

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

GRADUAÇÃO EM MEDICINA

MATHEUS SALLES CAPELLI

**FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM
INDÍGENAS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES**

PASSO FUNDO - RS

2026

MATHEUS SALLES CAPELLI

**FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM
INDÍGENAS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de
Medicina da Universidade Federal da
Fronteira Sul (UFFS), campus Passo
Fundo/RS, como requisito parcial para
obtenção do grau de Bacharel em Medicina

Orientador: Prof. Dr Gustavo Olszanski Acrani
Coorientadoras: Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann
Prof^a Me. Daniela Teixeira Borges

PASSO FUNDO - RS

2026

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Capelli, Matheus Salles

FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM
INDÍGENAS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES /
Matheus Salles Capelli. -- 2026.
70 f.

Orientador: PROFESSOR DOUTOR Gustavo Olszanski
Acrani

Coorientadores: PROFESSORA DOUTORA Ivana Loraine
Lindemann, PROFESSORA MESTRE Daniela Teixeira Borges
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2026.

1. FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
EM INDÍGENAS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES.
I. Acrani, Gustavo Olszanski, orient. II. Lindemann,
Ivana Loraine, co-orient. III. Borges, Daniela Teixeira,
co-orient. IV. Universidade Federal da Fronteira Sul. V.
Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MATHEUS SALLES CAPELLI

**FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM
INDÍGENAS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES**

Trabalho de Curso apresentado ao Curso de
Medicina da Universidade Federal da Fronteira
Sul (UFFS), campus Passo Fundo/RS, como
requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Medicina

Este Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em:

BANCA EXAMINADORA:

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani

Prof. Dr. Júlio Cesar Stobbe

Rafael D'Agostini Annes

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela oportunidade de estudar em uma das melhores universidades do país e por todas as experiências e oportunidades que esse percurso tem proporcionado ao meu crescimento profissional e pessoal. Expresso minha profunda gratidão à minha família, que sempre esteve ao meu lado, oferecendo apoio, incentivo e carinho ao longo dessa trajetória. Também agradeço, de forma especial, aos meus grandes amigos, que nunca deixaram de acreditar em mim e estiveram presentes nos momentos mais difíceis, oferecendo força e motivação durante essa caminhada desafiadora. Por fim, expresso minha gratidão aos meus orientadores, que estiveram comigo desde o momento em que o germen deste trabalho surgiu e começou a ser desenvolvido com o propósito de contribuir de forma significativa para a sociedade.

EPÍGRAFE

Lembre-mo-nos de que o homem interior se renova sempre.

*A luta enriquece-o de experiência, a dor aprimora-lhe
as emoções e o sacrifício tempera-lhe o caráter.*

Chico Xavier

APRESENTAÇÃO

Este volume corresponde a um Trabalho de Curso (TC) de Graduação intitulado Fatores de Risco para Acidente Vascular Cerebral em Indígenas Atendidos em Ambulatório de Especialidades. A pesquisa foi conduzida no Ambulatório de Especialidades da Universidade Federal da Fronteira Sul, localizado em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado pelo acadêmico de Medicina Matheus Salles Capelli, sob a orientação do Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani e coorientação da Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann e da Prof^a. Me. Daniela Teixeira Borges, com o objetivo de atender a um dos requisitos parciais para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), no campus de Passo Fundo - RS. A estrutura deste trabalho é formada por projeto de pesquisa, relatório de atividades e artigo científico, todos elaborados em conformidade com as diretrizes do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e com o Regulamento de TC do curso. O primeiro capítulo apresenta o projeto de pesquisa, desenvolvido no primeiro semestre de 2025, dentro do componente curricular (CCr) Trabalho de Curso I. No segundo capítulo, encontra-se o relatório de atividades, produzido no segundo semestre de 2025, no CCr Trabalho de Curso II. O terceiro capítulo, por sua vez, traz o artigo científico, construído a partir do projeto de pesquisa e da análise estatística dos dados coletados, sendo finalizado no primeiro semestre de 2026, no CCr Trabalho de Curso III.

RESUMO

Resumo: Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) constitui importante causa de morbimortalidade e está relacionado à presença de fatores de risco clínicos, comportamentais e sociais. Entre populações indígenas, mudanças nos modos de vida e desigualdades no acesso aos serviços de saúde podem influenciar a exposição ao risco cardiovascular, tornando necessária a produção de evidências específicas sobre essa população. **Objetivo:** Estimar a prevalência dos fatores de risco para AVC em indígenas atendidos em ambulatório de especialidades. **Metodologia:** Estudo transversal desenvolvido com indígenas atendidos em ambulatório de especialidades no município de Passo Fundo, RS, entre abril e julho de 2025, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, em que foram avaliadas variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, além da classificação de risco para AVC. Foram considerados com risco elevado para AVC aqueles que apresentaram dois dos fatores de risco maiores (história familiar da doença, diagnóstico médico prévio de hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, idade >45 anos e tabagismo), em conjunto com pelo menos um dos fatores menores (sexo masculino, etilismo e inatividade física). A análise incluiu estatística descritiva e teste de qui-quadrado de Pearson, considerando nível de significância de 95%. **Resultados:** Na amostra de 101 indígenas, predominou indivíduos com cônjuge (69,3%) e da etnia Kaingang (92%). Além disso, 70,3% possuíam escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental, enquanto 43,6% exerciam trabalho remunerado. Observou-se ainda renda familiar entre dois e três salários mínimos em 60,2% dos participantes, recebimento de benefício social em 56,6% e residência em área rural em 88,9%. Quanto às condições de saúde, 47,5% referiram prática de automedicação, 26% obesidade, 6,1% infarto agudo do miocárdio, 14,3% depressão e 38% ansiedade. Ademais, 26,6% relataram histórico familiar de infarto agudo do miocárdio. A prevalência de alto risco para AVC foi de 40,6%, sendo mais frequente em usuários de medicamentos contínuos (56,9%, $p=0,001$), bem como com em indivíduos obesos (65,4% $p=0,003$). **Conclusão:** A população indígena estudada apresentou elevada prevalência de fatores de risco para AVC e proporção expressiva de indivíduos classificados com alto risco para o agravo. Os resultados reforçam a necessidade de estratégias preventivas precoces, orientadas pelo fortalecimento da atenção primária e por abordagens culturalmente sensíveis no contexto da saúde indígena.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Saúde Indígena; Fatores de Risco; Epidemiologia; Prevenção Primária.

ABSTRACT

Introduction: Stroke is an important cause of morbidity and mortality and is associated with clinical, behavioral, and social risk factors. Among Indigenous populations, changes in lifestyle and inequalities in access to healthcare services may influence exposure to cardiovascular risk, highlighting the need for evidence specifically focused on this population. **Objective:** To estimate the prevalence of stroke risk factors among Indigenous individuals treated at a specialty outpatient clinic. **Methodology:** This was a cross-sectional study conducted with a sample of 101 Indigenous adults of both sexes, aged 18 years or older. Sociodemographic, behavioral, and clinical variables, as well as stroke risk classification, were evaluated. Individuals were considered at high risk for stroke when presenting two major risk factors (family history of the disease, previous medical diagnosis of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, age >45 years, and smoking), together with at least one minor factor (male sex, alcohol consumption, and physical inactivity). Data analysis included descriptive statistics and Pearson's chi-square test, considering a 95% significance level. **Results:** Among the 101 Indigenous participants, most had a spouse/partner (69.3%) and belonged to the Kaingang ethnic group (92%). In addition, 70.3% had educational attainment equal to or lower than elementary school, while 43.6% had paid employment. Family income between two and three minimum wages was observed in 60.2% of participants, 56.6% received social benefits, and 88.9% lived in rural areas. Regarding health conditions, 47.5% reported self-medication practices, 26% obesity, 6.1% acute myocardial infarction, 14.3% depression, and 38% anxiety. Furthermore, 26.6% reported a family history of acute myocardial infarction. The prevalence of high stroke risk was 40.6%, being more frequent among continuous medication users (56.9%, $p=0.001$) and obese individuals (65.4%, $p=0.003$). **Conclusion:** The studied Indigenous population presented a high prevalence of stroke risk factors and a considerable proportion of individuals classified as high risk for the condition. These findings reinforce the need for early preventive strategies guided by the strengthening of primary healthcare and culturally sensitive approaches within Indigenous health contexts.

Keywords: Stroke; Indigenous Health; Risk Factors; Epidemiology; Primary Prevention.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. DESENVOLVIMENTO	4
2.1 PROJETO DE PESQUISA	4
2.1.1. Tema	4
2.1.2. Problemas	4
Objetivo geral.....	5
Objetivos específicos.....	5
2.1.5. Justificativa	5
2.1.6 Referencial teórico.....	6
Definição e fisiopatologia do acidente vascular cerebral	6
Fatores de risco relevantes para o acidente vascular cerebral	7
Um panorama do acidente vascular cerebral no Brasil e no mundo.....	8
Cenário histórico da saúde indígena no Brasil.....	9
Ambulatório Indígena de Especialidades.....	12
2.1.7. Metodologia	14
2.1.7.1. Tipo de estudo.....	14
2.1.7.2. Local e período de realização	14
2.1.7.3. População e amostragem	14
2.1.7.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados.....	14
2.1.7.5. Processamento, controle de qualidade e análise dos dados	15
2.1.7.6. Aspectos éticos.....	15
2.1.8. Recursos	16
2.1.9. Cronograma.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
2.1.10. ANEXOS.....	21
ANEXO I.....	21
ANEXO II	23
ANEXO III.....	30

1. INTRODUÇÃO

A saúde da população indígena no Brasil é marcada por uma série de desafios que refletem a histórica exclusão social, a perda de territórios tradicionais e as dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde. Apesar da criação de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), persistem desigualdades significativas no cuidado ofertado a esses povos. Fatores como a distância geográfica das aldeias em relação aos centros urbanos, a carência de infraestrutura básica, a baixa cobertura de profissionais de saúde capacitados e a escassez de ações preventivas contribuem para um cenário de vulnerabilidade. Além disso, as mudanças nos modos de vida tradicionais, influenciadas pela urbanização, pelo contato com a sociedade não indígena e pela transição alimentar, têm resultado no aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes *mellitus* e obesidade. Nesse contexto, o acidente vascular cerebral (AVC) desponta como uma condição neurológica grave e crescente, ainda pouco estudada entre os povos indígenas, mas potencialmente associada ao avanço desses fatores de risco. Considerando a elevada carga de morbimortalidade associada ao AVC, torna-se essencial compreender sua relação com as condições de vida e saúde dessa população, a fim de subsidiar estratégias de prevenção e cuidado mais efetivas e culturalmente sensíveis (Mendes *et al.* 2016).

Existem dois principais tipos de AVC: o isquêmico e o hemorrágico. O AVC isquêmico ocorre quando há oclusão de um vaso sanguíneo, comprometendo o suprimento de oxigênio e nutrientes às células cerebrais; enquanto que o AVC hemorrágico decorre da ruptura de um vaso, levando ao extravasamento de sangue para o parênquima cerebral ou espaço subaracnóideo, caracterizando os quadros de hemorragia intraparenquimatosa ou subaracnoidea (Brasil, 2013).

O quadro clínico do AVCI instala-se de forma aguda, como resultado da interrupção abrupta do suprimento de glicose e oxigênio aos neurônios. Quando a isquemia persiste por alguns minutos, ocorre infarto cerebral, caracterizado pela morte irreversível do tecido encefálico afetado. No entanto, se a perfusão cerebral for restabelecida antes da lesão neuronal permanente, o evento é classificado como Ataque Isquêmico Transitório (AIT) (Longo, 2013).

A identificação precoce dos sinais e sintomas é crucial para o diagnóstico e o manejo oportuno do AVC. Nesse sentido, Carneiro *et al.* (2017), apud Marques (2019), descrevem como manifestações clínicas mais frequentes: início súbito de déficits neurológicos, geralmente unilaterais, como paresia ou paralisia facial, desvio de rima labial, plegia ou parestesia, distúrbios da fala, alterações no nível de consciência, crises convulsivas, comprometimento da acuidade visual, vertigem, perda de equilíbrio e dificuldade de deambulação.

Segundo Grochowski, Campos e Lima (2015), o aumento na incidência de AVC está diretamente relacionado à elevação da expectativa de vida da população, bem como à exposição contínua a fatores de risco modificáveis ao longo do tempo. Diante disso, ações de promoção à

saúde tornam-se essenciais, uma vez que visam à redução desses fatores por meio da conscientização da população acerca da importância da adoção de hábitos saudáveis como estratégia para um envelhecimento com qualidade de vida. Araújo (2018) destaca que o AVC ocupa a segunda posição entre as principais causas de mortalidade no mundo, sendo a principal causa de óbito no Brasil.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco modificável para o AVC. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 62% dos eventos cerebrovasculares são atribuídos à pressão arterial elevada e estima-se que cerca de 30% da população mundial sofra de HAS (Palomeras Soler, Casado Ruiz, 2010). Além do AVC, a hipertensão está associada a outras doenças crônicas, como insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana, insuficiência renal e danos a órgãos-alvo (McManus; Liebeskind, 2016).

A distribuição do AVC segundo o sexo também apresenta variações: o sexo masculino é mais acometido em idades inferiores a 85 anos, enquanto nas faixas etárias superiores as mulheres passam a ser mais afetadas, reflexo de sua maior expectativa de vida (Heron, *et al.* 2009). As cardiopatias constituem o segundo fator de risco mais relevante para o AVC, com frequência de 41,9% nos casos isquêmicos, em contraste com aproximadamente 2% nos hemorrágicos. Dentre as cardiopatias, a fibrilação atrial crônica destaca-se como a mais associada ao AVC, sendo responsável por cerca de 22% dos casos (Radanovic, 2000).

O tabagismo, reconhecido como fator de risco para diversas doenças, tais como câncer, doenças pulmonares e vasculares periféricas, também exerce forte influência sobre o risco de AVCI, podendo até duplicá-lo. No entanto, a cessação do tabagismo está associada à redução significativa desse risco, equiparando-se ao de não fumantes após cerca de cinco anos de abstinência, especialmente em indivíduos previamente classificados como fumantes leves (Melo e Silva, Moura, Godoy, 2008).

Além da hipertensão e do tabagismo, a aterosclerose carotídea é responsável por até 15% dos casos de AVC, sendo o diabetes *mellitus* um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento e progressão dessa condição (Wolosker; Faustino, 2018). A gestão adequada do diabetes e dos demais fatores de risco cardiovasculares é essencial para a prevenção do AVC.

Em um estudo que avaliou os perfis lipídicos de 125 pacientes com média de idade de 60 anos, observou-se que baixos níveis de HDL colesterol apresentaram maior potencial aterogênico nas artérias carótidas do que níveis elevados de LDL colesterol (Gagliardi, *et al.*, 1995).

A doença cerebrovascular apresenta maior prevalência entre pacientes com diabetes *mellitus* (DM) em comparação com indivíduos não diabéticos. Nestes pacientes, as manifestações clínicas ateroscleróticas são predominantes em artérias coronárias, carótidas, cerebrais, aorta e artérias periféricas. Além disso, as lesões ateroscleróticas tendem a ser mais calcificadas em indivíduos diabéticos (Triches, *et al.*, 2009). O DM é também considerado um fator de risco

independente para a DCV, atuando tanto de forma direta, ao comprometer a integridade endotelial, como de forma indireta, ao estar fortemente relacionado com a HAS (Weinberger *et al.*, 1983; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2002).

Outro fator de risco, ainda que menos discutido, é o uso de anticoncepcionais hormonais. De acordo com Lima *et al.* (2017), o uso de anticoncepcionais orais combinados (ACO) tem sido associado a um aumento da incidência de AVC nas últimas décadas. O *Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women* identificou um risco nove vezes maior de AVC associado ao uso de ACO, especialmente quando combinados com fatores como tabagismo, enxaqueca ou outras comorbidades.

Por fim, o sedentarismo também se destaca como fator de risco relevante. Simões *et al.* (2017) enfatizam que o baixo nível de atividade física contribui não apenas para o aumento do risco de AVC, mas também para o surgimento de outras doenças cardiovasculares e para a maior incidência de incapacidades funcionais nos indivíduos.

O AVC representa uma condição grave entre a população indígena do sul do Brasil, devido ao aumento dos fatores de risco como hipertensão, diabetes e mudanças no estilo de vida. Esses fatores, aliados às desigualdades no acesso à saúde, tornam essa população especialmente vulnerável às consequências do AVC. Por isso, é fundamental compreender a dimensão do problema no contexto indígena para orientar estratégias de prevenção e cuidado que respeitem suas especificidades culturais e sociais. Assim, este estudo busca investigar a distribuição dos determinantes do AVC entre indígenas atendidos em ambulatório especializado, além de analisar seus padrões de comportamento e estilo de vida, com o objetivo de apoiar intervenções que promovam a qualidade e expectativa de vida dessa população.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Tema

Fatores de risco para acidente vascular cerebral (AVC) em indígenas atendidos em ambulatório de especialidades.

2.1.2. Problemas

Quais são as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da população indígena atendida no ambulatório de especialidades?

Qual a prevalência dos fatores de risco para AVC na população indígena?

Qual a prevalência do alto risco para AVC entre essa população?

Qual a relação entre as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde com o alto risco para AVC na referida população?

2.1.3. Hipóteses

As características serão predominantemente renda média-baixa, trabalho assalariado, residência em aldeamentos, etnia Kaingang, sexo feminino, com cônjuge, idade na faixa dos 30-40 anos, peso acima do esperado, baixa escolaridade, alimentação não saudável, ausência de tabagismo, etilismo e atividade física, regular padrão de sono, diagnóstico de doenças crônicas (diabetes, dislipidemia, hipertensão), condições de saúde mental alteradas (depressão, ansiedade), e histórico familiar de doenças cardiovasculares e de acidente vascular cerebral.

Dentre os fatores de risco para AVC analisados os mais frequentes serão hipertensão arterial sistêmica (30%) e diabetes *mellitus* (10%).

A prevalência do alto risco para AVC nessa população será de 15%.

Será observada maior prevalência de alto risco de AVC entre os participantes com menor escolaridade, que não trabalham, com cônjuge, com alimentação não saudável, com condições precárias de moradia e menor renda.

2.1.4. Objetivos

Objetivo geral

Estimar a prevalência dos fatores de risco para AVC na população indígena.

Objetivos específicos

Descrever características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da população indígena atendida em ambulatório de especialidades.

Determinar a prevalência dos fatores de risco para AVC nessa população.

Avaliar a prevalência de alto risco para AVC na população indígena.

Analisar a relação entre as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde com o alto risco para AVC.

2.1.5. Justificativa

A realização deste trabalho se justifica pela importância de compreender os fatores de risco associados ao AVC na população indígena atendida no ambulatório de especialidades. Trata-se de uma parcela da população historicamente vulnerável, que vem passando por mudanças significativas em seu estilo de vida, o que pode impactar diretamente sua saúde cardiovascular. A escassez de estudos específicos sobre essa temática reforça a necessidade de produzir dados que permitam traçar um perfil mais preciso dos riscos aos quais esses indivíduos estão expostos.

Além disso, observa-se uma crescente incidência de AVC entre pessoas com estilo de vida sedentário e hábitos desregrados, frequentemente acompanhados de comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes, dislipidemias e doenças cardiovasculares. Hábitos como o tabagismo e o etilismo, também prevalentes, se destacam como cofatores importantes e potencialmente modificáveis para o desenvolvimento do AVC. Assim, o conhecimento aprofundado desses fatores em contextos específicos, como o indígena, pode viabilizar a implementação de estratégias de prevenção mais efetivas e culturalmente sensíveis, promovendo melhorias reais na qualidade de vida e nos desfechos de saúde dessa população.

Contudo, é essencial considerar a diversidade cultural da população indígena, especialmente em relação aos hábitos de vida vinculados à sua cultura autóctone, que podem diferir significativamente dos padrões da população geral. Isso, sem dúvida, orienta a forma como as

intervenções para mudança nos hábitos de saúde devem ser conduzidas, sempre respeitando os costumes étnicos indígenas e visando uma melhor adesão às orientações dos profissionais de saúde.

Assim, a definição do perfil das características mais comuns em pacientes com maior probabilidade de evoluir para a forma grave da doença contribuirá para que os profissionais de saúde possam identificar, desde o atendimento inicial, aqueles que necessitam de maior atenção.

Ademais, e não menos importante, o município em questão atua como polo de saúde na região Norte do Rio Grande do Sul, e não há dados epidemiológicos concretos disponíveis sobre essa temática na região.

2.1.6 Referencial teórico

Definição e fisiopatologia do acidente vascular cerebral

O acidente vascular cerebral (AVC) pode ser classificado em dois tipos: isquêmico (AVCI) e hemorrágico. O isquêmico ocorre quando há obstrução de um vaso sanguíneo, impossibilitando o fluxo de sangue para as células cerebrais, ao passo que o hemorrágico resulta da ruptura de um vaso, ocasionando sangramento intraparenquimatoso ou subaracnóideo (Brasil, 2013).

O AVCI caracteriza-se por um déficit neurológico focal persistente, decorrente de uma isquemia seguida de infarto. Esse processo ocorre devido à obstrução proximal de uma artéria por trombo, êmbolo ou compressão tumoral (Longo, 2013). A fisiopatologia envolve a redução na produção de adenosina trifosfato (ATP) causada pela isquemia, o que leva a acidose láctica e a um desequilíbrio na homeostase iônica dos neurônios. Esse desequilíbrio compromete a regulação dos neurotransmissores, aumentando sua liberação e reduzindo sua recaptação, especialmente do glutamato. O acúmulo de glutamato na fenda sináptica gera excitotoxicidade por meio da ativação de receptores NMDA e AMPA, além de promover influxo de cálcio. Esse aumento de cálcio ativa vias catabólicas, envolvendo proteases, lipases e nucleases. Simultaneamente, há influxo de sódio e água, provocando edema intracelular (Melo e Silva, Moura, Godoy, 2008).

O quadro clínico se instala rapidamente em virtude da ausência do aporte de glicose aos neurônios. A isquemia prolongada resulta em infarto cerebral, ou seja, morte tecidual. Entretanto, se a perfusão for restabelecida antes da morte neuronal, o episódio é classificado como Ataque Isquêmico Transitório (AIT) (Longo, 2013).

Os sinais e sintomas do AVC são fundamentais para sua detecção precoce. De acordo com Carneiro *et al.* (2017), apud Marques (2019), os sinais mais frequentes incluem início súbito de déficits neurológicos, geralmente em um lado do corpo, como paresia, paralisia, perda de expressão facial, desvio de rima labial, plegia, parestesia, distúrbios da fala, alteração no nível de

consciência, crises convulsivas, déficits visuais, vertigem, perda de equilíbrio e dificuldade para deambular.

Fatores de risco relevantes para o acidente vascular cerebral

Entre os fatores de risco para o AVC destacam-se insuficiência cardíaca e renal, além de doença arterial coronariana, entre outras lesões de órgãos-alvo (McManus, Liebeskind, 2016). Ainda, as cardiopatias representam o segundo maior fator de risco para AVC, sendo a fibrilação atrial crônica responsável por aproximadamente 22% dos casos de AVCI (Radanovic, 2000).

Os fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial, têm influência na incidência do AVC, variando conforme o sexo e a faixa etária. Até a quinta década de vida, a HAS é mais prevalente em homens; após essa idade, torna-se mais comum em mulheres, especialmente após a menopausa (Freitas, *et al.*, 2012). Vale ressaltar que o tratamento farmacológico da HAS é comprovadamente eficaz na redução do risco de AVC (Meschia *et al.*, 2014).

Adicionalmente, Wolosker e Faustino (2018) destacam que a aterosclerose carotídea é responsável por até 15% dos casos de AVC, sendo o diabetes um dos principais fatores que aceleram esse processo. O controle rigoroso do diabetes e de outros fatores de risco cardiovasculares é essencial na prevenção do AVC.

Pacientes diabéticos apresentam maior risco de desenvolver doença cerebrovascular. As manifestações da aterosclerose ocorrem preferencialmente nas artérias coronárias, carótidas, cerebrais e periféricas. Estima-se que 23% dos indivíduos com AVCI sejam diabéticos, com um risco relativo quatro vezes maior do que não diabéticos (Radanovic, 2000; Fayad, 2001; Weinberger *et al.*, 1983; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2000).

Em estudo sobre dislipidemias, Gagliardi *et al.* (1995) observaram que níveis reduzidos de HDL são mais aterogênicos do que níveis elevados de LDL para as artérias carótidas. A dislipidemia, portanto, está fortemente associada ao desenvolvimento do AVC isquêmico (Andersen, 2009).

Outro fator de risco relevante é o uso de anticoncepcionais hormonais. Sabe-se que o uso prolongado de anticoncepcional oral combinado (AOC) pode aumentar significativamente o risco de AVC, independentemente da dose de etinilestradiol (Lima *et al.*, 2017) e Bevan, Sharma, Bradley, (1990) considera que o uso de anticoncepcionais, isoladamente, é um fator de risco suficiente para o desenvolvimento de AVC. O *Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women* apontou um risco até nove vezes maior em usuárias, especialmente quando associado à enxaqueca ou tabagismo. Em Portugal, 77,8% das mulheres jovens que sofreram AVC isquêmico faziam uso de anticoncepcionais (Gautier *et al.*, 1989).

O tabagismo também é um importante fator, capaz de dobrar o risco de AVCI. Contudo, a cessação do hábito reduz significativamente esse risco, aproximando-o do nível de não fumantes em até cinco anos, especialmente entre fumantes leves (Melo e Silva, Moura, Godoy, 2008). Os mecanismos pelos quais o tabagismo contribui para o desenvolvimento do AVC incluem aumento da agregação plaquetária, elevação dos níveis séricos de fibrinogênio e formação de carboxihemoglobina (Shah; Cole, 2010).

Nesse contexto, a cessação do tabagismo pode reduzir o risco de AVC em dois a cinco anos (Sacco, 1997). Além disso, o sedentarismo também se apresenta como fator de risco significativo, contribuindo para o surgimento de doenças cardiovasculares e aumentando as incapacidades (Simões *et al.*, 2017).

Um panorama do acidente vascular cerebral no Brasil e no mundo

Segundo Grochowski, Campos e Lima (2015), a incidência de AVC tem aumentado em decorrência do envelhecimento populacional e da crescente exposição a fatores de risco. As estratégias de promoção à saúde visam reduzir esses fatores, conscientizando sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis para um envelhecimento com qualidade de vida.

Araújo *et al.* (2018) destacam que o AVC é a segunda maior causa de morte no mundo e a primeira no Brasil. Glaguardi (2015) reforça que no país, além de ser a principal causa de mortalidade, também é responsável por incapacidades severas em adultos, o que torna sua prevenção uma prioridade para reduzir tanto a incidência quanto os custos associados às sequelas.

Um estudo dinamarquês com 40.102 pacientes revelou que a distribuição dos primeiros eventos de AVCI foi de 52,1% em homens e 47,9% em mulheres. Até os 70 a 80 anos, os fatores de risco predominam entre os homens, mas, após essa faixa etária, a prevalência se equilibra entre os sexos, excetuando-se a hipertensão arterial e a fibrilação atrial, mais comuns nas mulheres (Andersen, Andersen, Olsen, 2010).

O risco de mortalidade após o AVCI varia entre 8% e 20% nos primeiros 30 dias. Sobreviventes possuem risco três a cinco vezes maior de óbito em comparação com a população geral, especialmente quando coexistem doenças cardiovasculares e diabetes *mellitus* (Elkind, Mohr, 2011).

De forma geral, o AVC é mais prevalente em idosos, dado que estes frequentemente apresentam comorbidades como hipertensão, diabetes *mellitus* e doenças cardiovasculares, todos fatores de risco relevantes (Pereira, Nogueira, Silva, 2015).

O aumento da expectativa de vida global contribui para o crescimento dos casos de AVC. Em Portugal, por exemplo, as doenças cérebro e cardiovasculares continuam sendo a principal causa de morte. Dados de 2015 apontam que 29,8% dos óbitos foram por doenças do sistema

circulatório, sendo 10,8% especificamente por AVC (Ferreira *et al.*, 2017).

A prevalência do AVC isquêmico é significativamente superior à do AVC hemorrágico, com proporções de 76,9% e 23,6%, respectivamente (Ferreira *et al.*, 2017). Em Portugal, estima-se que seis pessoas por hora sofram AVC, resultando em dois a três óbitos no mesmo período (Sousa-Uva, Dias, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 62% dos casos de AVC são atribuíveis à HAS, que acomete cerca de 30% da população mundial. Dentre os fatores de risco modificáveis, a HAS é o mais significativo (Palomeras Soler, Casado Ruiz, 2010; Adams 2008).

Portanto, diante de todas essas informações, este estudo acerca do AVC na população indígena configura-se como uma oportunidade relevante para compreender o grau de vulnerabilidade a que esses povos estão expostos. Isso se deve, sobretudo, às transformações em seus hábitos e costumes, que, progressivamente, vêm se aproximando dos padrões da sociedade ocidental. Tal processo de mudança no estilo de vida contribui para o surgimento de novos fatores de risco, o que torna essencial identificar a posição que essas comunidades ocupam no enfrentamento e na prevenção do AVC.

Cenário histórico da saúde indígena no Brasil

Historicamente, os povos indígenas sofreram marginalização, exclusão e discriminação. Na América Latina, as evidências existentes também demonstram desigualdades de saúde pronunciadas entre povos indígenas e não indígenas em toda a região (Anderson, 2016).

Em 2007, a Organização das Nações Unidas (ONU) decretou a primeira Declaração sobre os Direitos dos Povos Indígenas, que reconhece a necessidade urgente de implementar iniciativas que promovam o respeito e a proteção dos direitos dos povos indígenas em todo o mundo. Também enfatiza o direito dos povos indígenas aos serviços de saúde, a importância de sua participação ativa na formulação e implementação de programas de saúde e seu direito de manter medicamentos e práticas de saúde tradicionais. A referida declaração também afirma que os governos nacionais devem implementar as medidas necessárias para promover a saúde dos povos indígenas (Pontes, Santos, 2020).

A constituição cidadã, promulgada em 1988, determinou que o Estado brasileiro deve reconhecer os direitos socioculturais e territoriais dos povos indígenas. Esses marcos também levaram à formulação de uma política específica de saúde indígena. Em 1999, a Lei Arouca criou um Subsistema de Saúde Indígena dentro do sistema nacional de saúde brasileiro – o Sistema Único de Saúde (SUS). Na América Latina, o Brasil foi um dos primeiros países a propor uma política nacional de saúde específica para os povos indígenas (Cunha, 2018).

O Subsistema de Saúde Indígena Brasileiro atende a população residente em territórios indígenas por meio de uma estrutura de 34 unidades locais de saúde, denominadas Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Cada distrito é responsável pela prestação de cuidados primários com equipes de saúde multidisciplinares. Essas equipes incluem agentes comunitários de saúde indígenas, médicos, enfermeiros, dentistas e técnicos em saúde bucal. Esse modelo de atenção à saúde está fundamentado na noção de assistência diferenciada à saúde, que preconiza que as iniciativas de saúde considerem as especificidades linguísticas, socioculturais e geográficas dos territórios indígenas (Santos, 2020). Além disso, as ações de saúde devem ser realizadas em diálogo com os povos indígenas para garantir que o conhecimento, as práticas e os especialistas indígenas sejam incorporados aos programas e políticas de saúde. Cada distrito possui uma estrutura participativa denominada Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI). Esse subsistema busca atender tanto a marginalização e as desigualdades em saúde que atingem os povos indígenas, quanto os desafios de desenvolver um modelo de atenção à saúde que considere a diversidade e as especificidades socioculturais (Mendes, 2018).

Mesmo com a criação e implantação da secretaria especial de saúde indígena (SESAI), os problemas e desafios enfrentados pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) no passado permanecem. Ressalta-se que a disponibilidade de recursos não foi obstáculo durante o período de funcionamento da FUNASA nem após a criação da SESAI. De fato, a análise dos financiamentos revela um crescimento significativo e substancialmente constante dos recursos disponíveis desde o primeiro ano da sua existência (Verdum, 2015).

No entanto, enquanto os dados mostram uma evolução significativa e consistente dos recursos aprovados e implementados, não se pode falar em melhorias proporcionais nos indicadores de saúde. Apesar da relativa escassez de dados demográficos e epidemiológicos sobre os povos indígenas do país em comparação com os dados disponíveis para o restante da população brasileira, é possível notar que a condição geral de saúde desta população permanece ruim (Basta, Orellana, Arantes, 2012).

A situação precária é confirmada pela Pesquisa Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, única pesquisa nacional de saúde realizada entre esses povos. O estudo documentou alta prevalência de anemia (afetando gestantes e crianças) e desnutrição, principalmente em crianças menores de cinco anos, em contraste com obesidade e sobrepeso em mulheres adultas (Albuquerque, 2020). Esse perfil destaca a crescente preocupação com as doenças crônicas não transmissíveis entre os povos indígenas (Garcia, Linartevichi 2021; Schlickmann, Bender, Linartevichi, 2021). O estudo também observou falta de saneamento e altas taxas de hospitalização em crianças, por diarreia e infecções respiratórias, indicando uma baixa resposta à intervenção da atenção primária em saúde (APS) (Brasil, 2010).

Alguns autores explicam a presença de estruturas de saúde precárias, recursos e

equipamentos escassos, além de alta rotatividade profissional e logística complexa em algumas regiões, sugerindo que esses fatores impactam negativamente na qualidade da prestação de serviços na área. Diante da alta rotatividade de profissionais e do não reconhecimento das idiossincrasias culturais que permeiam a assistência à saúde dessas populações, o atendimento por meio da APS se torna deficitário (Mendes, 2018).

Contudo, as dificuldades enfrentadas pela população vão além do acesso à saúde, chegando aos conflitos regionais e sociais, transpondo barreiras culturais e interferindo nas lutas pelos territórios ocupados. Além disso, quando se pensa em saúde indígena, deve-se levar em consideração aspectos sociais, culturais, étnicos, políticos e simbólicos, os quais influenciam na procura e na oferta de atendimento adequado (Oliveira, 2021). Ademais, foi encontrado que o horário de funcionamento das unidades de saúde, a distância e a dificuldade para transporte foram fatores que influenciaram negativamente no atendimento sequencial à alguns povos indígenas (Freitas *et al.*, 2021).

A análise dos dados revela que a implementação da Política Nacional de Saúde Indígena proporcionou melhorias significativas no acesso e na qualidade dos serviços de saúde para as comunidades indígenas. A criação dos DSEIs permitiu uma gestão mais descentralizada e adaptada às necessidades locais, aumentando a cobertura de serviços de saúde em áreas remotas (Horiba; Peiter, 2012). No entanto, desafios como a falta de recursos financeiros e a necessidade de formação contínua de profissionais de saúde ainda persistem.

Os sistemas de informação de saúde, embora ainda em desenvolvimento, têm potencial para melhorar significativamente o monitoramento e avaliação das ações de saúde indígena. A coleta de dados específicos sobre a saúde indígena permite uma análise mais precisa das necessidades e dos impactos das intervenções de saúde. Porém, é necessário fortalecer a infraestrutura e a capacitação técnica para garantir que esses sistemas sejam plenamente eficientes.

Os desafios persistentes incluem a necessidade de uma maior integração intersetorial para abordar os determinantes sociais da saúde, como educação, saneamento e segurança alimentar. A abordagem intersetorial é essencial para criar um ambiente propício à promoção da saúde e ao desenvolvimento sustentável das comunidades indígenas.

Ambulatório Indígena de Especialidades

A apresentação desse projeto foi realizada pro meio do Relatório das Ações do Ambulatório Indígena de 2024, o qual elucida os objetivos, as metas e os labores vivenciados nesse local, assim como projeções futuras desse trabalho.

A Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo administra o maior complexo

hospitalar do interior do Rio Grande do Sul: o Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), reconhecido como a principal referência regional no atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo de seus 106 anos de existência, completados em 2024, o hospital incorporou tecnologias avançadas, ampliando sua capacidade de oferecer diversos serviços de diagnóstico e tratamento para as principais enfermidades. Paralelamente, o HSVP também atua nas áreas de Ensino e Pesquisa, sendo reconhecido como hospital de ensino desde 2005. É campo de estágio para cursos de graduação e pós-graduação, especialmente para o internato médico e programas de residência.

Desde 2012, mantém parceria com o *campus* Passo Fundo da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), onde serve como cenário de práticas acadêmicas do curso de Medicina. Juntas, as instituições oferecem 24 programas de residência médica, além de desenvolverem projetos relevantes voltados à formação profissional e ao serviço em saúde. Dentre esses projetos, destaca-se a criação de ambulatorios especializados em diversas áreas, como ortopedia, dermatologia, cardiologia, diversas especialidades cirúrgicas, clínica médica, geriatria, pediatria, entre outras.

Durante a implantação desses ambulatorios no campus, o HSVP vislumbrou a possibilidade de estruturar um serviço voltado especificamente ao atendimento das comunidades indígenas, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 2.663, de 11 de outubro de 2017, que modifica a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. A proposta foi inspirada no modelo do Ambulatório de Saúde dos Povos Indígenas (ASPIN), vinculado ao Projeto Xingu do Hospital São Paulo (HSP), da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A partir disso, foi criado o Ambulatório Indígena Pe. Elli Benincá.

Desde a criação do Ambulatório Indígena, a UFFS, em colaboração com outras instituições parceiras, passou a desenvolver ações institucionais voltadas à extensão e à pesquisa. No âmbito da extensão, são realizadas, mensalmente, atividades educativas e de promoção da saúde nos territórios indígenas, seguindo um sistema de rodízio entre as aldeias. Essas ações contam com a participação de estudantes do curso de Medicina e de equipes multiprofissionais de saúde, fortalecendo os atendimentos clínicos e contribuindo para a formação de profissionais comprometidos com a saúde indígena. Tal iniciativa busca garantir uma assistência contínua, qualificada e alinhada às demandas específicas dessas comunidades.

No que se refere à pesquisa, está em andamento o projeto intitulado "Perfil Clínico-Epidemiológico de Indígenas Atendidos em um Ambulatório de Média e Alta Complexidade no Sul do Brasil". Tanto essa quanto outras iniciativas desenvolvidas têm como objetivo central a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

A criação do Ambulatório Indígena Pe. Elli Benincá não representou o início do atendimento em saúde às comunidades indígenas da Região Norte do Rio Grande do Sul, uma vez que essa assistência já era realizada pelo Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) desde sua fundação, com

níveis crescentes de frequência e qualidade. No entanto, a implementação de um ambulatório específico e exclusivo marcou um avanço significativo ao reunir diversas instituições – como o HSVP, a UFFS, o Ministério da Saúde, coordenadorias de saúde, prefeituras municipais, a SESAI, o DSEI e as próprias comunidades indígenas – e estabelecer métodos e mecanismos mais adequados para o atendimento de média e alta complexidade voltado a essa população.

Essa iniciativa contribuiu de forma decisiva para qualificar e ampliar: o acesso e a assistência prestada às populações indígenas; a comunicação interinstitucional e o diálogo entre as instituições e as comunidades; a diminuição do número de internações por meio de atendimentos ambulatoriais mais resolutivos; o fortalecimento dos vínculos entre o HSVP, a UFFS e as comunidades indígenas, por meio de visitas técnicas e ações em território; a formação acadêmica no *campus* Passo Fundo da UFFS, por meio de atividades de imersão, extensão, pesquisa e prática ambulatorial, enriquecendo o currículo do curso de Medicina e os projetos pedagógicos das residências médicas; o envolvimento ativo de docentes e estudantes nas relações com os povos indígenas.

Em retrospectiva, observa-se que o conjunto de ações descritas reflete o esforço coletivo de pessoas e instituições comprometidas com uma gestão compartilhada dos processos e com a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e das metas estabelecidas no Plano de Metas e Ações (PMA) para Aplicação dos Recursos do Incentivo para Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI).

2.1.7. Metodologia

2.1.7.1. Tipo de estudo

Esse é um estudo quantitativo, de caráter observacional, do tipo transversal, descritivo e analítico.

2.1.7.2. Local e período de realização

O estudo será realizado no Ambulatório de Saúde Indígena da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)/Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no Campus UFFS Passo Fundo (RS) entre agosto de 2025 e julho de 2026.

2.1.7.3. População e amostragem

Este estudo constitui um recorte de um projeto maior intitulado “Perfil clínico-epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no sul do Brasil”, no qual está prevista a inclusão de várias amostras. A amostra de interesse deste estudo será composta por indivíduos indígenas, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos atendidos no Ambulatório de Saúde Indígena da UFFS/HSVP. A amostragem será não-probabilística e serão incluídos, por conveniência, pacientes que estão sendo atendidos no ambulatório desde o mês de abril de 2025, estendendo-se até março de 2026. Estima-se um “n” amostral de 225 pacientes nesse período.

2.1.7.4. Variáveis e instrumentos de coleta de dados

Nos dias de atendimento definidos pela equipe do ambulatório, os acadêmicos da equipe do projeto de pesquisa maior, da qual o autor deste estudo faz parte, se deslocam até o local e verificam, com o responsável pelo setor, a relação de pacientes agendados para o turno. Posteriormente, abordam os pacientes para explicar a pesquisa e obter o consentimento livre e esclarecido (Anexo I). Aos que concordam em participar, são coletados dados respeitando os preceitos éticos e metodológicos da pesquisa, através do questionário elaborado pelos pesquisadores (Anexo II), de forma eletrônica.

Para este recorte, as variáveis coletadas serão classificadas em duas categorias:

- Variáveis sociodemográficas e comportamentais: sexo, idade, etnia, escolaridade, ocupação profissional, condições de moradia, situação conjugal, alimentação, tabagismo, etilismo, prática de atividade física;
- Variáveis clínicas: peso, altura, diagnóstico médico de doenças crônicas (diabetes, dislipidemia, hipertensão), condições de saúde mental (depressão, ansiedade), e histórico familiar de doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral e de padrão de sono pessoal;

A variável de desfecho - risco elevado para AVC - será computada, considerando a natureza

cumulativa dos fatores, isto é, quanto mais condições presentes, tanto maiores serão os riscos. Para isso, serão utilizadas as variáveis sexo (masculino), etilismo (sim), sedentarismo (sim), história familiar de AVC (sim), doença crônica (diabetes, dislipidemia ou hipertensão arterial sistêmica), idade (>45 anos) e tabagismo (sim). Serão considerados com alto risco para AVC aqueles que apresentarem dois dos fatores de risco maiores (história familiar da doença, doença crônica, idade >45 anos e tabagismo), em conjunto com pelo menos um dos fatores menores (sexo masculino, etilismo e sedentarismo) (Pires, Gagliardi, Gorzoni, 2004).

2.1.7.5. Processamento, controle de qualidade e análise dos dados

Para a coleta dos dados está sendo utilizado o Google Forms® como ferramenta. Posteriormente, os dados coletados serão extraídos por download da planilha eletrônica e convertidos em um banco que será trabalhado no PSPP (distribuição livre). A análise dos dados será realizada por meio de procedimentos estatísticos descritivos e analíticos. Para caracterização da amostra e descrição das prevalências dos fatores de risco para AVC, as variáveis serão apresentadas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Ainda, será gerada a variável de alto risco para AVC, conforme mencionado previamente, e será estimada sua prevalência, com intervalo de confiança de 95% (IC(%)). Por fim, para examinar a relação entre a variável dependente (alto risco de AVC) e as independentes será utilizado o teste do qui-quadrado, adotando um nível de confiança de 95% (IC95). Resultados com valor de p inferior a 0,05 serão considerados estatisticamente significativos.

2.1.7.6. Aspectos éticos

O estudo maior do qual este recorte faz parte está sendo realizado em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a coleta de dados foi iniciada com a autorização do HSVP e do Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior Sul e, com a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Sistema Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) – Protocolo de aprovação número 5.918.524 (Anexo III).

2.1.8. Recursos

RECURSOS Item	Quantidade	Custo Unitário (R\$)	Custo total (R\$)
Notebook	1 unidade	3.000,00	3.000,00
Caneta	5 unidades	13,00	65,00
Máscara	50	1,00	50,00
Valor total			3.115,00

Os recursos usados no desenvolvimento do projeto serão custeados pela equipe de pesquisa.

2.1.9. Cronograma

Atividades \ Período	2025					2026						
	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Revisão de literatura												
Coleta de dados												
Processamento e análise de dados												
Redação e divulgação dos resultados												

REFERÊNCIAS

ADAMS, RJ et al. Atualização das recomendações da AHA/ASA para a prevenção de AVC em pacientes com AVC e ataque isquêmico transitório. **AVC; um periódico de circulação cerebral**, v. 39, n. 5, p. 1647–1652, 2008.

ALBUQUERQUE, D. F. Relação entre o abastecimento de água e a ocorrência de doenças em indígenas no estado do Maranhão, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e404974028, 2020.

ANDERSEN, M. L. Fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico: uma revisão. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 56–64, 2009.

ANDERSEN, K. K.; ANDERSEN, Z. J.; OLSEN, T. S. Age- and gender-specific prevalence of cardiovascular risk factors in 40,102 patients with first-ever ischemic stroke: a nationwide Danish study. **Stroke**, v. 41, p. 2768–2774, 2010. DOI: 10.1161/STROKEAHA.110.594945.

ANDERSEN, KK; ANDERSEN, ZJ; OLSEN, TS Prevalência de fatores de risco cardiovascular específicos por idade e gênero em 40.102 pacientes com primeiro acidente vascular cerebral isquêmico: um estudo nacional dinamarquês. **AVC; um periódico de circulação cerebral**, v. 41, n. 12, p. 2768–2774, 2010.

ANDERSON, I. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. **Lancet**, v. 388, n. 10040, p. 131–157, 2016.

ARAÚJO, J. P., *et al.* Tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no município de Maringá, Paraná entre os anos de 2005 a 2015. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 1, p. 56–62, 2018.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (Eds.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

BEVAN, H.; SHARMA, K.; BRADLEY, W. Stroke in young adults. **Stroke**, v. 21, n. 3, p. 382–386, mar. 1990. doi: 10.1161/01.STR.21.3.382

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 69 p.

BRASIL, M. Inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas. **Relatório final: análise dos dados**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2010.

CUNHA, M. C. D.. ÍNDIOS NA CONSTITUIÇÃO. **Novos estudos CEBRAP**, v. 37, n. 3, p. 429–443, set. 2018.

ELKIND, M. S. V.; MOHR, E. J. P. Diagnóstico diferencial do acidente vascular cerebral. In: ROWLAND, L.; PEDLEY, T. (Org.). **Tratado de Neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 295–305.

FAYAD, P. Identifying and managing stroke risk factors. In: 53rd **Annual Meeting of the American Academy of Neurology**. 2001.

FERREIRA, R., *et al.* Programa Nacional para as Doenças Cérebro-CardioVasculares. **Lisboa: Direção Geral de Saúde**, 2017. p. 6–18.

FREITAS, LÚCIA ROLIM SANTANA DE; GARCIA, LEILA POSENATO. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 07-19, mar. 2012.

FREITAS, F. P. DE P. *et al.* Experiências de médicos brasileiros em seus primeiros meses na Atenção Primária à Saúde na Terra Indígena Yanomami. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200212, 2021.

GAGLIARDI RJ, *et al.* Comparação das frações HDL e LDL-colesterol como fatores de risco para a aterosclerose carotídea. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 53, p. 730–736, 1995.

GAUTIER, J. C., *et al.* Accidents vasculaires cérébraux des sujets jeunes: une étude de 133 patients âgés de 9 à 45 ans. **Revue Neurologique**, v. 145, n. 6-7, p. 437-42, 1989.

GARCIA, A. B.; LINARTEVICH, V. F. Adesão ao tratamento e patologias relacionadas em pacientes insulínodépendentes no município de Corbélia – Paraná. Research, **Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e04101421683, 2021.

GAGLIARDI, Rubens José. Prevenção primária da doença cerebrovascular. **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 88–94, 2015.

GROCHOVSKI, C.; CAMPOS, R.; LIMA, M. Ações de controle dos agravos à saúde em indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 269–276, 2015.

HERON, M., *et al.* Deaths: final data for 2006. **National Vital Statistics Reports**, v. 57, p. 1–135, 2009.

HORIBA, Nádia Midori de Souza; PEITER, Patrícia. Um olhar da enfermagem à saúde no distrito sanitário especial indígena do Alto Rio Negro. 2012. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)** — Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

LIMA, A. C. S., *et al.* Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 647–655, 2017.

LONGO, D. L. **Medicina interna de Harrison**. 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. v. 2, p. 3270–3298.

MARQUES; CÁSSIO TALIS DOS SANTOS; MAYARA BARROS AMARAL; SANNE DANIELLE SOARES DE PAULA. Escalas aplicadas em pacientes com suspeita e diagnóstico de acidente vascular encefálico. **Nursing Edição Brasileira**, [S. l.], v. 22, n. 251, p. 2921–2925, 2019. DOI: 10.36489/nursing.2019v22i251p2921-2925.

MCMANUS, M.; LIEBESKIND, D. S. Blood pressure in acute ischemic stroke. **Journal of Clinical Neurology**, v. 12, n. 2, p. 137–146, 2016. DOI: 10.3988/jcn.2016.12.2.137.

MELO E SILVA, L. L.; MOURA, C. E. M.; GODOY, J. R. P. Fatores de risco para o acidente vascular encefálico. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 3, n. 1, p. 145–160, 2008.

MENDES, A. M. The challenge of providing primary healthcare care to indigenous peoples in Brazil. El desafío de brindar atención primaria de salud a los pueblos indígenas en Brasil. **Revista panamericana de salud publica [Pan American journal of public health]**, v. 42, p. e184, 2018.

MENDES, A. M.; BASTOS, J. L.; BRESAN, D.; LEITE, M. S. Epidemiologic situation of tuberculosis in Rio Grande do Sul: an analysis about Sinan's data between 2003 and 2012 focusing on indigenous peoples. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 658–669, 2016. DOI: 10.1590/1980-5497201600030015

MESCHIA, J. F., *et al.* Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v. 45, n. 12, p. 3754–3832, 2014. DOI: 10.1161/STR.0000000000000046.

OLIVEIRA, R. C. Desafios dos profissionais de saúde no atendimento aos povos indígenas no Brasil: uma revisão. **Revista Ciência e Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 20–32, 2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/366245752>.

PALOMERAS SOLER, E.; CASADO RUIZ, V. Epidemiology and risk factors of cerebral ischemia and ischemic heart diseases: similarities and differences. **Current Cardiology Reviews**, v. 6, n. 3, p. 138–149, 2010. DOI: 10.2174/157340310791658785.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 893–908, 2015.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3B, p. 844–851, set. 2004. DOI: 10.1590/S0004-282X2004000500020.

PONTES, A. L.; SANTOS, R. V. Health reform and Indigenous health policy in Brazil: contexts, actors and discourses. **Health policy and planning**, v. 35, n. Supplement_1, p. i107–i114, 2020.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 58, n. 1, p. 99–106, mar. 2000.

SACCO, R. L. Risk factors. **Stroke**, v. 28, p. 1507–1517, 1997.

SANTOS, R. V. Indigenous children and adolescent mortality inequity in Brazil: What can we learn from the 2010 National Demographic Census? **SSM - population health**, v. 10, n. 100537, p. 100537, 2020.

SCHLICKMANN, L.; BENDER, S.; LINARTEVICH, V. F. Adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pacientes idosos atendidos no Centro Municipal de Saúde de Três Barras do Paraná-PR. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e36101421729, 2021.

SHAH, R. S.; COLE, J. W. Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. **Expert Review of Cardiovascular Therapy**, v. 8, n. 7, p. 917–932, 2010. DOI: 10.1586/erc.10.56.

SIMÕES, T. F. P., *et al.* Physical activity levels of a primary health care users: comparisons between healthy subjects and subjects with stroke. **Acta Fisiátrica**, v. 24, n. 2, p. 56–61, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diagnóstico e classificação do diabetes *mellitus* e tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2: **recomendações**. 2000.

SOUSA-UVA, M.; DIAS, C. M. Prevalência de acidente vascular cerebral na população portuguesa: **dados da amostra ECOS 2013**. [S.l.]: [s.n.], 2014.

TRICHES C, *et al.* Complicações macrovasculares do diabetes melito: peculiaridades clínicas, de diagnóstico e manejo. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 53, n. 6, p. 698–708, 2009.

VERDUM, R. Os direitos indígenas no portal da transparência. **Nota técnica nº 187**. Brasília: INESC, 2015.

WEINBERGER, J. et al. Fatores que contribuem para o acidente vascular cerebral em pacientes com doença aterosclerótica dos grandes vasos: o papel do diabetes. **Acidente vascular cerebral; um periódico de circulação cerebral**, v. 14, n. 5, p. 709–712, 1983.

WOLOSKER, N.; FAUSTINO, C. B. Abordagem do paciente com diabetes *mellitus* e doença ateromatosa em outros territórios: membros inferiores. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 187–192, 2018.

2.1.10. ANEXOS

ANEXO I

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFFS (CEP-UFFS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar do estudo “**Perfil clínico-epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no Sul do Brasil**”, realizado pelos professores Leandro Tuzzin (coordenador), Gustavo Olszanski Acrani, Ivana Loraine Lindemann e Daniela Teixeira Borges e alunos do curso de medicina, o qual tem como **objetivo** conhecer as principais características dos indígenas atendidos no Ambulatório de Saúde Indígena da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)/Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no Campus UFFS Passo Fundo (RS). Conhecer a população indígena atendida no ambulatório tem o papel de **contribuir com a qualificação dos atendimentos e das informações sobre saúde, tanto em nível regional como também, nacional.**

O convite se deve ao seu atendimento no referido ambulatório e a sua participação consistirá em **permitir que a equipe tenha acesso aos dados do seu prontuário** de consulta no ambulatório. Serão coletadas informações sobre sexo, idade, cor da pele, etnia, procedência, moradia, escolaridade, situação conjugal, ocupação, alimentação, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, prática de atividades físicas, uso de chá e emplastros, circunferência abdominal, peso, altura/comprimento, queixas, doenças anteriores, medicamentos em uso, resultados de exames, diagnósticos, conduta/prescrições realizadas. **Ainda, será solicitado que você responda a um questionário, contendo algumas perguntas sobre saúde e comportamento.** A aplicação do questionário terá duração aproximada de trinta (30) minutos.

A sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização no atendimento recebido no ambulatório. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Garantimos a **confidencialidade e a privacidade** das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa lhe identificar será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Visto que haverá acesso a informações do seu prontuário de consulta, existe o **risco de você ter seus dados de identificação revelados. Como forma de minimizar esse risco, a coleta se dará em computadores específicos do próprio ambulatório e o seu nome será substituído por um número.** No caso de o risco se confirmar você será informado e excluído do estudo e o hospital será informado imediatamente sobre o ocorrido. Ainda, considerando que será aplicado um questionário, existe o risco de constrangimento. De modo a minimizar o risco, lembramos da não obrigatoriedade da participação no estudo e da coleta de tais dados, assim como da possibilidade de interrupção a qualquer momento, sem prejuízo do seu atendimento no ambulatório. Caso concorde em participar, a aplicação do questionário será realizada em espaço reservado visando garantir a sua privacidade. No caso de o risco se concretizar, a aplicação do questionário será interrompida. Ainda, a médica responsável pelo ambulatório fará sua escuta qualificada e, em caso de necessidade, fará o seu encaminhamento para atendimento no ambulatório de psiquiatria da UFFS.

Os resultados da pesquisa podem contribuir com a qualificação dos atendimentos e dos indicadores de saúde referentes à população indígena, sendo, portanto, um benefício indireto, tanto em nível regional como também, nacional, considerando a escassez de pesquisas na área. Como benefício direto, se você tiver interesse, será enviado, além da devolutiva geral do estudo, o resultado individual da avaliação da saúde mental, possibilitando, assim, a busca por um atendimento especializado.

Além de enviar os resultados do estudo por e-mail, caso você tenha interesse, os mesmos também serão disponibilizados no site da UFFS, Campus Passo Fundo. Ainda, os resultados serão divulgados ao HSVP, ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior Sul e às Coordenadorias Regionais de Saúde em forma de relatórios.

Todos os dados e documentos serão armazenados por um período de cinco anos, após o encerramento do estudo, em armário seguro de sala privativa localizada na UFFS, campus Passo Fundo, Bloco A, numerada como 014. Posteriormente, ocorrerá a destruição por meio de máquina picotadora de papel. Os arquivos digitais serão armazenados por igual período, em computadores de uso pessoal e protegido por senha da equipe de pesquisa. Findo o tempo requerido para a guarda, serão excluídos permanentemente de todos os espaços de armazenamento dos equipamentos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma fornecida a você e outra permanecendo com o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pelo pesquisador responsável. Nos comprometemos a não gerar gastos a você, ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a algum plano de saúde, responsabilizando-nos por eventuais despesas relativas a cuidados decorrentes da participação no estudo e necessários após a assinatura deste termo.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser obtidas junto à equipe de pesquisa, Rua Capitão Araújo, no 20, Centro, Passo Fundo/RS, CEP 99010-200, pelo e-mail: leandro.tuzzin@uffs.edu.br e/ou telefone (54) 9919-2732.

Em caso de dúvida quanto a condução ética do estudo entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, Rodovia SC 484, Km 02, Chapecó/SC, CEP 89815-899, pelo telefone (49) 2049-3745 ou pelo e-mail cep.uffs@uffs.edu.br.

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): Tel (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879 E-Mail: conep@saude.gov.br.

Número de registro junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE): 64424122.4.0000.5564^[1]_{SEP}
Número do parecer de aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa: 5.918.524
Data do parecer de aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa: 06/março/2023

Desde já agradecemos sua participação!

Passo Fundo, data.

Assinatura Pesquisador Responsável
Prof. Leandro Tuzzin

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa, e concordo em fazer parte.

Nome Completo do Participante:

E-mail (*opcional*):

Assinatura do Participante

ANEXO II

UFFS-PESQUISA: Perfil clínico-epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no Sul do Brasil.	
Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Leandro Tuzzin. leandro.tuzzin@uffs.edu.br	
	NQUES ____
Nome do entrevistador: _____	
Data da consulta / entrevista: _____	
QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Qual seu nome completo?	-
Qual a data de seu nascimento?	
Qual é a sua idade? ____ ANOS COMPLETOS	IDA ____
Qual é o seu sexo? (0) Masculino (1) Feminino. Você está gestante? (0) Não (1) Sim. SE FOR, AGRADECER E ENCERRAR (se for acompanhante de paciente pediátrico, não incluir na pesquisa, agradecer e encerrar)	SEXO ____
Qual é a sua etnia? (especificar em "outro" caso não seja indígena – incluir cor de pele) (1) Kaingang (2) Guarani (3) Charrua (4) Outro. Qual? _____	ETNIA ____
Qual o seu estado civil? (1) Solteiro (2) Casado / união estável (3) Separado / divorciado (4) Viúvo	CIVIL ____
Qual a sua escolaridade? (1) Fundamental incompleto (2) Fundamental completo (3) Médio incompleto (4) Médio Completo (5) Superior incompleto (6) Superior Completo (7) Pós Graduação (8) Sem escolaridade	ESCO ____
Você exerce atividade remunerada? (0) Não (1) Sim	REMU ____
PULO PARA QUEM FALAR SIM NA ANTERIOR Qual é a sua profissão ou ocupação principal? _____	
Você já sofreu algum acidente no trabalho? (essa vai para todo mundo) (0) Não (1) Sim (2) Não se aplica	
No total, quantas pessoas, INCLUINDO VOCÊ, moram na sua casa? ____	MORA ____
INCLUINDO A SUA, qual é a renda mensal total das pessoas que moram na sua casa? CONSIDERE QUALQUER RENDA E ANOTE EM REAIS	RENDA ____ , ____
Você ou alguém da sua família, ou seja, pessoas que moram na sua casa, recebe regularmente algum benefício social? (auxílio financeiro) (0) Não (1) Sim (2) Não sei	BENE ____
Você ou alguém da sua família, ou seja, pessoas que moram na sua casa, recebe cesta básica? (0) Não, nunca (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes	CESTA ____
O local onde você mora é considerado: (0) Zona urbana (1) Zona rural (3) Não soube explicar	ZONA ____
Em que local você mora? (1) Aldeamento (terra declarada/delimitada/regularizada) (2) Acampamento (3) Reserva indígena (4) Desaldeado (5) Outro. Qual: _____	LOCAL ____
Quanto tempo faz que você mora neste local? (1) Há menos de 1 mês (2) Entre 1 e 5 meses (3) Entre 6 e 11 meses (4) Entre 1 e 4 anos (5) 5 anos ou mais	TEMPO ____

Jantar (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (0) Não Ceia (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (0) Não	JANTAR__ CEIA__
Você toma algum remédio todos os dias? (0) Não (1) Sim. Quantos medicamentos contínuos você usa por dia? _____	MUC__ QMUC__
Você faz uso de remédio para dormir? (0) Não (1) Sim	MSONO__
Você tem o costume de tomar remédio por conta própria, sem receita? (1) Sim (0) Não Nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio por conta própria, sem receita? (3) Não sabe/não lembra (2) Não (1) Sim Para que você tomou remédio? Febre (1) Sim (2) Não Gripe, resfriado, dor de garganta (1) Sim (2) Não Dor (1) Sim (2) Não Problemas digestivos (1) Sim (2) Não Cólicas menstruais (1) Sim (2) Não Outros problemas. Quais? _____	AUTOM __ AUTOM30__ FEBRE__ GRIPE__ DOR__ DIGE__ COLICA__ OUREM__
Você tem o costume de usar chás/plantas medicinais? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (0) Não (1) Sim SE SIM , qual(is) chás/plantas medicinais você tem o costume de usar? SE SIM , como você os consegue na maioria das vezes? Colho em algum lugar (0) Não (1) Sim Planto (0) Não (1) Sim Compro (0) Não (1) Sim Recebo como doação de vizinhos/amigos/familiares (0) Não (1) Sim Não quis responder (0) Não (1) Sim Outros meios. Quais? _____ Quem indicou o uso? Profissional de saúde (0) Não (1) Sim Vizinho/amigo (0) Não (1) Sim Familiar (0) Não (1) Sim Ninguém (0) Não (1) Sim Outro. Quem? _____ Você aprendeu sobre o usos de plantas medicinais por qual(is) meio(s)? Livros (0) Não (1) Sim Mídias sociais (0) Não (1) Sim Internet (0) Não (1) Sim Conhecimento familiar (0) Não (1) Sim Profissionais de saúde (0) Não (1) Sim Igreja/templo (0) Não (1) Sim Rádio/televisão (0) Não (1) Sim Outros. Quais? _____	CHA__ PCHA__ CCHA__ RCHA__ PROCHA__ LIVRO__ MIDIA__ INTER__ FAMI__ PROF__ IGRE__ RTV__
De modo geral, o quanto você desconfia das vacinas: (não seria melhor perguntar o quanto confia? Viés...) (0) Nem um pouco desconfiado (1) Não tenho certeza (2) Um pouco desconfiado (3) Muito desconfiado	VACI__
De 0 a 10 (sendo 0 nada e 10 muito), o quanto você confia nas vacinas? _____	
Na última campanha você fez a vacina para gripe (Influenza)? (0) Não (1) Sim (2) Não lembro	GRIPE__
PARA QUEM RESPONDEU NÃO NA ANTERIOR Porque você não fez a vacina para gripe (Influenza)? _____	
QUESTÕES SOBRE SAÚDE	
Você é o principal responsável pela família, ou seja pelas pessoas que moram na sua casa? (0) Não (1) Sim	RESPO__
Você saberia responder algumas perguntas relacionadas à alimentação da família? (0) Não (1) Sim	PALIM__

SE SIM, FAZER AS OITO PRÓXIMAS PERGUNTAS. SE NÃO, PULAR PARA PESO	
Nos últimos 3 meses, os moradores da sua casa tiveram a preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida? (0) Não (1) Sim	PREO__
Nos últimos 3 meses, os alimentos acabaram antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida? (0) Não (1) Sim	ACABA__
Nos últimos 3 meses, os moradores da sua casa ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (0) Não (1) Sim	SEM__
Nos últimos 3 meses, os moradores da sua casa comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou? (0) Não (1) Sim	TIPO__
Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim	DEXO__
Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim	MENOS__
Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim	FOME__
Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim	UMAR__
Qual é o seu peso habitual? (informar em Kg com valor inteiro, ex: 72) _____ Kg	PESO _____
Qual é a sua altura? _____ metros	ALTU _____
Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	SAUDE__
Como você considera a sua alimentação? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	ALIM__
Como você considera o seu sono? (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	SONO__
Nos últimos meses, você se sentiu: Estressado (0) Nunca (1) Às vezes (2) A maior parte do tempo (3) Sempre Ansioso (0) Nunca (1) Às vezes (2) A maior parte do tempo (3) Sempre Deprimido (0) Nunca (1) Às vezes (2) A maior parte do tempo (3) Sempre	
Alguma vez algum médico lhe disse que você estava com (se “não lembra”, registrar como “não”): Obesidade (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Diabetes (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Pressão alta (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Colesterol alto (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Triglicérido alto (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Infarto/problema de coração (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra AVC/derrame (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Artrite/reumatismo (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Doenças nos ossos ou músculos (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Depressão (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Ansiedade (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Problema de estômago (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Asma, bronquite crônica, enfisema ou outras doenças pulmonares (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra	OBE__ DM__ HAS__ COLE__ TRIGLI__ IAM__ AVC__ REUMA__ OSTE__ DEPRE__ ANSI__ GASTRI__ ASMA__
Alguém na sua família teve alguma dessas doenças? AVC/derrame (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra Infarto/problema de coração (0) Não (1) Sim (2) Não sabe/lembra	
Alguém na sua família tem ou já teve problemas de visão? (0) Não (1) Sim	
Alguém na sua família tem cegueira? (0) Não (1) Sim Você sabe a causa? _____	
Você já fez consulta com médico especialista dos olhos alguma vez? (0) Não (1) Sim	
SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU SIM NA ANTERIOR: Quando foi a última consulta? (1) Não sabe / não lembra (2) Há menos de 1 mês (3) Entre 1 e 5 meses (4) Entre 6 e 11 meses (5) Entre 1 e 4 anos	

(6) 5 anos ou mais Você usa óculos? (0) Não (1) Sim SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU SIM NA ANTERIOR: Você sabe para que usa óculos? (1) Não sabe / não lembra (2) Para enxergar melhor de longe (3) Para enxergar melhor de perto (4) Para enxergar melhor de perto e de longe Você lembra há quanto tempo usa óculos? (1) Há menos de 1 mês (2) Entre 1 e 5 meses (3) Entre 6 e 11 meses (4) Entre 1 e 4 anos (5) Entre 5 e 9 anos (6) 10 anos ou mais (7) Não sabe / não lembra Foi o médico dos olhos que receitou os óculos? () Não () Sim SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU NÃO NA PERGUNTA SOBRE USAR ÓCULOS: Você tem dificuldade para enxergar de longe ou de perto? (1) Não (2) Sim, de longe (3) Sim, de perto (4) Sim, de perto e de longe Você já teve alguma lesão no olho, por exemplo, batida, perfuração, queimadura ou com produto químico, etc.? (0) Não (1) Sim Você já fez algum tratamento para um problema de visão? (0) Não (1) Sim Você usa algum colírio para pingar no olho? (0) Não (1) Sim Você lembra para que é o colírio? _____ Você já fez alguma cirurgia nos olhos? (0) Não (1) Sim Você lembra o motivo da cirurgia? _____ Nas últimas semanas, você tem tido algum dos seguintes sinais ou sintomas nos olhos: Lacrimejamento () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Sensibilidade à luz/claridade () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Cocceira () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Sensação de areia nos olhos () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Ardência () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Dor () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Vermelhidão () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Outro. Qual? _____ Você usa muito computador, celular ou tablet no dia a dia? (0) Não (1) Sim Você sabe quantas horas por dia, mais ou menos? _____		
Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento aqui no serviço hoje? (se não souber, pedir ao participante o papel do encaminhamento, aí olhar e anotar) Acidente ou lesão (0) Não (1) Sim Doença (0) Não (1) Sim Continuação de tratamento / renovação de receita (0) Não (1) Sim Parto / puerpério (0) Não (1) Sim Não informado (0) Não (1) Sim Outro. Qual?		ACI__ DOEN__ TRATA__ PARTO__
QUESTÕES SOBRE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO		
Antes da consulta de hoje você já tinha vindo se consultar aqui neste ambulatório? (0) Não (1) Sim		CONSULTA__
SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU SIM NA ANTERIOR:		

Sobre essa consulta ANTERIOR: O médico lhe recebeu de forma que você se sentisse confortável? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico perguntou sobre o motivo da sua consulta? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico perguntou sobre os medicamentos que você estava tomando? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico discutiu as opções de tratamento com você? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico respondeu todas as suas dúvidas? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico verificou se você entendeu tudo que ele explicou? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico destinou um tempo adequado para o seu atendimento? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta Você se sentiu satisfeito com sua consulta médica? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta Na sua opinião, o médico que te atendeu, entende o que você está precisando? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta Você se sente à vontade nos atendimentos? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta		CONFO__ MOTIVO__ PMEDIC__ OTRATA__ DUVIDA__ EXPLI__ TEMPOA__ SATIS__ ENTEN__ VONTA__
SAÚDE DA MULHER		
		ALTUAF __, __, __
HOMEM – PULA PARA PESO E ALTURA / MULHER – VAI PARA AS PROXIMAS E DEPOIS PESO E ALTURA		
Você já fez algum exame preventivo do câncer de colo de útero/papanicolau? (0) Não (1) Sim Se sim.. Há quanto tempo atrás? (1) Menos de 3 anos (2) Entre 3 e 9 anos (3) 10 anos ou mais (4) Não sabe / não lembra Lembra do resultado deste exame? (0) Sem alterações (1) Não soube do resultado (2) Aguardo resultado (3) Teve alterações (4) Não sabe/não lembra Já fez mamografia? (0) Não (1) Sim Se sim.. Há quanto tempo atrás? (1) Menos de 3 anos (2) Entre 3 e 9 anos (3) 10 anos ou mais (4) Não sabe / não lembra Lembra do resultado? (0) Sem alterações (1) Não soube do resultado (2) Aguardo resultado (3) Teve alterações (4) Não sabe/não lembra Você faz ou já fez uso de algum método contraceptivo? (1) Comprimido/Pílula (1) Sim (0) Não (2) camisinha (1) Sim (0) Não (3) injeção (1) Sim (0) Não (4) DIU (1) Sim (0) Não Outro. Qual? _____ Você já engravidou? (0) Não (1) Sim Quantas vezes? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais vezes Qual a sua idade na primeira gestação? _____		
PESO E ALTURA - AFERIR		
Peso aferido: __ __ __, __ Kg		
Altura aferida: __, __ __ metros		

EXAMES SAÚDE OCULAR

(Informar que a pesquisa terminou e que você vai iniciar a pré consulta, para avaliar como está a saúde da visão, antes de encaminhar para a médica do serviço)

Acuidade visual (teste de Snellen com correção) (anotar o valor)

- Olho direito: _____
- Olho esquerdo: _____

Tonometria bidigital:

- Olho direito: () Normal () Alterado
- Olho esquerdo: () Normal () Alterado

Campimetria de confrontação

- Olho direito: () Normal () Alterado
- Olho esquerdo: () Normal () Alterado

Número do prontuário / atendimento (pegar com a secretária na recepção):

OBSERVAÇÕES dos entrevistadores:

ANEXO III

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE INDÍGENAS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SUL DO BRASIL

Pesquisador: Leandro Tuzzin

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 3

CAAE: 64424122.4.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.918.524

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram obtidas das Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2030244.pdf, de 29/11/2022) e do Projeto Detalhado.

RESUMO

Este projeto tem como objetivo delinear o perfil clínico-epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no Sul do Brasil. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, do tipo observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado no Ambulatório de Saúde Indígena da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)/Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no Campus da UFFS Passo Fundo (RS), entre 01 de julho de 2023 e 31 de dezembro de 2032. A população do estudo será composta de duas amostras: Amostra 1) todos os indivíduos, de ambos os sexos e de qualquer idade, atendidos no ambulatório no período de 06 de agosto de 2021 a 30 de setembro de 2022; Amostra 2) pacientes, de ambos os sexos e de qualquer idade, a serem atendidos no ambulatório no período de 01 de julho de 2023 a 31 de dezembro de 2032. A amostra total será de aproximadamente 4.400 participantes, sendo 800 da Amostra 1 e 3.600 da Amostra 2. A coleta de dados referente à Amostra 1 será restrita a variáveis clínicas e epidemiológicas constantes nos prontuários médicos, enquanto para a Amostra 2, além destes, serão coletados dados primários por meio de aplicação de questionário a pacientes de

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

algumas faixas etárias. Será realizada análise estatística descritiva (médias e desvio-padrão para variáveis contínuas e proporções para variáveis categóricas), calculada a prevalência dos desfechos com intervalo de confiança de 95% (IC95) e verificada sua distribuição de acordo com as variáveis independentes (Teste do Quiquadrado considerando-se 5% de erro tipo I). Espera-se conhecer as principais características sociodemográficas, comportamentais e de saúde da população atendida, com uma estimativa de elevada prevalência de dificuldade de acesso à saúde e boa qualidade de vida.

HIPÓTESE

A maioria dos participantes será da etnia Kaingang, do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos, escolaridade até o fundamental incompleto e residência em domicílios com mais de três moradores. Será encontrada elevada prevalência de doenças crônicas, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, sedentarismo e uso de chás e emplastros. Será observada elevada prevalência de dificuldade de acesso à saúde, relacionada principalmente à falta de médico específico para atendimento nas localidades. A maior parte da amostra apresentará boa qualidade de vida.

METODOLOGIA

GRUPOS B e C) o pesquisador abordará o paciente para explicar a pesquisa e obter o consentimento. Daqueles que consentirem, respeitados os preceitos éticos, serão coletados dados epidemiológicos (sexo, idade, cor da pele, etnia, procedência, moradia, escolaridade, situação conjugal, ocupação, alimentação, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, prática de atividades físicas, uso de chá e emplastros) e clínicos (circunferência abdominal, peso, altura/comprimento, queixas, doenças pré-existentes, medicamentos em uso, resultados de exames, diagnósticos, conduta/prescrições realizadas) do prontuário. A coleta será realizada pelos acadêmicos, nos computadores do ambulatório, acessando prontuários eletrônicos, com login e senha fornecidos pela instituição especificamente para a pesquisa. Além disso, será aplicado um questionário sobre qualidade de vida (Whoqol), avaliação da saúde mental (DASS-21) e avaliação do acesso à saúde. AINDA, SOMENTE PARA O GRUPO C) Será aplicado o instrumento MiniMental. Considerando que para todos os grupos amostrais serão coletados dados de prontuário, os pesquisadores comprometem-se com a utilização adequada dos dados, preservando assim, a privacidade dos dados e o anonimato dos participantes mediante Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Arquivo (TCUDA). O estudo será realizado em conformidade com a Resolução 466/2012 e a coleta de dados será iniciada somente após a autorização do HSVP e do Distrito Sanitário Especial

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

Indígena do Interior Sul e, da aprovação do protocolo de pesquisa pelo Sistema Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP).

AMOSTRA 1: Considerando que são pacientes previamente atendidos, os quais não mantêm vínculo com a instituição e ainda, que os dados para contato podem estar desatualizados e que muitos podem ter evoluído ao óbito, o que dificulta a obtenção do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), a equipe solicita dispensa do mesmo.

DEVOLUTIVAS:

AMOSTRA 1: Devido às características da amostra, não ocorrerá devolutiva aos participantes. Ainda, os resultados serão divulgados ao HSVP, ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior Sul e às Coordenadorias Regionais de Saúde em forma de relatórios;

AMOSTRA 2 – GRUPO A) Será solicitado endereço de e-mail aos pais/responsáveis legais pelos participantes para envio dos resultados gerais do estudo, os quais também serão disponibilizados no site da UFFS, Campus Passo Fundo, conforme informado no termo de consentimento. Ainda, os resultados serão divulgados ao HSVP, ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior Sul e às Coordenadorias Regionais de Saúde em forma de relatórios;

AMOSTRA 2 – GRUPOS B e C): Será solicitado endereço de e-mail aos participantes para envio dos resultados gerais do estudo, os quais também serão disponibilizados no site da UFFS, conforme informado no termo de consentimento. Ainda, os resultados serão divulgados ao HSVP, ao Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior Sul e às Coordenadorias Regionais de Saúde em forma de relatórios.

JUSTIFICATIVA: O mapeamento clínico e epidemiológico da população indígena atendida no ambulatório tem o papel de contribuir com a qualificação dos atendimentos e dos indicadores de saúde, tanto em nível regional como também, nacional, considerando a escassez de informações na área.

GUARDA DOS DADOS: Todos os dados e documentos serão armazenados por um período de cinco anos, após o encerramento do projeto, em armário seguro de sala privativa localizada na UFFS, campus Passo Fundo, Bloco A, numerada como 014. Posteriormente, ocorrerá a destruição por meio de máquina picotadora de papel. Os arquivos digitais serão armazenados por igual período, em computadores de uso pessoal e protegido por senha da equipe de pesquisa. Findo o tempo requerido para a guarda, serão excluídos permanentemente de todos os espaços de armazenamento dos equipamentos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

AMOSTRA 1: indivíduos, de ambos os sexos e de qualquer idade, que foram atendidos no ambulatório no período de 06 de agosto de 2021 (início dos atendimentos) a 30 de setembro de 2022.

AMOSTRA 2: pacientes a serem atendidos no ambulatório no período de 01 de julho de 2023 a 31 de dezembro de 2032, composta por:

GRUPO A) Indivíduos de ambos os sexos, com idade inferior a 18 anos;

GRUPO B) Indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 59 anos;

GRUPO C) Indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior 60 anos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Delinear o perfil clínico e epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no Sul do Brasil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever características sociodemográficas, comportamentais e de saúde, além de estudar os determinantes da saúde da população atendida.

Avaliar o acesso à saúde pelos indígenas e seus determinantes.

Avaliar a qualidade de vida e seus determinantes na população atendida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

AMOSTRA 1) Visto que haverá acesso a informações através de prontuário eletrônico, existe o risco de o participante ter seus dados de identificação revelados. Como forma de minimizar esse risco, a coleta se dará em espaço privativo da biblioteca do hospital e o nome de cada participante será substituído por um número específico. No caso de o risco se confirmar a atividade geradora do mesmo será interrompida, o participante será excluído do estudo e o hospital será informado imediatamente sobre o ocorrido; AMOSTRA 2 – GRUPO A) Visto que haverá acesso a informações através de prontuário eletrônico, existe o risco de o participante ter seus dados de identificação revelados. Como forma de minimizar esse risco, a coleta se dará em computadores específicos do próprio ambulatório e o nome de cada participante será substituído por um número. No caso de o risco se confirmar a atividade geradora do mesmo será interrompida, o participante/responsável será informado e excluído do estudo e o hospital será informado imediatamente sobre o ocorrido;

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

AMOSTRA 2 – GRUPOS B e C): Visto que haverá acesso a informações através de prontuário eletrônico, existe o risco de o participante ter seus dados de identificação revelados. Como forma de minimizar esse risco, a coleta se dará em computadores específicos do próprio ambulatório e o nome de cada participante será substituído por um número. No caso de o risco se confirmar a atividade geradora do mesmo será interrompida, o participante será informado e excluído do estudo e o hospital será informado imediatamente sobre o ocorrido. Ainda, considerando que será aplicado um questionário, existe o risco de constrangimento. De modo a minimizar o risco, os participantes serão lembrados da não obrigatoriedade da participação no estudo e da coleta de tais dados, assim como da possibilidade de interrupção a qualquer momento, sem prejuízo do seu atendimento no ambulatório. Caso consentirem, a aplicação do questionário será realizada em espaço reservado visando garantir a privacidade dos participantes. No caso de o risco se concretizar, a aplicação do questionário será interrompida. Ainda, a médica responsável pelo ambulatório fará a escuta qualificada do participante e, em caso de necessidade, fará o encaminhamento para atendimento no ambulatório de psiquiatria da UFFS.

BENEFÍCIOS

AMOSTRA 1) Considerando que a amostra utiliza de dados secundários, não estão previstos benefícios diretos aos participantes, porém os resultados da pesquisa podem contribuir com a qualificação dos atendimentos e dos indicadores de saúde referentes à população indígena, sendo, portanto, um benefício indireto, tanto em nível regional como também, nacional, considerando a escassez de pesquisas na área; AMOSTRA 2 – GRUPO A) Os resultados da pesquisa podem contribuir com a qualificação dos atendimentos e dos indicadores de saúde referentes à população indígena, sendo, portanto, um benefício indireto, tanto em nível regional como também, nacional, considerando a escassez de pesquisas na área; AMOSTRA 2 – GRUPOS B e C) Os resultados da pesquisa podem contribuir com a qualificação dos atendimentos e dos indicadores de saúde referentes à população indígena, sendo, portanto, um benefício indireto, tanto em nível regional como também, nacional, considerando a escassez de pesquisas na área. Como benefício direto, àqueles que tiverem interesse, será enviado, além da devolutiva geral do estudo, o resultado individual da avaliação da saúde mental, possibilitando, assim, a busca por um atendimento especializado.

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Resumo: Estudo nacional e unicêntrico cujo objetivo é “delinear o perfil clínico e epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no Sul do Brasil”. O estudo se define como quantitativo, observacional, transversal, descritivo e analítico, a ser realizado no Ambulatório de Saúde Indígena da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)/Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no Campus da UFFS Passo Fundo (RS), entre 01 de julho de 2023 e 31 de dezembro de 2032.

A pesquisa utilizará dois grupos de dados: Amostra1 - variáveis clínicas e epidemiológicas constantes nos prontuários médicos; Amostra 2 - dados primários por meio de aplicação de questionário a pacientes de algumas faixas etárias.

Número de participantes: 4.400.

Previsão de início da pesquisa de campo: 01/07/2023.

Previsão de encerramento da pesquisa de campo: 31/12/2032.

Orçamento: R\$ 6.191,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 5.868.932, emitido pela Conep em 01/02/2023:

1. Considerando que os dados do prontuário são de propriedade única e exclusiva do participante de pesquisa (item 3 da Carta Circular CNS nº 039 de 2011), que forneceu tais informações em uma relação de confidencialidade entre médico e paciente, para realização do seu tratamento e cuidados médicos, a dispensa do consentimento do paciente é possível, em termos éticos, quando a justificativa é adequada. No presente estudo, tendo em vista que se trata de prontuário eletrônico, cabe ao gestor institucional regular o acesso à pesquisa e disponibilizar as informações necessárias sem a identificação do participante. Nesse sentido, solicita-se providenciar com o gestor responsável essa condição de acesso aos dados e inserir documento comprobatório na Plataforma Brasil.

RESPOSTA: Visando atender à solicitação foi incluída na Plataforma Brasil uma declaração dos gestores da UFFS e do HSVP.

Há algum documento anexado para a pendência (X) sim, nome:

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conept@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

“declaracao_regulacao_acesso_dados” () não

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Quanto ao Registro de Consentimento Livre e Esclarecido para os adultos e idosos, arquivo "APENDICE_D_TCLE_ADULTOS_IDOSOS.pdf", submetido na Plataforma Brasil em 06/10/2022, solicita-se que seja expresso de forma clara e objetiva no TCLE que o pesquisador e o patrocinador não irão onerar os planos de saúde, o SUS, ou o próprio participante da pesquisa, responsabilizando-se por todos os gastos relativos aos cuidados de rotina (exames e procedimentos) necessários após assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido.(Resolução CNS nº 466/2012, item III.2.o).

RESPOSTA: Visando atender à solicitação foi incluído no referido termo o seguinte trecho “Nos comprometemos a não gerar gastos a você, ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou a algum plano de saúde, responsabilizando-nos por eventuais despesas relativas a cuidados decorrentes da participação no estudo e necessários após a assinatura deste termo.”

Há algum documento anexado para a pendência (X) sim, nome: “projeto_v3_conep_GRIFADO” e “APENDICE_D_TCLE_ADULTOS_IDOSOS_v3_conep_GRIFADO” () não

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2030244.pdf	14/02/2023 10:20:49		Aceito
Outros	declaracao_regulacao_acesso_dados.pdf	14/02/2023 10:20:06	Leandro Tuzzin	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

Outros	carta_respostas_conep.pdf	14/02/2023 10:19:07	Leandro Tuzzin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_v3_conep_FINAL.docx	08/02/2023 11:59:26	Leandro Tuzzin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_v3_conep_GRIFADO.docx	08/02/2023 11:59:10	Leandro Tuzzin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D_TCLE_ADULTOS_IDOS OS_v3_conep_FINAL.docx	08/02/2023 11:58:55	Leandro Tuzzin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D_TCLE_ADULTOS_IDOS OS_v3_conep_GRIFADO.docx	08/02/2023 11:58:35	Leandro Tuzzin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D_TCLE_ADULTOS_IDOS OS_v2.pdf	29/11/2022 15:40:31	Leandro Tuzzin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TALE_v2.pdf	29/11/2022 15:40:13	Leandro Tuzzin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_TCLE_PAIS_RESPONS AVEIS_v2.pdf	29/11/2022 15:39:53	Leandro Tuzzin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_v2.pdf	29/11/2022 15:39:29	Leandro Tuzzin	Aceito
Outros	carta_pendencias.pdf	29/11/2022 15:39:06	Leandro Tuzzin	Aceito
Outros	termo_ciencia_DSEI.pdf	19/10/2022 14:32:49	Leandro Tuzzin	Aceito
Outros	termo_ciencia_HSVP.pdf	19/10/2022 14:32:27	Leandro Tuzzin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice_H_dispensa_TCLE.pdf	19/10/2022 14:32:00	Leandro Tuzzin	Aceito
Folha de Rosto	folha_rostoassinada.pdf	19/10/2022 14:31:32	Leandro Tuzzin	Aceito
Outros	apendice_G_TCUDA.pdf	19/10/2022 14:31:10	Leandro Tuzzin	Aceito
Outros	APENDICE_F_DADOS_PRIMARIOS_S OMENTE_IDOSOS.pdf	06/10/2022 15:11:44	Leandro Tuzzin	Aceito

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

Continuação do Parecer: 5.918.524

Outros	APENDICE_E_DADOS_PRIMARIOS_ADULTOS_IDOSOS.pdf	06/10/2022 15:11:07	Leandro Tuzzin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D_TCLE_ADULTOS_IDOSOS.pdf	06/10/2022 15:10:46	Leandro Tuzzin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TALE.pdf	06/10/2022 15:10:32	Leandro Tuzzin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B_TCLE_PAIS_RESPONSIVEIS.pdf	06/10/2022 15:10:20	Leandro Tuzzin	Aceito
Outros	APENDICE_A_INSTRUMENTO_PRONTOUSUARIOS.pdf	06/10/2022 15:09:56	Leandro Tuzzin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	06/10/2022 15:09:21	Leandro Tuzzin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 06 de Março de 2023

Assinado por:
Laís Alves de Souza Bonilha
(Coordenador(a))

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

3. Relatório de Pesquisa

Para dar início a esse relatório, apresentei o meu projeto de conclusão de curso, o qual foi intitulado como Fatores de Risco para Acidente Vascular Cerebral em Indígenas Atendidos em Ambulatório de Especialidades, tendo como objetivo principal estimar a prevalência dos fatores de risco para AVC na população indígena. Para que esse trabalho se tornasse realidade, fizemos a coleta de dados a partir de prontuários e da aplicação de questionários, os quais foram sintetizados para o projeto maior, do qual o meu projeto fez parte. Utilizei os dados primários das coletas, oriundos desses questionários que foram aplicados, incluindo variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas. A coleta de dados primários iniciou no mês de abril de 2025 e para a confecção deste trabalho foram incluídos os pacientes entrevistados até o mês de julho do mesmo ano (n=101 pacientes)

Uma vez encerrada a composição da amostra, o banco de dados foi organizado para a realização das análises estatísticas. Essa análise dos dados foi realizada por meio de procedimentos estatísticos descritivos e analíticos. Para caracterização da amostra e descrição das prevalências dos fatores de risco para AVC, as variáveis foram apresentadas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Ainda, foi gerada a variável de alto risco para AVC, conforme mencionado previamente, e foi estimada sua prevalência, com intervalo de confiança de 95% (IC%). Por fim, para examinar a relação entre a variável dependente (alto risco de AVC) e as independentes, foi utilizado o teste do qui-quadrado, adotando um nível de confiança de 95% (IC95). Resultados com valor de p inferior a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. Posteriormente, os resultados colhidos foram compilados em forma de Artigo Científico, de acordo com as normas da Revista Brasileira de Neurologia, (<https://revistas.ufrj.br/index.php/rbn>).

Dando sequência à exposição, compartilhei que decidi trabalhar sobre o tema proposto no início do primeiro semestre de 2025, após conversar com alguns colegas sobre o projeto de pesquisa realizado no Ambulatório Indígena, do qual gostei desde o princípio, justamente por ser um estudo interessante e inovador que abrangeu contextos regionais e nacionais importantes do ponto de vista informacional e epidemiológico. Eu sempre gostei da área da neurologia e neurocirurgia, e expus isso à professora Ivana, detalhando alguns aspectos que poderíamos abordar. A partir dessa conversa, decidimos trabalhar variáveis que trouxeram à tona os riscos para acidente vascular cerebral (AVC) nos indígenas atendidos no ambulatório de especialidades. Com a ajuda da professora Ivana, o professor Gustavo aceitou ser meu orientador, fato que me deixou mais tranquilo e feliz, por ser ainda muito novo na faculdade, pois naquele semestre ingressei por transferência externa de outra universidade em Santa

Catarina. Felizmente, a professora Ivana aceitou me coorientar, e posteriormente convidamos a médica professora Daniela Borges para participar como coorientadora, justamente por ser a nossa chefe no serviço de atendimento aos indígenas e por acompanhar de perto nosso progresso, sobretudo na área operacional.

Após todas as conversas alinhadas, fui em busca de pesquisar sobre os assuntos, tanto os relacionados à doença em si quanto os relacionados com a situação dos indígenas no país, sobre seus direitos e sobre os órgãos responsáveis pela assistência dessa população. Sem muito espanto, percebi que não se encontraram muitos lugares que atendam à demanda de saúde dessas pessoas, motivo que me deixou ainda mais interessado em realizar o trabalho, visto que a chance de desenvolvermos um estudo relevante para o mundo da ciência se tornou mais alta, justamente pela escassez de publicações sobre esse tema. De toda forma, a pobreza de informações sobre a saúde dessas populações abriu muitos caminhos para estudarmos suas características e como elas se inseriram na sociedade moderna, do que se alimentaram, quais foram seus hábitos de outrora e os adquiridos com a globalização, permitindo quantificar e qualificar o quanto isso alterou sua maneira de viver, refletindo sobre os riscos para o desenvolvimento de doenças como o AVC.

Da mesma forma, outras doenças também foram estudadas, utilizando inúmeras variáveis importantes de análise, por isso acreditei que esse projeto seria um solo fértil para muitas descobertas, as quais seriam importantes para a formulação de políticas públicas que abrangessem a sociedade indígena e também a não indígena, visando o bem-estar social entre as populações. Uma das partes mais interessantes e imersivas para mim, ao participar desse projeto, foi que, ao chegar na UFFS, acabei ficando sem turma para a imersão nas Unidades Básicas de Saúde, sendo remanejado para o ambulatório indígena, onde vivi o dia a dia de atendimentos, analisando na íntegra a situação da saúde dessa população, orientado pela professora Daniela. Fiz atendimentos quinzenais no ambulatório, estando próximo dos pacientes, assim como fui voluntário do projeto, participando ativamente da pesquisa que trouxe os dados necessários para que pudéssemos estudá-los e, assim, formular nossos resultados epidemiológicos.

Na questão do comitê de ética, a aprovação já estava garantida por conta de minha pesquisa fazer parte de um projeto maior, não sendo necessário tomar nenhuma providência adicional nesse aspecto. Foi importante registrar que sempre que necessitei de ajuda dos meus orientadores e coorientadores, eles estiveram dispostos a me auxiliar. Angariamos informações importantes sobre o nosso tema e ficamos animados com os desfechos ao chegarmos ao final dessa etapa de resultados. Meus orientadores, após obtermos os resultados desse estudo, me orientaram sobre a revista em que poderíamos publicar esse trabalho e acreditei que poderíamos

angariar muitos frutos com isso, trazendo pioneirismo para a nossa instituição e a notabilidade merecida pelo excelente trabalho que esses professores realizaram e nos ajudaram a concluir.

4. Artigo

FATORES DE RISCO PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM INDÍGENAS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Matheus Salles Capelli; Daniela Teixeira Borges; Ivana Loraine Lindemann; Gustavo Olszanski Acrani

Resumo: Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) constitui importante causa de morbimortalidade e está relacionado à presença de fatores de risco clínicos, comportamentais e sociais. Entre populações indígenas, mudanças nos modos de vida e desigualdades no acesso aos serviços de saúde podem influenciar a exposição ao risco cardiovascular, tornando necessária a produção de evidências específicas sobre essa população. **Objetivo:** Estimar a prevalência dos fatores de risco para AVC em indígenas atendidos em ambulatório de especialidades. **Metodologia:** Estudo transversal desenvolvido com indígenas atendidos em ambulatório de especialidades no município de Passo Fundo, RS, entre abril e julho de 2025. Foram avaliadas, através da aplicação de um questionário por meio de entrevista, variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, além da classificação de risco para AVC. Foram considerados com risco elevado para AVC aqueles que apresentaram dois dos fatores de risco maiores (história familiar da doença, diagnóstico médico prévio de hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, idade >45 anos e tabagismo), em conjunto com pelo menos um dos fatores menores (sexo masculino, etilismo e inatividade física). A análise incluiu estatística descritiva e teste de qui-quadrado de Pearson, considerando nível de significância de 95%. **Resultados:** Na amostra de 101 indígenas, predominou indivíduos com cônjuge (69,3%) e da etnia Kaingang (92%). Além disso, 70,3% possuíam escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental, enquanto 43,6% exerciam trabalho remunerado. Observou-se ainda renda familiar entre dois e três salários mínimos em 60,2% dos participantes, recebimento de benefício social em 56,6% e residência em área rural em 88,9%. Quanto às condições de saúde, 47,5% referiram prática de automedicação, 26% obesidade, 6,1% infarto agudo do miocárdio, 14,3% depressão e 38% ansiedade. Ademais, 26,6% relataram histórico familiar de infarto agudo do miocárdio. A prevalência de alto risco para AVC foi de 40,6%, sendo mais frequente em usuários de medicamentos contínuos (56,9%, $p=0,001$), bem como com em indivíduos obesos (65,4% $p=0,003$). **Conclusão:** A população indígena estudada

apresentou elevada prevalência de fatores de risco para AVC e proporção expressiva de indivíduos classificados com alto risco para o agravo. Os resultados reforçam a necessidade de estratégias preventivas precoces, orientadas pelo fortalecimento da atenção primária e por abordagens culturalmente sensíveis no contexto da saúde indígena.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Saúde Indígena; Fatores de Risco; Epidemiologia; Prevenção Primária.

Introdução

A saúde da população indígena no Brasil é marcada por profundas desigualdades históricas, decorrentes de processos de exclusão social, perda de territórios tradicionais e limitações persistentes no acesso aos serviços públicos de saúde. Apesar da implementação de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), ainda se observam fragilidades significativas na organização e na efetividade do cuidado ofertado a esses povos. Fatores como a distância geográfica das aldeias em relação aos centros urbanos, a precariedade da infraestrutura, a escassez de profissionais capacitados e a baixa cobertura de ações preventivas contribuem para um cenário de maior vulnerabilidade em saúde (Mendes et al., 2016).

Paralelamente a essas barreiras estruturais, transformações nos modos de vida tradicionais, influenciadas pela urbanização, pelo contato com a sociedade não indígena e pela transição alimentar, têm favorecido o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e dislipidemias. Essas condições constituem importantes fatores de risco cardiovasculares e têm contribuído para o crescimento da ocorrência do acidente vascular cerebral (AVC), uma condição neurológica de elevada gravidade, associada a importantes limitações funcionais e alta mortalidade, ainda pouco investigada no contexto da população indígena.

O AVC pode ser classificado em dois tipos principais: isquêmico, decorrente da oclusão de um vaso sanguíneo cerebral, e hemorrágico, resultante da ruptura vascular, com extravasamento de sangue para o parênquima cerebral ou para o espaço subaracnoide (Brasil, 2013). O tipo isquêmico é o mais prevalente e caracteriza-se pela interrupção súbita do suprimento de oxigênio e glicose ao tecido cerebral, podendo evoluir para infarto quando a isquemia persiste. Em situações nas quais a perfusão é restabelecida antes da instalação de lesão neuronal permanente, o evento é classificado como ataque isquêmico transitório (AIT) (Longo, 2013).

Diversos fatores de risco estão associados à ocorrência do AVC, destacando-se a

hipertensão arterial sistêmica como o principal fator modificável, responsável por parcela expressiva dos eventos cerebrovasculares. Outros determinantes relevantes incluem cardiopatias, diabetes *mellitus*, dislipidemias, tabagismo, sedentarismo, etilismo, além de fatores sociodemográficos como idade avançada e sexo masculino, cuja interação potencializa o risco ao longo do tempo (Palomeras Soler; Casado Ruiz, 2010; Radanovic, 2000; Melo e Silva; Moura; Godoy, 2008; Lima et al., 2017; Simões et al., 2017).

No Brasil, o AVC ocupa posição de destaque entre as principais causas de mortalidade, sendo a principal causa de óbito no país e a segunda no mundo (Araújo, 2018). O aumento de sua incidência está relacionado tanto ao envelhecimento populacional, quanto à exposição prolongada a fatores de risco modificáveis, reforçando a necessidade de ações de promoção da saúde, prevenção e monitoramento dos determinantes cardiovasculares, especialmente em populações historicamente vulnerabilizadas, como os povos indígenas.

Nesse contexto, torna-se fundamental estimar a prevalência dos fatores de risco para AVC na população indígena, bem como compreender sua distribuição segundo características sociodemográficas, comportamentais e de saúde. Assim, este estudo tem como objetivo estimar a prevalência dos fatores de risco para AVC em indígenas atendidos em um ambulatório de especialidades no sul do Brasil, descrever seu perfil sociodemográfico, comportamental e clínico, avaliar a prevalência de alto risco para AVC e analisar a relação entre essas características e o risco elevado para o evento, contribuindo para o planejamento de estratégias preventivas e de cuidado mais efetivas e culturalmente adequadas.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal realizado no Ambulatório de Saúde Indígena da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)/Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no Campus UFFS Passo Fundo (RS). Este estudo foi um recorte de um projeto maior intitulado “Perfil clínico-epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no sul do Brasil”, realizado em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a coleta de dados foi iniciada com a autorização do HSVP e do Distrito Sanitário Especial Indígena do Interior Sul e, com a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Sistema Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) – Protocolo de aprovação número 5.918.524.

A presente investigação utilizou dados provenientes de um estudo transversal desenvolvido no Ambulatório de Saúde Indígena, serviço mantido pela Universidade Federal da Fronteira Sul em colaboração com o Hospital São Vicente de Paulo, localizado no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Situada na região do Planalto Médio gaúcho, Passo Fundo

é considerada a principal cidade do norte do estado, com população estimada em 214.811 habitantes (estimativa de 2025 do IBGE). Localizada a cerca de 289 km de Porto Alegre, sua economia está fortemente relacionada à educação, saúde e comércio. O município destaca-se como importante polo regional nas áreas da saúde e do ensino superior, sendo reconhecido como o terceiro maior centro médico da região Sul do Brasil.

O ambulatório em questão configura-se como o segundo maior serviço do país em atendimentos de média e alta complexidade destinados à população indígena. O acesso ao serviço ocorre por meio de encaminhamentos realizados via Sistema de Gerenciamento de Consultas, com suporte das Secretarias Municipais de Saúde vinculadas à 6^a, 11^a e 15^a Coordenadorias Regionais de Saúde, abrangendo um total de 121 municípios. Vale destacar que a Secretaria de Saúde Indígena, SESAI, é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no Sistema Único de Saúde (SUS). A Secretaria de Saúde Indígena conta com mais de 22 mil profissionais de saúde, sendo que destes, 52% são indígenas, e promove a atenção primária à saúde e ações de saneamento, de maneira participativa e diferenciada, respeitando as especificidades epidemiológicas e socioculturais destes povos.

A população do presente recorte foi composta por indivíduos indígenas, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos atendidos no referido ambulatório. A amostra foi não-probabilística e incluiu, por conveniência, pacientes que foram atendidos no ambulatório no período entre 08 de abril a 18 de julho de 2025. A abordagem aos pacientes foi feita de maneira individual, no espaço de espera ou na sala de atendimento, onde era feito o convite para fazer parte da pesquisa e colhida a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, era aplicado um questionário elaborado pela equipe de pesquisa.

Coletaram-se variáveis sociodemográficas, de saúde e comportamentais. Para caracterização da amostra neste recorte, as variáveis sociodemográficas incluíram situação conjugal (com ou sem cônjuge), etnia (Kaingang ou outras), escolaridade ($\leq$ ensino fundamental e $\geq$ ensino médio), atividade remunerada (sim ou não), renda ($\leq$ 1, 2-3 e $>$ 3 salários mínimos), recebimento de Benefício Social e local de moradia (rural ou urbano). Quanto à saúde, foi avaliado uso de medicamento contínuos (sim ou não), diagnóstico médico autorreferido de obesidade, infarto agudo do miocárdio, depressão e ansiedade (sim ou não) e história familiar de infarto agudo do miocárdio. Por fim, sobre comportamento foi analisado o hábito de automedicação (sim ou não).

Posteriormente, foram descritas as variáveis usadas para a composição do desfecho: idade ($\leq$ 45 e $>$ 45 anos), sexo (masculino ou feminino), histórico familiar de AVC e diagnóstico

médico autorreferido de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia (sim ou não). Além disso, tabagismo e consumo de bebida alcoólica (não, atual e prévio) e prática de atividade física (sim ou não).

Foram considerados com risco elevado para AVC aqueles que apresentaram dois dos fatores de risco maiores (história familiar da doença, doenças crônicas como diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hipertensão; idade > 45 anos e tabagismo), em conjunto com pelo menos um dos fatores menores (sexo masculino, etilismo e sedentarismo) (Pires, Gagliardi, Gorzoni, 2004).

A coleta dos dados foi realizada com a ajuda da ferramenta Google Forms®. Posteriormente, os dados coletados foram extraídos por download da planilha eletrônica e convertidos em um banco trabalhado no PSPP (distribuição livre).

A análise dos dados foi realizada por meio de procedimentos estatísticos descritivos e analíticos. Para caracterização da amostra e descrição das prevalências dos fatores de risco para AVC, as variáveis foram apresentadas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). Para o desfecho de risco elevado para AVC foi estimada a prevalência com intervalo de confiança de 95% (IC95). Por fim, foi examinada a relação entre ele e as variáveis independentes (medicamento de uso contínuo, diagnóstico médico autorreferido de ansiedade, depressão e obesidade), utilizando o teste do qui-quadrado, em que se adotou um nível de confiança de 95%. Resultados com valor de p inferior a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

A amostra foi composta por 101 indígenas, com predominância de indivíduos com cônjuge (69,3%) e de etnia Kaingang (92,0%). Ainda, 70,3% possuíam escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental, 43,6% relataram exercer algum trabalho remunerado e possuir renda familiar entre dois e três salários mínimos (60,2%). Mais da metade dos participantes referiu receber algum benefício social (56,6%) e a maior parte residia em área rural (88,9%). Quanto à saúde, 50,5% relataram fazer uso de medicação contínua e 47,5% referiram prática de automedicação. Em relação aos diagnósticos de doenças, 26,0% citaram obesidade, 6,1% infarto agudo do miocárdio, 14,3% depressão e 38% ansiedade. Ademais, 26,6% relataram histórico familiar de infarto agudo do miocárdio – Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização de uma amostra de indígenas atendidos em Ambulatório de Especialidades. Passo Fundo, RS, 2025 (n=101).

Variáveis	n	%
Situação conjugal		
Com cônjuge	70	69,3
Sem cônjuge	31	30,7
Etnia (n=100)		
Kaingang	92	92,0
Outras	8	8,0
Escolaridade		
≤ ensino fundamental	71	70,3
≥ ensino médio	30	29,7
Atividade remunerada		
Sim	44	43,6
Não	57	56,4
Renda em salários mínimos (n=92)		
≤ 1	32	34,8
2-3	55	60,2
> 3	5	5,0
Recebimento de Benefício Social (n=99)		
Sim	56	56,6
Não	43	43,4
Local de moradia (n=99)		
Rural	88	88,9
Urbano	11	11,1
Medicamentos de uso contínuo		
Sim	51	50,5
Não	50	49,5
Diagnóstico médico autorreferido de obesidade (n=100)		
Sim	26	26,0
Não	74	74,0
Diagnóstico médico autorreferido de infarto agudo do miocárdio (n=98)		
Sim	6	6,1
Não	92	93,9
Diagnóstico médico autorreferido de depressão (n=98)		
Sim	14	14,3
Não	84	85,7
Diagnóstico médico autorreferido de ansiedade (n=100)		
Sim	38	38,0
Não	62	62,0
Histórico familiar de infarto agudo do miocárdio (n=94)		
Sim	25	24,8
Não	76	75,2
Automedicação		
Sim	48	47,5
Não	53	52,5

Sobre os fatores de risco maiores para acidente vascular cerebral (AVC), observaram-se 32,7% acima dos 45 anos, 29,9% com histórico familiar de AVC, 41% com hipertensão arterial sistêmica, 17% com diabetes *mellitus*, 15,3% com hipercolesterolemia, 7,4% com

hipertrigliceridemia e quanto ao tabagismo, 22,8% relataram uso atual e 11,9% uso prévio. No que se refere aos fatores de risco menores, verificou-se 26,7% de participantes do sexo masculino, 29,7% com consumo atual de bebida alcoólica e 13,9% com consumo prévio. Quanto à prática de atividade física, 56,4% informaram não realizar – Tabela 2.

Tabela 2. Caracterização da amostra de indígenas atendidos em Ambulatório de Especialidades segundo os fatores de risco maiores e menores para acidente vascular cerebral (AVC). Passo Fundo, RS, 2025 (n=101).

Variáveis	n	%
Idade (anos completos)		
≤ 45	68	67,3
> 45	33	32,7
Histórico familiar de acidente vascular cerebral (n=97)		
Sim	29	29,9
Não	68	70,1
Diagnóstico médico autorreferido de hipertensão arterial sistêmica (n=100)		
Sim	41	41,0
Não	59	59,0
Diagnóstico médico autorreferido de diabetes <i>mellitus</i> (n=100)		
Sim	17	17,0
Não	83	82,0
Diagnóstico médico autorreferido de hipercolesterolemia (n=98)		
Sim	15	15,3
Não	83	84,7
Diagnóstico médico autorreferido de hipertrigliceridemia (n=95)		
Sim	7	7,4
Não	88	92,6
Tabagismo		
Não	66	65,3
Atual	23	22,8
Prévio	12	11,9
Sexo		
Masculino	27	26,7
Feminino	74	73,3
Consumo de bebida alcoólica		
Não	57	56,4
Atual	30	29,7
Prévio	14	13,9
Prática de atividade física		
Sim	44	43,6
Não	57	56,4

A prevalência de alto risco para AVC na amostra foi de 40,6% (IC95 31-50). Observou-se relação estatisticamente significativa entre risco elevado de AVC e medicamentos de uso contínuo ($p=0,001$), sendo que 56,9% dos indivíduos que utilizavam medicamentos contínuos apresentaram risco elevado de AVC. Além disso, o diagnóstico médico de obesidade mostrou relação significativa com risco elevado de AVC ($p=0,003$), com uma frequência de 65,4% de

indivíduos obesos com risco elevado de AVC – Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição do risco de acidente vascular cerebral (AVC) segundo os fatores de risco maiores e menores entre indígenas atendidos em Ambulatório de Especialidades. Passo Fundo, RS, 2025 (n=101).

Risco elevado de AVC					
		Sim		Não	
Variáveis	n	%	n	%	p*
Medicamento de uso contínuo					0,001
Sim	29	56,9	22	43,1	
Não	12	24,0	38	76,0	
Diagnóstico médico autorreferido de ansiedade					0,311
Sim	18	47,4	20	52,6	
Não	23	37,1	39	62,9	
Diagnóstico médico autorreferido de depressão					0,152
Sim	8	57,1	6	42,9	
Não	31	36,9	53	63,1	
Diagnóstico médico autorreferido de obesidade					0,003
Sim	17	65,4	9	34,6	
Não	24	32,4	50	67,6	

As demais variáveis analisadas — incluindo atividade remunerada, escolaridade, histórico familiar de infarto agudo do miocárdio, diagnóstico de ansiedade ou depressão e uso de métodos contraceptivos hormonais ou dispositivo intrauterino — não apresentaram relação estatisticamente significativa com o alto risco de AVC ($p > 0,05$), indicando que, nesta amostra, tais fatores não se relacionaram de forma independente à classificação de risco.

Discussão

No contexto brasileiro, a incidência e o impacto do AVC têm gerado crescente preocupação, o que reforça a necessidade de análises epidemiológicas mais detalhadas para compreender a dimensão desse problema de saúde pública. Entre janeiro de 2023 e janeiro de 2024, foram registrados 29.753 óbitos por AVC no país (Brasil, 2024).

Os resultados observados no presente estudo revelam que a maioria dos frequentadores do ambulatório de saúde indígena são do sexo feminino, adultos em idade produtiva, pertencentes majoritariamente à etnia Kaingang, com baixa escolaridade, renda familiar reduzida e residência predominantemente em área rural. Da mesma forma, a idade, no presente estudo, é um agravante importante, pois a faixa de idade maior que 45 anos é a que se encontra com risco elevado de desenvolver AVC, andando paralelamente ao que outros trabalhos já demonstraram.

Esse perfil demonstra a influência de determinantes sociais e territoriais na

vulnerabilidade em saúde, evidenciando que fatores socioeconômicos e condições de vida podem atuar de forma conjunta na exposição aos agravos cardiovasculares, inclusive na amostra estudada. A título de confirmar esses apontamentos, vale ressaltar que os povos indígenas que apresentam maior inserção no mercado, especialmente em países desenvolvidos, tendem a apresentar elevadas taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (Cardoso et al., 2018). Isso acontece porque a mudança do estilo de vida, que outrora fora distante da realidade atual para essa população, expôs essas pessoas a riscos importantes de saúde. No Brasil estudos de casos em algumas etnias indígenas confirmam a emergência das DCNT. Por isso, assim como elucidaram em seu estudo Williams, Lawrence e Davis (2019), a saúde dos grupos sociais é provavelmente mais fortemente afetada por fenômenos estruturais e não, individuais.

A prevalência de indivíduos classificados com alto risco para AVC foi de 40,6%, valor expressivo que evidencia a magnitude do risco cardiovascular na população analisada e sinaliza para a necessidade de intervenções precoces. Na análise bivariada, realizada por meio do teste do qui-quadrado de Pearson, observou-se relação estatisticamente significativa entre o uso de medicamentos de uso contínuo e a classificação de alto risco para AVC ($p = 0,001$). Entre os indivíduos que faziam uso contínuo de medicamentos, 56,9% foram classificados como de alto risco, proporção significativamente superior à observada entre aqueles que não utilizavam esse tipo de medicação (24,0%). Esse resultado sugere que a presença de condições crônicas previamente diagnosticadas — como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus — pode estar relacionada ao maior risco de eventos cerebrovasculares na população analisada.

Dando sequência aos achados importantes do estudo que explicam a prevalência de risco elevado para AVC, identificou-se alta frequência de condições de doenças crônicas não transmissíveis, especialmente hipertensão arterial sistêmica (41%). Comparando esse achado, segundo pesquisas com a população geral, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi uma das condições mais frequentes na região Sul, com prevalência de 38,6% (Guibu et al., 2017), parecido com o valor encontrado no presente estudo. Além disso, segundo Malta et al. (2018), no Rio Grande do Sul (Brasil) a prevalência foi de 39,3%. Da mesma forma, em países com grande população, como China e Índia, também foram observadas altas prevalências, variando de 40,1% a 44,7% (Aini; Darojat, 2025; Vicente et al., 2018). No contexto indígena os números mudam um pouco; estudos transversais realizados em diferentes regiões do Brasil apresentaram resultados com uma pequena variação em relação aos deste estudo. No Parque Indígena do Xingu, no norte do Mato Grosso, a prevalência foi de 26,7% (Salvo et al., 2009); na região oeste do Amazonas, de 29% (Ferreira et al., 2017); no município de Resplendor, no Vale do Rio Doce (MG), de 31,2% (Chagas et al., 2019); e na região do Alto Xingu, no nordeste do

Mato Grosso, de 37,7% (Gimeno et al., 2007).

No estudo, ao analisar a condição de diabetes *mellitus*, a prevalência foi de 17% da amostra, achado que se diferencia de levantamentos feitos em nove capitais brasileiras, utilizando marcadores bioquímicos específicos, os quais identificaram uma prevalência de 7,6% da doença em adultos entre 30 e 69 anos (Flor; Campos, 2017; Malerbi; Franco, 1992). Porém, estudos realizados em diferentes regiões, como Ribeirão Preto (SP) e no distrito de Canaã, no município de Triunfo, no sertão de Pernambuco, mostraram que entre 6% e 15% dos adultos apresentavam a doença (Moraes et al., 2010), chegando mais perto dos resultados encontrados neste estudo.

Na amostra estudada, observou-se uma elevada frequência de risco elevado para AVC entre os indivíduos com obesidade (65,4%, $p = 0,003$) reforçando a importância desse fator na ocorrência da doença. Esse achado está em concordância com o descrito por Mourão et al. (2017), que apontam que pacientes obesos apresentam maior risco de desenvolver acidente vascular cerebral.

Além disso, ao comparar indivíduos fisicamente inativos com peso normal aos com excesso de peso, verifica-se que aqueles com sobrepeso apresentam um aumento de 40% no risco de AVC, sendo esse risco ainda mais elevado entre os obesos, que apresentam um incremento de 75%, alcançando valores ainda maiores dos apresentados no presente estudo (Lu et al., 2017). Esses dados reforçam a associação entre excesso de peso e maior risco de AVC, especialmente quando associado à inatividade física (Lu et al., 2017). Ademais, a obesidade está associada ao surgimento de condições como hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* e dislipidemias, que contribuem para o aumento do risco de AVC, podendo dobrar essa probabilidade (Nadruz Junior, 2009). Esse achado reforça o papel do excesso de peso como importante fator de risco modificável para doenças cerebrovasculares, destacando a necessidade de estratégias de prevenção e promoção da saúde voltadas ao controle do peso corporal no contexto da saúde indígena.

Outro importante marcador de risco identificado no estudo foi a inatividade física (56,4%), a qual tem se mostrado fortemente associada à ocorrência de AVC. Esse achado é corroborado por evidências da literatura, como em estudo com média de idade de 62,32 anos, composto majoritariamente por idosos (37,30%) e indivíduos do sexo masculino (56%), no qual se observou predominância de AVC isquêmico (84%) e baixos níveis de atividade física (46,7%), além de elevada frequência de recorrência do evento (92,0%) (Tripathy et al., 2017). Isso reforça que níveis reduzidos de atividade física estão relacionados não apenas à ocorrência, mas também à recorrência do AVC. Outrossim, a prática de atividade física associa-se a menores taxas de mortalidade e à redução de fatores de risco como hipertensão, diabetes e

hipercolesterolemia, conforme descrito por Abdu et al. (2021), evidenciando seu papel protetor no contexto das doenças cerebrovasculares. Além do exposto, resultados de outro estudo evidenciaram uma associação significativa entre os níveis de atividade física e o risco de recorrência de AVC. Em consonância com a literatura, a inatividade física tem sido apontada como um dos principais fatores relacionados à recorrência do evento, apresentando maior frequência quando comparada a outros fatores de risco. Além disso, indivíduos com histórico de AVC isquêmico leve tendem a apresentar menores níveis de atividade física moderada a vigorosa e maiores níveis de gordura visceral, condições que podem contribuir para o aumento do risco de recorrência do AVC isquêmico (Ushio et al., 2018).

O tabagismo, elencado como um fator de risco maior no presente estudo, é um importante marcador de possível doença. Na amostra 22,8% faz uso ativo e 11,9% constatou uso prévio, demonstrando um número alto de pessoas se expondo. Para atrelar esse risco aferido, há um estudo de coorte realizado na Austrália, com mais de 400 pacientes, o qual mostrou que mesmo após o ajuste para fatores de confusão — como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, infarto agudo do miocárdio prévio, etilismo e uso de contraceptivos orais — os tabagistas apresentaram um risco 3,6 vezes maior de AVC isquêmico em comparação aos não fumantes (Donnan et al., 1989). Além disso, resultados parecidos foram encontrados em um estudo realizado no Reino Unido, com 368 casos e 573 controles. Nesse estudo, o risco relativo de AVC isquêmico entre homens tabagistas foi de 3,19, mesmo após o ajuste para variáveis como idade, hipertensão arterial, classe social e etilismo (Gorelick et al., 1989). Além disso, o tabagismo está associado a uma recuperação mais lenta e a um aumento da mortalidade por complicações cardiovasculares e respiratórias. Ou seja, o tabagismo demonstrado em nosso estudo é sim um grande aliado para aumentar o risco de AVC na amostra estudada, bem como mostra esses estudos de maneira coesa.

Da mesma forma, a prevalência de consumo de bebida alcoólica (29,7% uso atual e 13,9% consumo prévio) também foi um marco importante do estudo, demonstrando que o álcool está atrelado à problemática do AVC, atuando como um fator de risco relevante. Ao encontro dos dados encontrados na amostra, um estudo multicêntrico mostrou que pacientes que já tiveram AVC e consumiam álcool em excesso tinham cerca de duas vezes mais risco de sofrer um novo evento, quando comparados aos que bebiam de forma moderada ou não consumiam (Topiwala et al., 2017). Esses resultados indicam que reduzir ou evitar o consumo de álcool deve fazer parte das estratégias de reabilitação e de prevenção de novos episódios em pacientes pós-AVC e também como caráter preventivo em pacientes que possuem outros riscos ou não.

Cabe elucidar sobre o consumo abusivo de bebidas alcoólicas destiladas constitui um

importante fator de risco para as DCNT, sendo mais frequente entre indígenas não aldeados e agravado pelo maior contato com a população não indígena (Oliveira, 2016) (Brasil, 2017). Tais achados reforçam a compreensão de que o risco cerebrovascular resulta da interação entre múltiplos fatores clínicos e comportamentais, frequentemente acumulados ao longo do tempo.

Vale lembrar que a diligência ao cuidado indígena no Brasil está ainda muito defasada. Ao longo dos anos, observa-se a priorização de cuidados emergenciais e paliativos, em detrimento da Atenção Primária à Saúde (APS). A alta rotatividade dos profissionais e a fragilidade do vínculo dificultam a compreensão das especificidades culturais envolvidas no cuidado à saúde indígena (Mendes et al., 2018; Langdon e Cardoso, 2021), assim como a falta de formação adequada para abordagem, atendimento e tratamento, respeitando a cultura e a diversidade de saberes dessa população (Mendes et al., 2018; Araújo Junior, 2019).

Por outro lado, variáveis como escolaridade, atividade remunerada, histórico familiar de infarto agudo do miocárdio e condições de saúde mental não apresentaram relação significativa nesta amostra.

Vale ressaltar que o estudo conta com pontos fortes e importantes, pois permitiu estimar a prevalência dos fatores de risco para AVC em indígenas atendidos em ambulatório de especialidades no município de Passo Fundo, RS, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre o perfil epidemiológico de uma população historicamente vulnerabilizada e ainda pouco investigada no contexto das doenças cerebrovasculares.

Apesar da relevância dos achados, especialmente por se tratar de uma amostra pertencente a uma população ainda pouco investigada na literatura, como é o caso das populações indígenas, este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, a amostra analisada não é representativa da população indígena como um todo, uma vez que os participantes foram encaminhados por outros serviços de saúde para atendimento em nível secundário, o que pode introduzir vieses relacionados ao perfil clínico dos indivíduos avaliados, como por exemplo, o viés de detecção. Além disso, as informações coletadas basearam-se no autorrelato dos participantes, estando, portanto, sujeita a viés de memória. Destaca-se também a possibilidade de ocorrência de causalidade reversa entre algumas das variáveis analisadas, o que limita inferências quanto à direção das associações observadas. Em conclusão, o processo de seleção da amostra ocorreu de forma não probabilística, o que pode acarretar viés de seleção e restringir a generalização dos resultados.

Por fim, entre os povos indígenas, essa interação entre fatores de risco e desigualdades estruturais adquire características particulares, uma vez que o processo de adoecimento ocorre em contextos marcados por intensas transformações socioculturais e por persistentes barreiras

de acesso aos serviços de saúde. A transição epidemiológica vivenciada por essas populações, associada à mudança nos padrões alimentares, à redução das atividades físicas tradicionais e à crescente inserção em modos de vida urbanos, contribui para o aumento da exposição a fatores de risco cardiovasculares anteriormente menos frequentes. Ao mesmo tempo, desafios relacionados à organização territorial, à distância geográfica dos serviços, à descontinuidade do cuidado e à necessidade de abordagens culturalmente sensíveis podem dificultar o rastreamento precoce e o manejo adequado de condições crônicas, como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Dessa forma, o risco de AVC precoce entre populações indígenas não pode ser explicado exclusivamente por variáveis clínicas individuais, mas deve ser compreendido como resultado da interação entre mudanças nos estilos de vida, determinantes sociais e desigualdades históricas que influenciam diretamente os processos de prevenção, diagnóstico e cuidado em saúde.

Conclusão

Os resultados evidenciaram que os fatores de risco para AVC estão amplamente presentes na população estudada, indicando importante carga de risco cardiovascular e reforçando a necessidade de estratégias preventivas específicas e culturalmente adequadas.

A prevalência de indivíduos classificados com alto risco para AVC mostrou-se expressiva, revelando um cenário que demanda atenção prioritária dos serviços de saúde. Entre os fatores analisados, destacaram-se como relacionados ao alto risco o uso de medicamentos de uso contínuo e a obesidade, sugerindo a influência de condições crônicas já estabelecidas na ampliação da vulnerabilidade ao agravo. Por outro lado, variáveis sociodemográficas e comportamentais não apresentaram associação significativa nesta amostra, indicando a complexidade do processo de adoecimento e a necessidade de abordagens integradas para sua compreensão.

De acordo com o exposto, os resultados obtidos confirmam parcialmente as hipóteses iniciais do estudo, especialmente no que se refere à elevada prevalência de fatores de risco cardiometabólicos e à presença expressiva de indivíduos classificados com alto risco para AVC. Além disso, os achados reforçam a importância de compreender o processo de adoecimento cerebrovascular em populações indígenas a partir de uma perspectiva ampliada, que considere não apenas aspectos clínicos, mas também fatores sociais, territoriais e culturais que influenciam a exposição ao risco e o acesso ao cuidado em saúde.

Conflito de interesse

É importante mencionar que durante a elaboração deste trabalho, foi utilizada ferramenta de inteligência artificial, ChatGPT, exclusivamente para auxílio na revisão gramatical, correção ortográfica e aprimoramento da clareza textual, sem interferência na análise dos dados, interpretação dos resultados ou elaboração do conteúdo do artigo.

Referências

- ABDU, H.; TADESE, F.; SEYOUM, G.; MILLIGAN, C. Comparison of ischemic and hemorrhagic stroke in the medical ward of Dessie referral hospital, Northeast Ethiopia: a retrospective study. *Neurology Research International*, v. 2021, p. 1-9, 2021.
- AINI, N.; DAROJAT, Z. W. Association between physical activity and stroke recurrence: a cross-sectional study. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, v. 33, n. 1, p. 1-6, 2025. DOI: 10.5152/FNJN.2025.24221.
- ARAÚJO JUNIOR, J. J. O despertar de uma política: as dificuldades de concretização do subsistema de saúde indígena entre 1999 e 2015. *Boletim Científico ESMPU*, v. 18, n. 53, p. 41-77, 2019.
- ARAÚJO, J. P. et al. Tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no município de Maringá, Paraná entre os anos de 2005 a 2015. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 31, n. 1, p. 56-62, 2018.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1*. 11. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Informações de saúde (TABNET)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de rotinas para atenção ao AVC*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- CARDOSO, A. M. et al. Hipertensão arterial em mulheres indígenas no Brasil: resultados do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 2018.
- CHAGAS, C. A.; CASTRO, T. G.; LEITE, M. S.; VIANA, M. A. C. B. M.; BEINNER, M. A.; PIMENTA, A. M. Estimated prevalence of hypertension and associated factors in Krenak Indigenous adults in the State of Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00206818, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00206818.

- DONNAN, G. A.; MCNEIL, J. J.; ADENA, M. A.; DOYLE, A. E.; O'MALLEY, H. M.; NEILL, G. C. Smoking as a risk factor for cerebral ischaemia. *The Lancet*, v. 2, n. 8664, p. 643-647, 1989.
- FERREIRA, A. A.; SOUZA-FILHO, Z. A.; GONÇALVES, M. J. F.; SANTOS, J.; PIERIN, A. M. G. Relationship between alcohol drinking and arterial hypertension in Indigenous people of the Mura ethnics, Brazil. *PLoS One*, v. 12, n. 8, e0182352, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0182352.
- FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2017.
- GIMENO, S. G. A.; RODRIGUES, D.; PAGLIARO, H.; CANO, E. N.; LIMA, E. E. S.; BARUZZI, R. G. Metabolic and anthropometric profile of Aruák Indians: Mehináku, Waurá and Yawalapití in the Upper Xingu, Central Brazil, 2000-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1946-1954, 2007.
- GORELICK, P. B.; RODIN, M. B.; LANGENBERG, P.; HIER, D. B.; COSTIGAN, J. Weekly alcohol consumption, cigarette smoking, and the risk of ischemic stroke: results of a case-control study at three urban medical centers in Chicago, Illinois. *Neurology*, v. 39, n. 3, p. 339-343, 1989.
- GUIBU, I. A. et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 2, p. 17s, 2017.
- LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC, 2021.
- LIMA, A. C. S. et al. Influence of hormonal contraceptives and the occurrence of stroke: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 3, p. 647-655, 2017.
- LONGO, D. L. *Medicina interna de Harrison*. 18. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. v. 2.
- LU, J. et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China: data from 1.7 million adults in a population-based screening study. *The Lancet*, v. 390, p. 2549-2558, 2017.
- MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. *Diabetes Care*, v. 15, n. 11, p. 1509-1516, 1992.
- MALTA, D. C. et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 21, supl. 1, e180021, 2018.
- MELO E SILVA, L. L.; MOURA, C. E. M.; GODOY, J. R. P. Fatores de risco para o acidente

vascular encefálico. *Universitas: Ciências da Saúde*, v. 3, n. 1, p. 145-160, 2008.

MENDES, A. M. et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, e184, 2018.

MENDES, A. M.; BASTOS, J. L.; BRESAN, D.; LEITE, M. S. Epidemiologic situation of tuberculosis in Rio Grande do Sul: an analysis about Sinan's data between 2003 and 2012 focusing on indigenous peoples. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 658-669, 2016.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M.; GIMENO, S. G. A.; MONDINI, L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-941, 2010.

MOURÃO, A. M. et al. Perfil dos pacientes com diagnóstico de AVC atendidos em um hospital de Minas Gerais credenciado na linha de cuidados. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 53, n. 4, p. 12-16, 2017.

NADRUZ JUNIOR, W. Diagnóstico e tratamento dos fatores de risco. *ComCiência*, v. 109, p. 1-3, 2009.

OLIVEIRA, M. C. Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 311-312, 2016.

PALOMERAS SOLER, E.; CASADO RUIZ, V. Epidemiology and risk factors of cerebral ischemia and ischemic heart diseases: similarities and differences. *Current Cardiology Reviews*, v. 6, n. 3, p. 138-149, 2010. DOI: 10.2174/157340310791658785.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 62, n. 3B, p. 844-851, 2004.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 58, n. 1, p. 99-106, 2000.

SALVO, V. L. M. A.; RODRIGUES, D.; BARUZZI, R. G.; PAGLIARO, H.; GIMENO, S. G. A. Metabolic and anthropometric profile of Suyá, Xingu Indigenous Park, Central Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 458-468, 2009.

SILVA, I. P. et al. Principais fatores relacionados ao risco cardiovascular de populações indígenas do Brasil. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 9, p. 1-12, 2021.

SIMÕES, T. F. P. et al. Physical activity levels of primary health care users: comparisons between healthy subjects and subjects with stroke. *Acta Fisiátrica*, v. 24, n. 2, p. 56-61, 2017.

TOPIWALA, A.; ALLAN, C. L.; VALKANOV, V. et al. Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study. *BMJ*,

v. 357, j2353, 2017.

TRIPATHY, J. P.; THAKUR, J. S.; JEET, G.; CHAWLA, S.; JAIN, S. Alarming high prevalence of hypertension and pre-hypertension in North India: results from a large cross-sectional STEPS survey. *PLoS One*, v. 12, n. 12, 2017.

USHIO, M.; KANAOKA, M.; KINOSHITA, Y.; MAENO, S.; FUJITA, K. Moderate-to-vigorous physical activity and the risk of stroke recurrence in patients with a history of minor ischemic stroke in Japan: a retrospective analysis. *Topics in Stroke Rehabilitation*, v. 25, n. 8, p. 591-598, 2018.

VICENTE, V. S.; CABRAL, N. L.; NAGEL, V.; GUESSER, V. V.; SAFANELLI, J. Prevalência de obesidade entre pacientes com AVC em cinco cidades brasileiras: um estudo transversal. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 76, n. 6, p. 367-372, 2018.

WILLIAMS, D. R.; LAWRENCE, J. A.; DAVIS, B. A. Racism and health: evidence and needed research. *Annual Review of Public Health*, v. 40, n. 1, p. 105-125, 2019. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-040218-043750.

5. Considerações finais

Os resultados apresentados neste estudo permitiram compreender a relevância do acidente vascular cerebral (AVC) como um importante problema de saúde pública, especialmente diante do aumento de sua ocorrência em indivíduos mais jovens e em populações historicamente vulneráveis, como os povos indígenas. A partir das evidências analisadas, compreendi que o AVC não pode mais ser entendido apenas como uma condição relacionada ao envelhecimento, mas também como consequência da exposição precoce e prolongada a fatores de risco modificáveis ao longo da vida. Essa realidade reforçou, para mim, a importância do fortalecimento de ações de prevenção e rastreamento, incluindo a identificação precoce de fatores cardiovasculares em adultos jovens.

Do ponto de vista clínico, os achados demonstraram que o desenvolvimento do AVC está associado à interação de diversos fatores metabólicos, comportamentais e biológicos. Ao longo deste estudo, foi possível perceber que condições como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo e processos inflamatórios atuam de forma conjunta, aumentando o risco de eventos cerebrovasculares. Dessa forma, considero que as estratégias de cuidado devem ir além do tratamento isolado desses fatores, priorizando um acompanhamento contínuo e integrado, com participação multiprofissional e fortalecimento da atenção primária à saúde.

Sob a perspectiva da saúde pública, os impactos expressivos do AVC em termos de mortalidade, incapacidade funcional e custos hospitalares evidenciaram que investimentos em

prevenção e promoção da saúde representam medidas estratégicas para a redução da carga da doença. Nesse sentido, entendo que políticas públicas voltadas ao controle da hipertensão arterial, à prevenção do diabetes mellitus, ao combate ao tabagismo e à promoção de estilos de vida saudáveis são fundamentais para reduzir a incidência do agravo e minimizar seus efeitos sociais e econômicos.

Além disso, este estudo permitiu refletir sobre a influência dos determinantes sociais e territoriais da saúde, demonstrando que o risco para AVC não se distribui de forma homogênea entre os diferentes grupos populacionais. Compreendi que desigualdades sociais, limitações de infraestrutura sanitária e barreiras de acesso aos serviços de saúde contribuem para uma maior exposição aos fatores de risco e para menores oportunidades de prevenção e acompanhamento clínico contínuo. Por isso, considero fundamental que as ações de prevenção e cuidado sejam planejadas de acordo com as características e necessidades específicas de cada território, promovendo maior equidade na atenção à saúde.

No caso específico dos povos indígenas, as transformações socioculturais recentes, associadas ao processo de transição epidemiológica e nutricional, evidenciaram o aumento da exposição a fatores de risco cardiovasculares anteriormente menos prevalentes nesses grupos. A crescente inserção em padrões alimentares industrializados, a redução das atividades físicas tradicionais e as dificuldades de acesso regular aos serviços de saúde configuram um cenário que, em minha avaliação, exige abordagens preventivas culturalmente sensíveis e territorialmente adequadas. Dessa forma, reconheço a importância do fortalecimento da atenção primária nos territórios indígenas, respeitando suas especificidades culturais e valorizando a integração entre conhecimentos tradicionais e práticas da medicina convencional.

Da mesma forma, acredito que o desenvolvimento de estudos futuros é essencial para aprofundar a compreensão da relação entre fatores clínicos, comportamentais e determinantes sociais do AVC precoce, especialmente em populações indígenas e outros grupos socialmente vulneráveis. Investigações de caráter longitudinal e análises que integrem dimensões biológicas, territoriais e sociais podem contribuir significativamente para o aprimoramento das políticas públicas e para a construção de estratégias preventivas mais efetivas e equitativas no contexto brasileiro.

Por fim, é necessário salientar que o estudo trouxe uma bagagem de conhecimento importantíssima para a minha carreira que se inicia, ampliando minha compreensão sobre saúde e doença, fortalecendo minhas percepções críticas quanto ao cuidado em saúde. Além de contribuir para minha formação acadêmica e profissional, esta pesquisa reforçou em mim a convicção de que a saúde deve ser compreendida como um direito universal, despertando sentimentos de humanidade, responsabilidade e esperança diante dos desafios impostos por

uma sociedade ainda marcada por profundas desigualdades.