

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

INTERVENÇÃO EM SAÚDE PARA RISCO DE PROBLEMAS
CARDIOVASCULARES EM HIPERTENSOS DO POLO BASE PANKARARU
ENTRE SERRAS, DSEI-PE

DAIANA GONÇALVES DOS SANTOS
ELDA RAMOS ANDRADE SANTOS

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

Orientador (a): Prof.^a ANA PAULA
GROTTI CLEMENTE

SÃO PAULO

2017

INTERVENÇÃO EM SAÚDE PARA RISCO DE PROBLEMAS
CARDIOVASCULARES EM HIPERTENSOS DO POLO BASE PANKARARU
ENTRE SERRAS, DSEI-PE.

DAIANA GONÇALVES DOS SANTOS
ELDA RAMOS ANDRADE SANTOS

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

Orientador (a): Prof.^a ANA PAULA
GROTTI CLEMENTE

SÃO PAULO

2017

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos a Deus e a força encantada que permitiu que este momento fosse vivido por nós, trazendo alegria aos nossos familiares e a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos nossos pais, cônjuge, filhos, familiares e amigos que souberam compreender a nossa ausência por muitos momentos e sempre nos apoiaram na conclusão deste trabalho. Amamos vocês.

Aos nossos Coordenadores e tutoras de turma Sofia, Lavínia, Thaís e Catherine que mesmo à distância foram presentes e disponíveis em nos ajudar e apoiar da melhor forma possível. Somos profissionais de saúde indígena com um olhar diferenciado graças a vocês.

A nossa orientadora Ana Paula Grotti Clemente, pelo suporte no pouco tempo disponível mesmo na distância, pelas correções e incentivos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para conclusão deste projeto, o nosso muito obrigada!

RESUMO

A Hipertensão Arterial (HA) é uma das principais causas de doenças cardiovasculares e a primeira causa de morte nos países industrializados e no Brasil. Considera-se um indivíduo portador de HA com valores de pressão arterial sistólica (PAS) >140 e pressão arterial diastólica >90 mmHg. Em virtude do acelerado processo de miscigenação e mudanças do estilo de vida e saúde, a população indígena do Brasil vem sofrendo no decorrer dos anos com as doenças crônicas não transmissíveis, relata-se importância para obesidade, Diabetes Mellitus (DM) e HA. Trata-se de um estudo de caso para intervenção que será realizado nas aldeias da Terra Indígena (TI) Pankararu, localizadas nos municípios de Tacaratu e Petrolândia, Pernambuco, assistidas pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) do Polo Base (PB) Pankararu Entre Serras, Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE). Terá como objetivo intensificar ações de educação em saúde nas comunidades para maior conhecimento do agravo, a fim de evitar novos casos de HA, bem como reduzir os fatores de risco que aumentam as chances dos problemas cardiovasculares em 10 anos. O público alvo será os hipertensos diagnosticados, como também a família e comunidade em geral. O presente estudo será dividido em 4 etapas: avaliar prontuários, classificação para o risco cardiovascular utilizando o escore de *framingham*, ações em educação e avaliação do resultado. Espera-se com isso aprofundar os conhecimentos sobre a HA do pacientes hipertensos, onde conseqüentemente serão mais adeptos ao tratamento medicamentoso, a um modo de vida saudável, reconhecer os sistemas tradicionais como medida auxiliar no controle do agravo e assim reduzir de forma significativa os fatores de riscos que induzem ao surgimento de problemas cardiovasculares a médio e longo prazo.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, classificação de risco, intervenção.

LISTA DE SIGLAS

HA	Hipertensão Arterial
PA	Pressão Arterial
DC	Débito Cardíaco
RPV	Resistência Vascular Periférica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
MS	Ministério da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
PB	Polo Base
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
TI	Terra Indígena
AIS	Agente Indígena de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LOA	Lesão de Órgão Alvo
AIT	Ataque Isquêmico Transitório
HVE	Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
SPI	Serviço de Proteção ao Índio

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Classificação da Pressão Arterial em adulto.....	08
Figura 02 - Mapa da TI Pankararu.....	10

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Pirâmide Sexo-etária população do Polo Base Pankararu Entre Serras....	11
Gráfico 02 - Distribuição da Hipertensão Arterial por sexo.....	12
Gráfico 03 - Perfil nutricional dos pacientes com hipertensão arterial.....	13

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
2 OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 METODOLOGIA	15
4 RESULTADOS ESPERADOS.....	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
6 REFERÊNCIAS.....	19
7 ANEXOS.....	20

1 INTRODUÇÃO

Para Neder e Borges (2006) a HA é uma das principais causas de doenças cardiovasculares e a primeira causa de morte nos países industrializados e no Brasil. Ressaltam ainda na transição epidemiológica, ocasionada após mudanças sociais, demográficas e econômicas, resultando assim num aumento significativo de morbidades e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, incluindo em valor notório a HA como representante deste grupo.

Pressão Arterial (PA) resulta do produto do débito cardíaco (DC) e da resistência vascular periférica (RVP). A determinação do nível da PA é avaliada pela variação do DC e das respostas da RVP, pode ocorrer em condições de repouso, bem como em ocasiões de estímulo (SANJULIANI, 2002).

Para Tavares et al (2013) considera-se um indivíduo portador de HA com valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) >140 e Pressão Arterial Diastólica (PAD) >90 mmHg, conforme mostra figura 01 na classificação em adultos.

Figura 01- Classificação da pressão arterial em adultos

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	< 80
Pré-hipertensão	120-139	80-89
Hipertensão		
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	≥ 160	≥ 100

Fonte: MS

Conforme Ministério da Saúde (MS), a prevalência de HA na população adulta variava entre 22,3 a 43,9%, mostrando assim ser relevante o controle da PA para reduzir as complicações provenientes do agravo, como a doença cérebro-vascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica, dentre outras (BRASIL, 2006).

Dentre os principais fatores associados a HA identificam-se pessoas do sexo masculino, idade avançada, excesso de peso/obesidade, pessoas com etnia negra, baixa escolaridade, uso abusivo de álcool, baixo poder econômico, diabetes, baixa estatura associada à desnutrição infantil, baixo peso ao nascer, uso do sódio, a mudança do estilo de vida (NEDER, BORGES, 2006; MEYERFREUND, 2006; SANJULIANI, 2002).

Pondera Tavares et al (2013), acerca de acelerado processo e mudanças em saúde vivenciados pela população indígena brasileira, decorrendo o surgimento abrupto de doenças crônicas não transmissíveis, relatando a importância para obesidade, Diabetes Mellitus (DM) e a HA. Vale salientar que antes da década de 1990, as pesquisas realizadas sobre valores da PA, eram menores em comparação ao restante da população não indígena. Com o passar dos anos, não somente os valores da PA aumentaram como também o crescente número de casos de HA em indígenas vem sendo observados em estudos após esse período.

A situação da saúde indígena no Brasil está ligada aos diversos marcos históricos e nas mudanças sociais, econômicas e ambientais relacionadas às questões territoriais e econômicas que a população vem sofrendo ao longo do tempo. (JÚNIOR e SANTOS, 2001).

Filho et al (2015) reforça a constatação do aumento crescente da prevalência de HA nos povos indígenas, desde um valor propriamente inexistente (0,2%) na década de 1975 a índices de 19,2% em 2014.

Para Júnior e Santos (2001) “... o surgimento desse grupo de doenças como elementos importantes no perfil de morbidade e mortalidade indígena está estreitamente associado a modificações na subsistência, dieta e atividade física, dentre outros fatores, decorrentes de mudanças socioculturais e econômicas resultantes da interação com a sociedade nacional.”

Conforme Filho et al (2015, p. 1022) vale ressaltar:

“A alimentação, nesse contexto, foi bastante debatida e enfatizada no processo de transformação da vida indígena, por evidenciar a transição nutricional vivida pelos indígenas advindas das modificações em seus estilos de vida. Estudos que abordam essa transição destacaram que os níveis pressóricos dos indígenas alteram-se após o consumo de alta ingestão de sódio, óleo vegetal, açúcares, alimentos industrializados e hipercalóricos, fumo e bebidas alcoólicas.”

O Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE) possui em sua localização geográfica 14 municípios em sua área de abrangência, pertencentes ao agreste e sertão do estado de Pernambuco, conforme dados do SIASI. Nesses Municípios estão distribuídos em 10 povos sendo eles, Xukuru, Fulni-Ô, Kapinawá, Kambiwá, Tuxá, Pankararu, Pipipã, Pankará, Atikum e Truká. De acordo com os dados oficiais da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI, 2016), até 2013 o

DSEI-PE possui uma população geral de 49.454 indígenas aldeados num total de 245 aldeias, distribuídas entre 10 etnias conforme citado anteriormente.

O povo Pankararu, de acordo com dados populacionais do SIASI, no ano de 2013, conta com uma população total de 7.644 indígenas (SESAI/MS, 2016). Assim como os demais povos de Pernambuco, teve sua história de contato desde o período da colonização portuguesa no século XVII, através da catequização forçada pelos missionários. (POVOS INDÍGENAS DO BRASIL, 2016. UFPE, 2016).

Possui um total de 14.294ha de terra identificada, porém somente 8.100ha foram reconhecidos no período de demarcação realizado pelo Serviço de Proteção ao Índio (SPI), o que posteriormente resultou em sérios conflitos com posseiros. O conflito entre índios e posseiros, agravou-se de forma importante, no final da década de 80, após a inundação das terras ribeirinhas durante a construção da barragem da Usina Hidrelétrica de Itaparica, pois os camponeses adentraram ainda mais na TI de Pankararu. Vários processos de recursos do SPI e FUNAI para retomada dos mais de 6.194ha de TI, estando ainda em processo de demarcação, o que resulta até o momento em intensos conflitos. (UFPE, 2016).



Figura 02- Mapa da TI Pankararu
Fonte: Terras Indígenas do Brasil

A figura 2 mostra a área homologada e demarcada de Pankararu (em divisa localizada entre os municípios de Tacaratu e Jatobá), bem como uma parte da área retomada, reconhecida como TI Pankararu Entre Serras (em divisa com os municípios de Petrolândia de Tacaratu), homologada em 2007

O Polo Base (PB) Pankararu Entre Serras, tem sua sede localizada na área urbana do município de Tacaratu. O território é composto atualmente por 12 aldeias distribuídas entre os municípios de Petrolândia e Tacaratu, com 440 famílias, totalizando 1.346 pessoas na área de abrangência, distribuídos em 672 pessoas do sexo masculino e 674 do sexo feminino todos pertencentes ao povo Pankararu, conforme mostra gráfico 1.

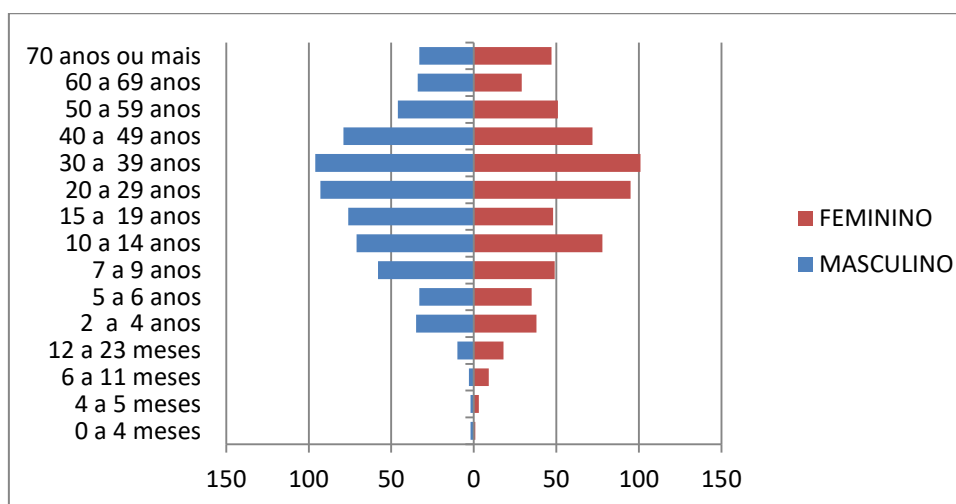


Gráfico 1- Pirâmide Sexo-Etária Populacional do PB Pankararu Entre Serras

Fonte: Espelhos vacinais e Siasi local do Polo Base Pankararu Entre Serras

Conforme consolidados mensais da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), HA, DM tipo II, neoplasias e doenças cardiovasculares, somados ainda à deterioração da arcada dentária, principalmente devido à cárie, produzem impactos negativos e vultosos na sustentabilidade e nas condições de vida e saúde, desenhando um cenário que coloca os indígenas em situação de extrema vulnerabilidade. Em algumas aldeias até 93% das famílias com 12 crianças menores de cinco anos dependem do Bolsa Família, única fonte de renda para maioria delas. O uso abusivo de álcool se destaca como um problema de saúde e social.

O PB Pankararu Entre Serras possui no total 185 casos de HA com base nos consolidados de produção mensal até dezembro de 2016. Dentre esses temos 123 (66%) indígenas do sexo feminino e 66 (34%) do sexo masculino, distribuídos em 12 aldeias.

É notória a prevalência nos indígenas do sexo feminino, conforme mostra gráfico 1. Há uma incidência de 15,4 para 1.000 habitantes e a prevalência dessa morbidade é de 238,4, tendo como base a população maior de 20 anos, sendo que maior parte encontram-se dentro dessa faixa etária.

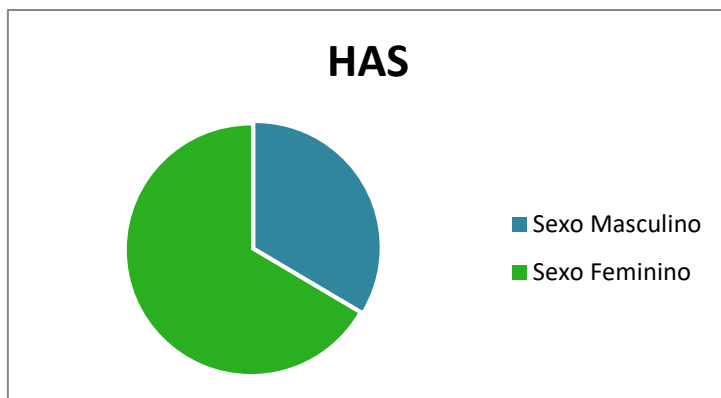


Gráfico 2- Distribuição da HA por sexo

Fonte: Consolidado Mensal do Polo Base Pankararu Entre Serras

Todos os hipertensos são acompanhados a cada 3 meses pela EMSI em consultas realizadas programa de atenção aos Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) através do médico e enfermeira. A cada semestre é avaliado o risco para doenças cardiovasculares através de exames laboratoriais e eletrocardiograma para os que são elegíveis na avaliação médica. Vale salientar ainda o acompanhamento do estado nutricional em cada consulta, bem como as atividades educativas realizadas quanto à prevenção dos riscos cardiovasculares e os cuidados de rotinas relacionados à alimentação, baixo consumo de sódio, prática de atividade física e forma correta de tomar os medicamentos, associados ao uso dos sistemas tracionais indígenas.

Rotineiramente a EMSI realiza roda de conversa sobre as ervas que ajudam no controle da HA, dislipidemias, inibição do apetite, calmantes, etc. junto com detentores de saberes, em especial os raizeiros. Esse método permite uma troca de saberes entre a EMSI e a comunidade.

Ao analisar o gráfico 3 observa-se que dentre os indígenas com HA, 128 estão com obesidade e/ou acima do peso, bem como a discrepância de valores entre as mulheres, onde somente 17,9% dos hipertensos do sexo feminino encontram-se com estado nutricional adequado. Sendo assim, contrasta-se quando comparados aos homens com peso adequado que somam apenas 22 indígenas num percentual de 35,4% de todos os homens com HA, assim como 13 que não foi possível avaliar o estado nutricional.

As dislipidemias são um fator de risco comum na população geral, especialmente nos portadores de HA, o perfil lipídico é frequentemente elevado nos

resultados de exames solicitados pela EMSI para avaliação e acompanhamento nas consultas do HIPERDIA.

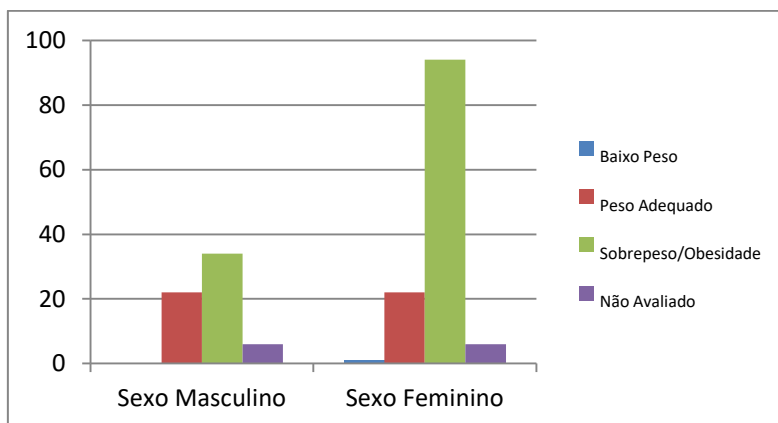


Gráfico 3- Perfil Nutricional dos pacientes com HA
Fonte: Consolidado Mensal do Polo Base Pankararu Entre Serras

A cultura de cultivar os alimentos tradicionais está diminuindo cada vez mais na população indígena do Povo Pankararu, isso decorre de mudanças climáticas que interferem no cultivo de produtos nativos, ocasionando maior aquisição de produtos industrializados e conseqüentemente a diminuição das práticas de atividades físicas durante o cultivo da terra. Isso reforça como os hábitos alimentares e a falta de atividade física está interferindo diretamente no quadro de sobrepeso e obesidade.

1.1 JUSTIFICATIVA

O perfil epidemiológico demonstra que a população indígena vem enfrentando um contínuo processo de transformação ao longo do tempo, o que em larga medida é decorrente da interação com a sociedade envolvente não indígena. Isso demonstra a influencia sobre o modo de vida que os indígenas sofreram após o contato, aumentando a circulação desse povo em áreas urbanas e conseqüentemente o consumo de produtos industrializados, favorecendo a presença dos fatores de risco que predispõe o surgimento de HA.

Os fatores determinantes do processo saúde-doença são influenciados de sobremaneira que as doenças crônicas não transmissíveis vêm se tornando cada dia mais presentes em decorrência do modo de vida que as comunidades indígenas adotaram.

Diante disso, é de extrema necessidade intervenções para redução de casos novos, diminuir possíveis riscos de doenças cardiovasculares, como também evitar complicações para os indígenas que são acometidos por essa morbidade, aumentando consequentemente a qualidade de vida dessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar estratégias para prevenir casos novos e controlar os fatores de risco para HA e outras doenças e agravos não transmissíveis nas aldeias indígenas do povo Pankararu Entre Serras, localizadas nos municípios de Tacaratu e Petrolândia-Pernambuco.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência de hipertensão arterial nas comunidades indígenas assistidas pelo PB Pankararu Entre Serras na TI Pankararu em Pernambuco;
- Realizar diagnóstico situacional sobre os riscos para problemas cardiovasculares, utilizando o escore de *Framingham*.
- Estratificar de forma qualitativa e quantitativa os principais fatores de riscos cardiovasculares (idade, tabagismo, obesidade, PA, DM, colesterol total e frações e hipertrofia ventricular esquerda);
- Analisar junto com os detentores de saberes e EMSI os principais fatores de risco;
- Intervir em caráter preventivo, através de estratégias durante os atendimentos da EMSI, como rodas de conversa, atividades educativa nas escolas, etc., formas de reduzir a prevalência dessa morbidade não transmissível.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de intervenção com a finalidade de auxiliar a prevenção de riscos cardiovasculares e reduzir possíveis sequelas decorrentes de tais complicações. Para realizar o estudo, serão utilizados dados coletados dos prontuários dos pacientes hipertensos acompanhados pela EMSI do PB Pankararu Entre Serras, durante as consultas do HIPERDIA, visitas domiciliares realizadas com o médico e Agente Indígena de Saúde (AIS), após será aplicado o escore de *Framingham* e calculado o risco individualmente de cada hipertenso.

Conforme relata Lotufo (2008), o escore de *Framingham* utiliza uma fórmula, onde estabelece o risco de infarto e angina em 10 anos. Esse risco para doença coronariana é calculado com base na faixa etária, sexo, valores pressóricos (PAS), razão entre o valor do colesterol total e HDL, presença de tabagismo e diagnóstico de DM.

A classificação de risco será realizada em quatro etapas:

- **1ª Etapa:** Serão avaliados os fatores de Baixo e Intermidiário risco que são o tabagismo, hipertensão, obesidade, sexo masculino, história familiar de evento cardiovascular prematuro, homens < 55 anos e mulheres <65 anos e idade > 65 anos. Também nessa etapa ainda serão avaliados se os há presença dos fatores para alto risco, dentre eles, Diabetes Mellitus (DM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) prévio, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio, Lesão Periférica- Lesão de Órgão Alvo (LOA), Ataque Isquêmico Transitório (AIT), Hipertrofia de Ventrículo Esquerdo (HVE), nefropatia, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal e/ou estenose de carótida sintomática.
- **2ª Etapa:** a partir desse ponto será analisada a condição desse hipertenso diante dos fatores de risco supracitados anteriormente, daí realiza ou não o cálculo do risco cardiovascular.
- **3ª Etapa:** Nessa etapa é realizada a soma dos pontos específicos que determinam o risco, como e sexo, idade, valores de colestrerol total e HDL, tabagismo e valor da PAS.
- **4ª Etapa:** Por fim, após a soma total dos pontos dá o valor em percentual separadamente para hipertensos do sexo masculino e feminino, através de uma tabela, só aí será definido o grau de risco em baixo com menos de 10% de chance

em 10 anos, intermediário (10-20%) e alto (>20%). Classifica-se como 1, 2 e 3 respectivamente, conforme sequência de grau de risco.

Após o processo de classificação do risco cardiovascular, serão analisados os dados e discutidos juntamente com a EMSI e os detentores de saberes para traçar a estratégia de educação que serão realizadas.

4 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se do presente projeto de intervenção que a população da TI de Pankararu Entre Serras:

- Compreensão sobre a importância de se conhecer a HA de modo geral, a fim de evitar o agravamento, assim como reconhecer os possíveis riscos para problemas cardiovasculares para os casos já diagnosticados;
- Sensibilização relacionada ao controle dos fatores de riscos evitáveis;
- Adesão ao tratamento, participação nas atividades de educação em saúde, interação com o uso dos sistemas tradicionais, diálogo com os detentores de saberes;
- Melhoria da qualidade de vida através da prática de atividade física e alimentação saudável, dentre outros.
- Maior amplitude relacionada à prevenção e promoção de saúde, abrangendo de forma significativa a comunidade de forma geral.

Tendo como ponto de partida a classificação para o risco cardiovascular, além de atuar preventivamente na diminuição na incidência e prevalência da HA, o escore de *Framingham* será subsídio na qualificação do acompanhamento dos pacientes hipertensos, priorizando o grau de risco, conforme avaliação. Com isso a EMSI:

- Trabalhará educação permanente utilizando os protocolos sobre a HA do MS;
- Intensificará visitas domiciliares dos AIS para identificar hipertensos resistentes ao tratamento medicamentoso, à consulta de acompanhamento, etc.;

- Buscará parcerias junto com outros órgãos como Secretaria municipal de saúde, Núcleo de apoio à saúde da família, gestores da educação indígena para atuar em conjunto com outros profissionais que não compõem a atenção primária, como educador físico, nutricionista, cardiologista, professores, dentre outros.
- Atuará em conjunto com os detentores de saberes tradicionais as práticas de autocuidado;

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a proposta do projeto de intervenção, a estratificação de risco e todos os dados em mãos, a EMSI terá mais propriedade para intervir junto aos pacientes com HA no povo Pankararu Entre Serras, assim possibilitará embasar-se de informações com dados reais do próprio povo.

Esse projeto pode contribuir com a melhoria na qualidade do acompanhamento e no tratamento desses pacientes, melhorando a qualidade de vida, incentivando as práticas tradicionais de cura e autocuidado, estimulando a alimentação saudável melhorando significativamente o controle da doença e do risco para os problemas cardiovasculares. Do mesmo modo, será um subsídio para a sensibilização da comunidade acerca da importância de evitar essa morbidade.

A efetividade desse projeto depende da adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso, da participação destes nas rodas de conversa, na mudança de hábitos alimentares, da assiduidade nas consultas e da adesão a essa proposta. É um projeto que não tem custos, ou recursos financeiros apenas exige comprometimento da EMSI e dos pacientes com sua própria saúde e bem-estar.

Para realização desse projeto não é necessário grandes mudanças ou mobilização da EMSI, ou alterações no cronograma das atividades Diárias, é apenas adequação, mobilização, boa abordagem para estimular os usuários a participarem das atividades que envolvem a problemática da HA.

As possíveis dificuldades encontradas para aplicabilidade desse projeto com todos os pacientes são dentre muitos, a resistência de alguns por não aderirem ao

tratamento medicamentoso, por preferirem o tradicional com ervas medicinais. Com isso, alguns têm dificuldades de adaptação ao tratamento ocidental.

O maior desafio para sensibilizar os pacientes a aderirem o tratamento é especialmente que estes mudem seus hábitos e abram mão de utilizarem os produtos industrializados, onde já estão habituados a fazerem uso, assim como repensar numa forma mais saudável de se alimentar e início da prática de atividade física.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

FILHO, Z. A. S. et al. Prevalência de hipertensão arterial em indígenas do Brasil: uma revisão sistemática com meta-análise. **Revista Escola Enfermagem USP**, vol. 49, n.6, p. 1016-1026, Ago. 2015.

JÚNIOR, C. E. A. C.; SANTOS, R. V. Perfil Epidemiológico da população indígena no Brasil: Considerações gerais. Documento de trabalho nº 03, Porto Velho, Mar, 2001.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Revista Médica**, vol. 87, n. 4, p. 232-237. Out-Dez. 2008.

MEYERFREUND, D. Estudo da Hipertensão Arterial e de outros fatores de risco cardiovascular nas comunidades indígenas do Espírito Santo – BR. 2006. 123f. Tese (Doutorado em Ciências Fisiológicas) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

NEDER, M. M.; BORGES, A. A. N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? **Revista Brasileira Hipertensão**, vol.13, n.2, p. 126-133, fev. 2006.

Povos Indígenas do Brasil. Instituto Socioambiental[online]. Brasília. <<https://pib.socioambiental.org/>>. [acesso em 20 dez 2016].

Povos Indígenas de Pernambuco. UFPE. [online]. Recife. <<https://www.ufpe.br/>>. Acesso em: 23 dez. 2016. [acesso em 20 dez 2016].

SESAI. Ministério da Saúde/SESAI [online]. Brasília. <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 dez. 2016. [acesso em 20 dez 2016].

_____. **Ministério da Saúde/SESAI** [online]. Brasília. <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. [acesso em 20 dez 2016].

SANJULIANI, A. F. Fisiopatologia da hipertensão arterial: conceitos teóricos úteis para a prática clínica. **Revista da SOCERJ**, vol. 15, n. 4, p. 210-218, Out/Nov/Dez 2002.

TAVARES, F. G. et al. Níveis tensionais de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 5, p.1399-1409, fev. 2013.

ANEXOS

ANEXO A- Tabela para Classificação de Risco Cardiovascular

Polo Base: _____ EMSI _____ Data: __/__/__

Nome: _____ Data Nascimento: __/__/__

Aldeia: _____ Hipertenso Diabético

PA: _____ Peso: _____ Altura: _____ Circunferência Abdominal: _____ IMC: _____

Medicação em uso: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

1ª ETAPA

	BAIXO RISCO / INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
F A T O R E S D E R I S C O	<input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Sedentarismo <input type="checkbox"/> Sexo Masculino <input type="checkbox"/> História Familiar de evento cardiovascular prematuro <input type="checkbox"/> (homens < 55 anos / mulheres < 65anos) <input type="checkbox"/> Idade > 65 anos	<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Acidente vascular cerebral (AVC) prévio <input type="checkbox"/> Infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio <input type="checkbox"/> Lesão periférica – Lesão de órgão alvo (LOA) <input type="checkbox"/> Ataque isquêmico transitório (AIT) <input type="checkbox"/> Hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE) <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Retinopatia <input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta abdominal <input type="checkbox"/> Estenose de carótida sintomática

2ª ETAPA

CONDIÇÃO	➔	CÁLCULO DO RISCO CARDIOVASCULAR	➔	DEFINIÇÃO
1 FATOR DE BAIXO RISCO/INTERMEDIÁRIO	➔	NÃO REALIZA	➔	BAIXO RISCO
1 FATOR DE ALTO RISCO	➔	NÃO REALIZA	➔	ALTO RISCO
MAIS DE 1 FATOR DE BAIXO RISCO/ INTERMEDIÁRIO	➔	REALIZA	➔	BAIXO/INTERMEDIÁRIO/ALTO

DEFINIÇÃO DE RISCO

4ª ETAPA

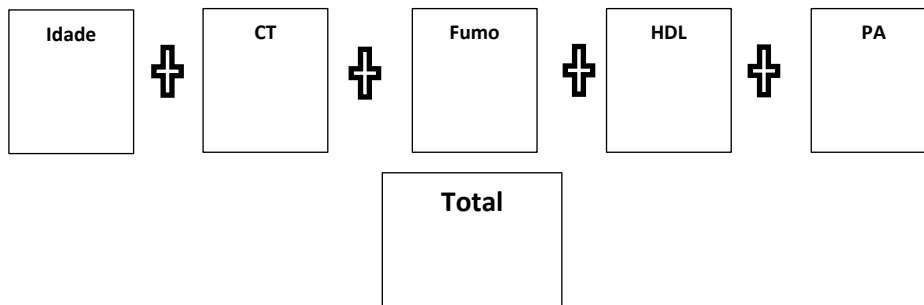
	GRAU DE RISCO	RISCO EM 10 ANOS	CLASSIFICAÇÃO
()	Baixo	<10%	1
()	Intermediário	10-20%	2
()	Alto	>20%	3

Risco em 10 anos: _____

%

3ª ETAPA

Soma dos Pontos



HOMENS

Idade	Pontos
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

MULHERES

Idade	Pontos
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16

COLESTEROL TOTAL (CT)

Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
>280	11	8	5	3	1

HOMENS

Total de Pontos	Risco em 10 anos
≤ 0	≤ 1%
1	1%
2	1%
3	1%
4	1%
5	2%
6	2%
7	3%
8	4%
9	5%
10	6%
11	8%
12	10%
13	12%
14	16%
15	20%
16	25%
≥ 17	≥ 30%

MULHERES

Total de Pontos	Risco em 10 anos
≤ 9	≤ 1%
9	1%
10	1%
11	1%
12	1%
13	2%
14	2%
15	3%
16	4%
17	5%
18	6%
19	8%
20	11%
21	14%
22	17%
23	22%
24	27%
≥ 25	≥ 30%

COLESTEROL TOTAL (CT)

Colesterol Total	Idade 20-39	Idade 40-49	Idade 50-59	Idade 60-69	Idade 70-79
< 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
> 280	13	10	7	4	2

TABAGISMO

Idade	FUMA	NÃO FUMA
20-39	8	0
40-49	5	0
50-59	3	0
60-69	1	0
70-79	1	0

HDL

HDL(mg/dL)	Pontos
≥ 60	-1
50-59	0
40-49	1
≤ 40	2

TABAGISMO

Idade	FUMA	NÃO FUMA
20-39	9	0
40-49	7	0
50-59	4	0
60-69	2	0
70-79	1	0

HDL

HDL(mg/dL)	Pontos
≥ 60	-1
50-59	0
40-49	1
≤ 40	2

PRESSÃO ARTERIAL

PA Sistólica	Pontos se não Tratada	Pontos se Tratada
<120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
>160	2	3

PRESSÃO ARTERIAL

PA Sistólica	Pontos se não Tratada	Pontos se Tratada
<120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
>160	4	6