento de atendimentos médicos a partir de 2014, podendo ser atribuído à implantação do Programa Mais Médicos no Brasil, que se deu no ano anterior e viabilizou ampliação da cobertura de assistência médica para a população indígena. Há que se destacar que esta iniciativa assegurou um direito constitucional, com maior acesso às consultas médicas, ampliação de atendimentos nas aldeias e respeito às atribuições profissionais⁽²²⁻²³⁾.

O diagnóstico e acompanhamento de HAS e DM necessitam de atendimento multiprofissional, devendo cada integrante da equipe desenvolver atividades correspondentes às suas atribuições. Em que pese a gestão pública da saúde, no Brasil, ter viabilizado a presença do profissional médico nas aldeias, ainda assim, a enfermagem permaneceu expressivamente nos atendimentos/diagnósticos das doenças^(21,24).

Segundo diretrizes do HiperDia, são atribuições da enfermagem: realizar consulta de enfermagem conforme protocolo e rotina da unidade; cadastrar o paciente no programa; verificar sinais vitais; medir índice de massa corporal e teste de glicose capilar; agendar consulta com demais membros da equipe multiprofissional - médico, nutricionista e odontólogo. Deve ainda orientar atividade física, dieta alimentar e uso dos medicamentos conforme prescrição, realizar educação em saúde, realizar visitas domiciliares e auxiliar quando necessário na entrega dos medicamentos padronizados⁽²⁵⁾.

A detecção precoce, tratamento e controle da HAS e do DM devem estar alinhados com ações preventivas relacionadas ao estilo de vida e garantia de acesso à assistência multiprofissional de qualidade. Não obstante, faz-se necessário revisão e cumprimento dos protocolos assistenciais da HAS e DM vigentes, instituídos pelo SUS como políticas específicas para atendimento ao indígena na dinâmica das aldeias à luz da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas^(3,10-12,14).

As limitações deste estudo referem-se ao uso de dados secundários, passíveis de incompletudes, seja pela subnotificação de casos ou pelo preenchimento incompleto ou incorreto, o que pode alterar os achados.

CONCLUSÃO

O panorama epidemiológico de HAS e DM entre indígenas é decorrente de múltiplos fatores, a exemplo do contato interétnico, transição alimentar e dificuldade de acesso à assistência à saúde. Esse quadro remete à necessidade de medidas mais eficazes para prevenir casos, perpassando pela completude das EMSI nas aldeias, visando alinhamento às atribuições de cada categoria profissional e maior resolutividade na oferta em saúde.

Nesse contexto de transição, os indígenas necessitam de apoio para compreender o processo de adoecimento advindo de mudanças no padrão alimentar e no modo de vida, para que desenvolvam autonomia na tomada de decisão sobre saúde. Olhar mais sensível deve ser destinado àqueles com maior aproximação aos espaços territoriais urbanos, pela influência determinante na mudança de hábitos de vida.

Em se tratando de grupo humano com especificidade cultural, é fundamental a associação dos saberes populares aos científicos, com diálogo entre a medicina tradicional indígena e a biomedicina, sem sobreposição de conhecimentos.

REFERÊNCIAS

1. Bastos JL, Santos RV, Cruz OG, Longo LAF de B, Silva LO da. Sociodemographic characteristics of indigenous population according to the 2000 and 2010 Brazilian demographic censuses: a comparative approach. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso em 08 abr 2020]; 33(supl.1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00085516>.
2. Barros GG de M, Alencar CM da C, Pereira CP, Farias H do NS, Rocha YM, Bezerra AN. Transição nutricional e sua relação com a prevalência de hipertensão arterial em índios brasileiros. Revista Diálogos Acadêmicos [Internet]. 2018 [acesso em 16 abr 2020]; 7(2). Disponível em: <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/187>.
3. Souza Filho ZA de, Ferreira AA, Santos B dos, Pierin AMG. Hypertension prevalence among indigenous populations in Brazil: a systematic review with meta-analysis. Rev. Esc. Enferm. USP. [Internet]. 2015 [acesso em 16 abr 2020]; 49(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600019>.
4. Mazzucchetti L, Galvão PP de O, Tsutsui ML da S, Santos KM dos, Rodrigues DA, Mendonça SB, et al. Incidence of metabolic syndrome and related diseases in the Khisêdjê indigenous people of the Xingu, Central Brazil, from 1999-2000 to 2010-2011. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso em 08 abr 2020]; 30(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00214813>.
5. Bresan D, Bastos JL, Leite MS. Epidemiology of high blood pressure among the Kaingang people on the Xaçupé Indigenous Land in Santa Catarina State, Brazil, 2013. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015

[acesso em 16 abr 2020]; 31(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00058714>.

6. Menezes SM, Schauren BC. Perfis epidemiológico e nutricional dos indígenas Kaingangs: uma revisão da literatura. Caderno pedagógico [Internet]. 2015 [acesso em 08 abr 2020]; 12(3). Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/982>.

7. Romero C, Zavaleta C, Cabrera L, Gilman RH, Miranda JJ. Hipertensión arterial y obesidad en indígenas Asháninkas de la región Junín, Perú. Rev. Peru Med. Exp. Salud Publica [Internet]. 2014 [acesso em 16 abr 2020]; 31(1). Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100011.

8. Oliveira GF de, Oliveira TRR de, Rodrigues FF, Corrêa LF, Ikejiri AT, Casulari LA. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2011 [acesso em 08 abr 2020]; 29(5). Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n5/315-321>.

9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 08 abr. 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf.

10. Freitas GA de, Souza MCC de, Lima R da C. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [acesso em 08 abr 2020]; 32(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00023915>.

11. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fome zero e agricultura sustentável: acabar com a fome alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável. [Internet]. Brasília: IPEA; 2019 [acesso em 16 out 2020]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190625_cadernos_ODS_objetivo_2.pdf.

12. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 08 abr 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.

13. Flor LS, Campos MR. The prevalence of diabetes mellitus and its associated factors in the Brazilian adult population: evidence from a population-based survey. Rev Bras Epidemiol. [Internet]. 2017 [acesso em 20 abr 2020]; 20(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>.

14. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HO da C, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet] 2015 [acesso em 20 abr 2020]; 24(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200013>.

15. Malta DC, Silva MMA da, Moura L de, Moraes Neto OL de. The implantation of the Surveillance System for Non-communicable Diseases in Brazil, 2003 to 2015: successes and challenges. Rev Bras Epidemiol. [Internet]. 2017 [acesso em 30 abr 2020]; 20(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>.

16. Sousa ALL, Batista SR, Sousa AC, Pacheco JAS, Vitorino PV de O, Pagotto V. Hypertension Prevalence, Treatment and Control in Older Adults in a Brazilian Capital City. Arq Bras Cardiol. [Internet]. 2019 [acesso em 30 abr 2020]; 112(3). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180274>.

17. McDermott RA, Schmidt B, Preece C, Owens V, Taylor S, Li M, et al. Community health workers improve diabetes care in remote Australian Indigenous communities: results of a pragmatic cluster randomized controlled trial. BMC Health Serv. Res. [Internet]. 2015 [acesso em 30 abr 2020]; 15(68). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0695-5>.

18. Chagas CA, Castro TG de, Leite MS, Viana MACBM, Beinner MA, Pimenta AM. Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020 [acesso em 01 out 2020]; 36(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00206818>.

19. Rodrigues KN, Santos N de SS. The perception of xerente indigenous about systemic arterial hypertension, in Tocantins. J. res. fundam. care. Online [Internet]. 2016 [acesso em 20 abr 2020]; 8(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4549-4562>.
20. Carlos Junior EAC. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso em 20 abr 2020]; 30(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031214>.
21. Scopel D, Dias-Scopel RP, Langdon EJ. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 [acesso em 18 out 2020]; 31(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00139014>.
22. Schweickardt JC, Ferla AA, Lima RTS, Amorim JSC de. O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2020 [acesso em 02 maio 2020]; 44. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24>.
23. Fontão MAB, Pereira EL. Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. Interface (Botucatu). [Internet]. 2017 [acesso em 02 maio 2020]; 21(supl.1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0387>.
24. Ribas DLB, Concione MHVB, Pícoli RB. Diseases and therapeutic practices among the Teréna in Mato Grosso do Sul, Brazil. Saúde Soc. [Internet]. 2016 [acesso em 02 maio 2020]; 25(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016145547>.
25. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Corrêa PKV, Trindade FA, Nascimento CCL do, Araújo ACC, Souza IKY, Nogueira LMV. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre indígenas. Cogitare enferm. [Internet]. 2021 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.72820>.

Recebido em: 11/04/2020

Aprovado em: 03/02/2021

Editora associada: Luciana Alcântara Nogueira

Autor Correspondente:

Perla Katheleen Valente Corrêa

Universidade do Estado do Pará – Belém, PA, Brasil

E-mail: perlakvc@gmail.com

Contribuição dos autores:

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo – LMVN

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado – CCLN, ACCA, IKYS, LMVN

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo – PKVC, FAT



Copyright © 2021 Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição, que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.