

Doenças crônicas na população indígena não aldeada: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Chronic diseases in the non-village indigenous population: data from the National Health Survey, 2019

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco¹, Daniela de Assumpção¹, Aldiane Gomes de Macedo Bacurau¹, Veronica Batista Gomes Leitão¹, Deborah Carvalho Malta²

DOI: 10.1590/2358-289820241428889P

RESUMO Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico da população indígena adulta e idosa não aldeada do Brasil, bem como estimar a prevalência de multimorbidade e doenças/condições crônicas específicas, e para as mais frequentes, de acordo com o sexo e as faixas etárias. Estudo transversal com dados de indígenas (idade ≥ 20 anos) que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019. A média de idade foi de 45,2 anos (IC 95%: 43,1-47,3), 23,2% eram idosos (idade ≥ 60 anos), e 87,5% residiam em área urbana. Cerca de 60% apresentavam ao menos uma doença/condição crônica, e as mais prevalentes foram: hipertensão arterial (29,3%; IC 95%: 23,7-35,5), doenças/problemas crônicos da coluna vertebral (20,6%; IC 95%: 17,3-24,5), hipercolesterolemia (14,3%; IC 95%: 11,7-17,4), depressão (10%; IC 95%: 7,4-13,5) e artrite/reumatismo (10%; IC 95%: 6,6-14,9). Nos idosos, a prevalência de hipertensão arterial foi cerca de 3,6 vezes maior do que nos adultos (65% versus 18,1%; $p < 0,001$), e 28,6% referiram doenças/problemas crônicos da coluna vertebral em relação a 18,2% dos adultos ($p = 0,019$). O estudo apresenta dados inéditos sobre a prevalência de doenças/condições crônicas na população indígena não aldeada no Brasil, indicando elevadas prevalências de hipertensão arterial, doenças/problemas da coluna, hipercolesterolemia, depressão e artrite/reumatismo.

PALAVRAS-CHAVE Povos indígenas. Saúde de populações indígenas. Doença crônica. Inquérito de saúde.

ABSTRACT *The aim of this study was to characterise the sociodemographic profile of the adult and elderly non-indigenous population of Brazil, as well as to estimate the prevalence of multimorbidity and specific chronic diseases/conditions, and for the most frequent ones, according to gender and age groups. Cross-sectional study with data from indigenous people (aged ≥ 20 years) who took part in the National Health Survey in 2019. The average age was 45.2 years (95% CI: 43.1-47.3), 23.2% were elderly (age ≥ 60 years), and 87.5% lived in urban areas. Around 60% had at least one chronic disease/condition, and the most prevalent were: hypertension (29.3%; 95% CI: 23.7-35.5), chronic spinal diseases/problems (20.6%; 95% CI: 17.3-24.5), hypercholesterolaemia (14.3%; 95% CI: 11.7-17.4), depression (10%; 95% CI: 7.4-13.5) and arthritis/rheumatism (10%; 95% CI: 6.6-14.9). In the elderly, the prevalence of hypertension was around 3.6 times higher than in adults (65% versus 18.1%; $p < 0.001$), and 28.6% reported chronic spinal diseases/problems compared to 18.2% of adults ($p = 0.019$). The study presents unpublished data on the prevalence of chronic diseases/conditions in the non-indigenous population in Brazil, indicating a high prevalence of hypertension, spinal diseases/problems, hypercholesterolaemia, depression and arthritis/rheumatism.*

KEYWORDS *Indigenous peoples. Health of indigenous peoples. Chronic disease. Health surveys.*

¹Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. danideassumpcao@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.



Introdução

Os censos demográficos realizados no Brasil indicam o crescimento populacional dos indígenas maior do que o observado para o conjunto da população brasileira¹⁻⁴. O número de pessoas que se declararam indígenas por meio do quesito cor ou raça passou de 294.131 em 1991 para 734.127 em 2000, e para 817.963 em 2010⁴. O pertencimento indígena (povo ou etnia e línguas faladas) foi investigado pela primeira vez no Censo 2010, que identificou mais de três centenas de povos indígenas vivendo principalmente nas regiões Norte e Nordeste, e observou um acréscimo de 78.954 pessoas que se consideravam indígenas^{1,3}. O número de pessoas que se autodeclararam indígenas no Brasil, em 2022, foi de 1.693.535, o que representava 0,83% da população total do País, quase o dobro em relação ao censo anterior⁵.

Desde a Constituição Federal de 1988, foram criadas e implementadas diversas políticas públicas direcionadas aos povos indígenas, como o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SasiSUS), cujo modelo assistencial é organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), os quais devem ofertar serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) aos indígenas aldeados, nas terras e nos territórios onde vivem^{6,7}. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), criada em 2002, foi um marco importante, tendo como principal objetivo garantir o acesso à atenção integral à saúde, fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS e contemplando questões relacionadas com a diversidade étnica, cultural, geográfica, epidemiológica, histórica e política⁶⁻⁸.

Apesar de a implantação da PNASPI ter alcançado avanços em relação à saúde indígena no Brasil, com vistas a garantir a integralidade e a equidade na atenção, os desafios enfrentados para o acesso e a atenção integral à saúde ainda são muitos^{2,9,10}. A

urbanização da população, pode ampliar – em alguma medida – o acesso aos serviços de saúde (como consultas, realização de exames, hospitalizações etc.) com reflexos no aumento do diagnóstico de doenças (casos novos e antigos) e no tratamento. Contudo, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde de qualidade e o acompanhamento após o diagnóstico ainda constituem desafios para a atenção à saúde indígena^{7,8,11}.

Cabe ressaltar que, antes da criação do SasiSUS, em 1999, informações sobre a saúde indígena não eram coletadas sistematicamente, inviabilizando traçar um panorama nacional sobre as condições de saúde dessa população⁸. Com base nas informações do SasiSUS de casos notificados, a ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) aumentou de 138,5 para 203,4 por 10 mil habitantes entre os anos de 2015 e 2017; as doenças mais frequentes entre os indígenas foram as cardiovasculares, as respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias, que acometem principalmente as mulheres⁷. Quanto às causas de morte na população indígena do Brasil, estudo que analisou a mortalidade utilizando dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de 2000, 2010 e 2018 verificou a ocorrência de uma tripla carga de doença, com predomínio das DCNT, especialmente do aparelho circulatório, respiratório, diabetes e neoplasias¹², permanência das doenças infecciosas e parasitárias, e aumento das causas externas, mudanças que caracterizam os fenômenos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional^{7,9,12}.

Na literatura nacional, não há estimativas sobre a prevalência de DCNT específicas na população indígena não aldeada. Deve-se considerar que boa parte dessa população no Brasil vive em áreas urbanas e nas periferias, locais desprovidos de infraestrutura e equipamentos públicos¹³. Também, que o contato com outras culturas (decorrentes dessa urbanização) aumenta o risco do surgimento de novos problemas de saúde,

relacionados com as mudanças no modo de vida, nos hábitos alimentares e em outros comportamentos relativos à saúde, que podem potencializar a ocorrência de DCNT^{2,7,13-15}. Nesse sentido, o objetivo desta comunicação foi caracterizar o perfil socio-demográfico da população indígena adulta e idosa não aldeada do Brasil, bem como estimar a prevalência de multimorbidade e doenças/condições crônicas específicas, e para as mais frequentes, de acordo com o sexo e as faixas etárias.

Material e métodos

Estudo realizado com dados de domínio público de adultos e idosos indígenas (idade ≥ 20 anos) que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito nacional de base domiciliar realizado no Brasil em 2019 (PNS 2019). O banco de dados da PNS 2019 encontra-se disponível para acesso e uso público no *site* da PNS por meio do caminho: ‘Sobre a pesquisa’; ‘Bases de dados (PNS 2019, Microdados IBGE)’; ‘Arquivos de Microdados da PNS 2019’¹⁶.

A população pesquisada na PNS 2019 correspondeu aos moradores de domicílios particulares permanentes do Brasil, excluindo-se os setores censitários localizados em áreas com características especiais e com pouca população, como: quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, aldeias indígenas, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais. A descrição detalhada sobre os aspectos conceituais e metodológicos da pesquisa encontra-se publicada^{17,18}.

Este estudo utilizou dados de indivíduos que se autodeclararam indígenas (informação baseada na pergunta sobre cor ou raça) que responderam ao questionário da PNS 2019, referente ao morador selecionado ($n = 651$). Foram consideradas informações sobre as seguintes doenças/condições crônicas: hipertensão arterial; diabetes; colesterol alto

(hipercolesterolemia); doença do coração, tal como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra; Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou derrame; asma ou bronquite asmática; artrite/reumatismo; doença/problema crônico de coluna vertebral como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco; Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (Dort); depressão; outra doença mental, como transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, esquizofrenia, transtorno bipolar, psicose ou Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC); doença crônica no pulmão, tais como enfise-ma pulmonar, bronquite crônica ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); câncer; insuficiência renal crônica; e outra doença crônica. Todas as perguntas se referiam ao diagnóstico médico prévio, exceto para doenças/problemas crônicos da coluna vertebral. Na investigação sobre depressão, o diagnóstico poderia ter sido dado pelo médico ou outro profissional de saúde mental (psicólogo/psiquiatra).

Para compor a variável número de doenças crônicas e estimar sua prevalência, foram consideradas todas as doenças/condições crônicas supracitadas. Na análise das doenças específicas, AVC, asma, Dort, doença pulmonar, câncer e insuficiência renal não apresentaram um número de casos suficiente para se proceder ao cálculo de estimativas específicas com precisão aceitável.

Foram estimadas as prevalências pontuais e por intervalo para o número de doenças crônicas (nenhuma, uma, duas, três ou mais) e das doenças específicas considerando-se nível de confiança de 95% (IC 95%). Também foram estimadas as prevalências e as Razões de Prevalência (RP) e os respectivos IC 95% das doenças/condições mais frequentes segundo sexo e faixa etária. As diferenças foram verificadas pelo teste qui-quadrado (Rao-Scott) adotando-se nível de significância de 5%. As RP foram obtidas por meio de regressão de Poisson. As análises foram realizadas no *software* estatístico Stata 15.1, no módulo *survey*,

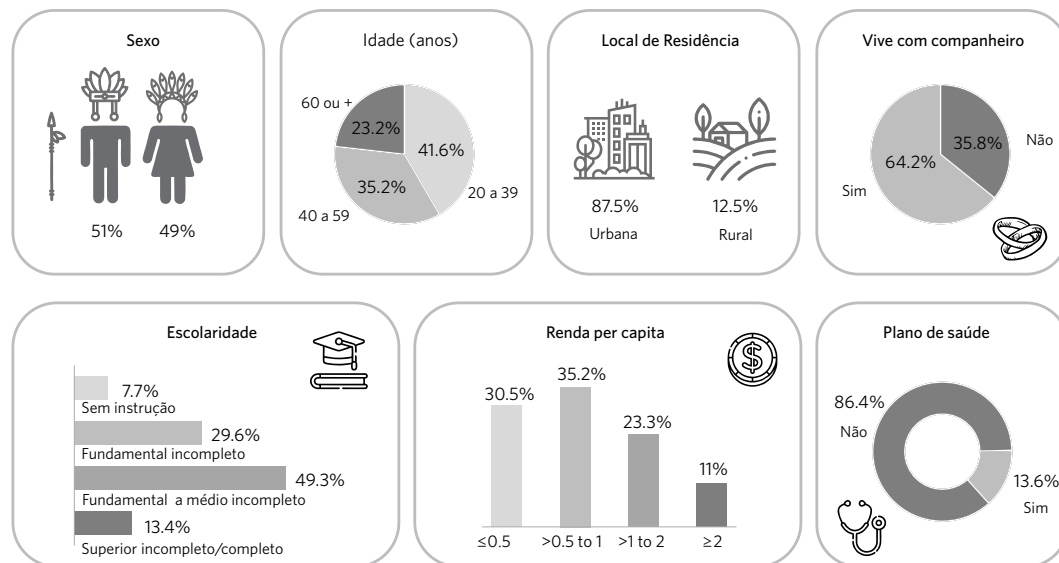
que considera o delineamento amostral complexo da pesquisa.

A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 11713319.7.0000.0008 e parecer nº 3.529.376, de 23 de agosto de 2019). Todos os entrevistados foram previamente consultados, esclarecidos e aquiesceram em participar da pesquisa^{17,18}. Os dados foram coletados e analisados de acordo com as diretrizes e normas das Resoluções nº 466/2012¹⁹ e nº 510/2016²⁰ do Conselho Nacional de Saúde, que regulamentam os aspectos éticos e legais das pesquisas científicas no Brasil.

Resultados

A média de idade da população indígena não aldeada foi de 45,2 anos (IC 95%: 43,1-47,3), e a distribuição por sexo foi semelhante ($p > 0,05$); 23,2% tinham idade maior ou igual a 60 anos, 87,5% residiam em área urbana, 64,2% viviam com o(a) companheiro(a), 37,3% não tinham instrução/fundamental incompleto, 30,5% e 35,2% apresentavam baixa renda (menor ou igual a 0,5 salário mínimo e de meio até 1 salário mínimo respectivamente) e 86,4% não possuíam plano de saúde privado (figura 1).

Figura 1. Caracterização sociodemográfica da população indígena (idade ≥ 20 anos). Pesquisa Nacional de Saúde, 2019



Fonte: elaboração própria com base na PNS 2019¹⁶.

Na população adulta, cerca de 60% apresentaram ao menos uma doença crônica, e 35,3% tinham multimorbidade. Hipertensão arterial (29,3%; IC 95%: 23,7-35,5), doenças/problemas crônicos da coluna vertebral (20,6%; IC 95%: 17,3-24,5), hipercolesterolemia (14,3%;

IC 95%: 11,7-17,4), depressão (10%; IC 95%: 7,4-13,5) e artrite/reumatismo (10%; IC 95%: 6,6-14,9) foram as doenças/condições que apresentaram as maiores prevalências, em ordem de importância, entre as investigadas (tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população indígena (idade ≥ 20 anos). Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Doenças/condições crônicas	Prevalência (%)	IC 95%
Número de doenças crônicas		
Nenhuma	40,7	33,4-48,4
Uma	24,0	20,2-28,2
Duas	12,8	8,6-18,6
Três ou mais	22,5	18,5-27,1
Hipertensão arterial	29,3	23,7-35,5
Diabetes mellitus	9,1	7,1-11,6
Colesterol alto	14,3	11,7-17,4
Doença do coração	5,8	3,6-9,2
Acidente Vascular Cerebral*	-	-
Asma*	-	-
Artrite/reumatismo	10,0	6,6-14,9
Problema na coluna	20,6	17,3-24,5
Dort*	-	-
Depressão	10,0	7,4-13,5
Outra doença mental	6,5	4,6-9,1
Doença do pulmão*	-	-
Câncer*	-	-
Insuficiência renal crônica	-	-
Outra doença crônica	8,4	5,3-13,0

Fonte: elaboração própria com base na PNS 2019¹⁶.

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%. * Número de casos insuficiente para calcular estimativas com precisão aceitável. Dort: Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho.

Para as doenças/condições crônicas mais frequentes, verificou-se ainda que a prevalência de hipertensão foi maior nas mulheres (37,5% *versus* 21,2%; $p = 0,001$) e que não houve diferenças significativas para doenças/problemas crônicos da coluna vertebral ($p = 0,809$). Quanto à faixa etária, nos idosos (idade ≥ 60

anos), a prevalência de hipertensão foi cerca de 3,6 vezes maior em relação à população adulta (65% *versus* 18,1%; $p < 0,001$), e 28,6% dos idosos referiram doenças/problemas da coluna em relação a 18,2% dos adultos ($p = 0,019$) (tabela 2).

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência bruta de hipertensão arterial, problema na coluna e colesterol alto na população indígena (idade ≥ 20 anos) segundo sexo e faixas etárias. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Doenças/condições crônicas	%	IC95%	p valor	RPbruta (IC 95%)
Hipertensão arterial				
Sexo			0,0015	
Masculino	21,2	15,4-28,5		0,56 (0,39-0,81)
Feminino	37,5	29,6-46,3		1
Faixas etárias			<0,0001	
20 a 59 anos	18,1	13,4-23,9		1
60 anos e mais	65,0	55,6-73,3		3,59 (2,62-4,90)
Colesterol alto				
Sexo			0,3053	
Masculino	12,6	9,5-16,5		0,78 (0,49-1,25)
Feminino	16,0	11,5-21,9		1
Faixas etárias			<0,0001	
20 a 59 anos	10,4	7,6-14,2		1
60 anos e mais	26,3	19,8-34,0		2,51 (1,63-3,88)
Problema na coluna				
Sexo			0,8088	
Masculino	20,2	16,0-25,2		0,96 (0,67-1,36)
Feminino	21,1	16,0-27,3		1
Faixas etárias			0,0187	
20 a 59 anos	18,2	14,4-22,8		
60 anos e mais	28,6	21,5-36,9		1,57 (1,08-2,27)

Fonte: elaboração própria com base na PNS 2019¹⁶.

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%. p valor: Valor de p do teste qui-quadrado (Rao-Scott). RP: Razão de Prevalência.

Discussão

Os resultados mostraram que, no Brasil, cerca de 60% dos indígenas com 20 anos ou mais de idade apresentavam ao menos uma enfermidade crônica e que aproximadamente 35% tinham duas ou mais doenças (multimorbidade). As doenças mais prevalentes foram a hipertensão arterial, as doenças/problemas crônicos da coluna vertebral e a hipercolesterolemia. A hipertensão foi mais frequente entre mulheres. Nos idosos, a prevalência da hipertensão foi cerca de 3,6 vezes maior do que nos adultos; a hipercolesterolemia, 2,5 vezes, e as doenças/problemas da coluna também

foram mais frequentes naqueles com 60 anos ou mais.

Neste estudo, verificou-se que 67,2% da população indígena possuía pelo menos o ensino fundamental completo, percentual bem mais alto do que o observado nos censos demográficos anteriores¹. Estudo que abordou as características sociodemográficas de indígenas nos censos de 2000 e 2010 observou que a proporção de pessoas com ensino fundamental completo ou mais aumentou expressivamente em todo o país (16,4% para 21,2%) e nas áreas urbanas (28,2% para 37,9%) e rurais (3,5% para 10,5%)¹⁴. Ressalta-se que, nos últimos anos, houve uma ampliação de políticas públicas

direcionadas à educação para os indígenas²¹, o que pode ter contribuído para esse aumento, porém ainda possuem nível educacional mais baixo do que o observado para a população geral no Brasil¹.

Em relação à renda domiciliar per capita, a maioria da população indígena (65,7%) referiu possuir rendimento de até 1 salário mínimo. No último censo demográfico (2010), foi identificado que a maior parte das pessoas indígenas (idade ≥ 10 anos) não tinha rendimentos ou recebia até 1 salário mínimo¹. Bastos et al.¹⁴ identificaram acréscimo de 8,4% na frequência de indígenas com rendimento menor do que 1 salário mínimo (de 48,3% para 56,7%) e diminuição de 9,6% na frequência de indivíduos com mais de 2 salários mínimos entre 2000 e 2010.

Também se observou que 86,4% (IC 95%: 82,1-89,8) da população indígena não aldeada adulta e idosa dependia exclusivamente do sistema público, o SUS, percentual maior do que o encontrado para a população adulta não indígena (72,8%; IC 95%: 71,7-73,3) (dados não apresentados). Isso denota que, para aqueles que tiveram acesso, quase a totalidade dos diagnósticos das doenças investigadas foi realizada nos serviços públicos de saúde. Deve-se considerar que, nos territórios indígenas, as estruturas de saúde são precárias; e a alta rotatividade de profissionais, bem como a complexidade logística encontrada em algumas regiões do país, afeta negativamente a qualidade dos serviços de saúde prestados^{2,10,11}, o que permite supor que entre os indígenas aldeados, haja um importante subdiagnóstico de doenças/condições crônicas.

Estudo realizado por Araujo Junior⁸ revelou a precariedade da estrutura física das Casas de Saúde Indígena, responsáveis pelo alojamento e pela alimentação dos pacientes e acompanhantes, a necessidade de acolhimento em saúde e de garantir melhor articulação com os hospitais de referência e com a atenção de média e alta complexidade para reduzir o longo período de espera do tratamento. Observam-se, ao longo dos anos, a priorização

de cuidados emergenciais e paliativos a essa população e o enfraquecimento da APS: a elevada rotatividade dos profissionais de saúde e a falta de vínculo dificultam a compreensão das especificidades culturais que permeiam o processo cuidado à saúde dos indígenas^{2,22}, assim como a falta de formação profissional para abordagem, atendimento e tratamento – respeitando a cultura e a diversidade de saberes desta população^{2,8}.

Ao avaliar criticamente a implementação da PNASPI, Mendes et al.² destacam, dentre os desafios, as desigualdades nos indicadores de saúde que persistem após quase 20 anos da criação do SasiSUS, o aumento na prevalência das DCNT, a baixa resolutividade das ações na APS, o acesso restrito aos dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) e problemas relacionados com a confiabilidade das informações coletadas, bem como a capacidade de articulação entre a medicina tradicional indígena e o SUS^{6,8,11}.

Além das violências estruturais, como a inadequação nos atendimentos à saúde e as doenças endêmicas e carenciais a que os povos indígenas estão expostos, as doenças crônicas nessa população podem ser reflexo dos impactos das estratégias de subsistência e de mudanças ambientais e territoriais que vêm ocorrendo nessa população ao longo dos anos^{7,9,15,22}. Na cidade de Manaus, estudo que buscou comparar fatores de risco para doenças cardiovasculares entre indígenas e não indígenas (vizinhos que compartilhavam as mesmas condições socioambientais que os indígenas) observou que os indivíduos do alto do Rio Negro apresentaram perfil antropométrico, metabólico e de pressão arterial mais semelhante ao dos grupos não indígenas²³. Ressalta-se que não foram encontrados estudos epidemiológicos prévios que analisaram as prevalências de DCNT na população indígena não aldeada no Brasil, o que dificultou a comparação com os achados deste estudo.

Ao considerar a população indígena de todo o Brasil, dados do Siasi mostraram que, entre 2015 e 2017, foram registrados 42.583 casos

notificados de DCNT, com maior frequência no sexo feminino (assim como na população geral, as mulheres tendem a acessar mais os serviços de saúde), sendo as doenças cardiovasculares e o diabetes mais prevalente na população com idade ≥ 40 anos, e as doenças respiratórias, na população idosa⁷. Deve-se considerar que alguns fatores de risco para as DCNT, como o consumo abusivo de bebidas alcoólicas destiladas, são mais prevalentes na população indígena não aldeada, fator agravado pela aproximação com a população não indígena^{24,25}.

No Brasil, são escassos estudos com informações sobre outros fatores de risco, como tabagismo, inatividade física e hábitos alimentares na população indígena não aldeada²⁶. Estudos realizados com indígenas aldeados indicam hábitos alimentares nocivos à saúde, elevado percentual de excesso de peso, sedentarismo e hipertensão arterial nesse subgrupo²⁷⁻²⁹. Na população Krenak, em terra indígena localizada no município de Resplendor, Minas Gerais, a prevalência de hipertensão arterial foi de 31,2% (34,4% para os homens e 27,6% para as mulheres), cerca de 75% dos indivíduos apresentavam excesso de peso; 57%, obesidade abdominal, e 17,5%, hiperglicemia²⁷. Dados do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena (2008-2009) identificou que 46% das mulheres de aldeias indígenas no Brasil tinham sobrepeso ou obesidade³⁰.

Entre as limitações da pesquisa, deve-se considerar que amostra da PNS excluiu os domicílios localizados em setores censitários especiais, como os agrupamentos indígenas (população aldeada), o que não permite extrapolar os resultados para o conjunto dos indígenas brasileiros. Além disso, a PNS não foi desenhada para representar populações específicas, o tamanho amostral foi pequeno para população indígena. Assim, para doenças/condições de saúde menos frequentes, as estimativas não foram apresentadas porque o número de observações em algumas categorias não permitiu o cálculo com precisão aceitável. Da mesma forma, a avaliação das diferenças

entre as prevalências por sexo e faixas etárias restringiu-se às condições que tiveram maior ocorrência.

Destaca-se que as estimativas das prevalências das DCNT são inéditas e dimensionam a magnitude dessas condições para a população indígena adulta e idosa não aldeada do Brasil, contribuindo para a adoção de ações que possam atender a demandas de cuidado e tratamento específicas – que considerem a cultura, os saberes e as demais singularidades desses brasileiros. A equidade é um dos princípios fundamentais norteadores do SUS³¹, o qual busca reconhecer as diferenças nos determinantes sociais – condições de vida e de saúde – e nas necessidades específicas de grupos populacionais distintos, como a população indígena⁶.

Os resultados deste estudo revelam que quase 60% da população indígena adulta e idosa brasileira não aldeada apresentava pelo menos uma doença crônica, principalmente hipertensão arterial, doenças/problemas crônicos da coluna vertebral, hipercolesterolemia, artrite/reumatismo e depressão. O desafio que se coloca para a APS é o *modus operandi* para implementar práticas relacionadas com a promoção de saúde e a prevenção de agravos, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.

Colaboradoras

Francisco PMSB (0000-0001-7361-9961)* contribuiu para concepção, análise e interpretação de dados, elaboração de versões preliminares, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Assumpção D (0000-0003-1813-996X)* contribuiu para análise e interpretação de dados, elaboração de versões preliminares, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Bacurau AGM (0000-0002-6671-2284)* contribuiu para interpretação de dados, elaboração de versões preliminares, revisão

crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. Leitão VBG (0000-0002-7424-7300)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação

final do manuscrito. Malta DC (0000-0002-8214-5734)* contribuiu para interpretação de dados do trabalho, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Características gerais dos indígenas no Censo Demográfico 2010 – resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
2. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018;42:e184. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>
3. Souza LG, Gugelmin SA, Cunha BCB, et al. Os indígenas Xavante no Censo Demográfico de 2010. *R Bras Est Pop*. 2016;33(2):327-347. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-30982016a0025>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Indígenas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/graficos-e-tabelas-2.html>
5. Ministério dos Povos Indígenas (BR). Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Dados do Censo 2022 revelam que o Brasil tem 1,7 milhão de indígenas. *Gov.br* [Internet]. 2023 ago 7 [acesso em 2023 ago 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/asuntos/noticias/2023/dados-do-censo-2022-revelam-que-o-brasil-tem-1-7-milhao-de-indigenas>
6. Fundação Nacional de Saúde (BR). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: FNS; 2002.
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_analise_situacao_sasisus.pdf
8. Araujo Junior JJ. O despertar de uma política: as dificuldades de concretização do subsistema de saúde indígena entre 1999 e 2015. *Bol Científico ESMPU*. 2019;18(53):41-77.
9. Sandes LFF, Freitas DA, Souza MFNS, et al. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e163. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.163>
10. Oliveira FG, Oliveira PCP, Oliveira Filho RNB, et al. Challenges of the indigenous population to access to health in Brazil: integrative literature review. *Res Soc Dev*. 2021;10(3):e47710313203. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13203>
11. Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(4):860-866. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027814>
12. Alves FTA, Prates EJS, Carneiro LHP, et al. Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. *Saúde debate*. 2021;45(130):691-706. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113010>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Goes FL, Vieira MGF, Reis TR, et al. Atlas das periferias no Brasil: aspectos raciais de infraestrutura nos aglomerados subnormais [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2021 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11050>
14. Bastos JL, Santos RV, Cruz OG, et al. Características sociodemográficas de indígenas nos censos brasileiros de 2000 e 2010: uma abordagem comparativa. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(supl1):e00085516. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085516>
15. Armstrong AC, Ladeia AMT, Marques J, et al. Urbanização Associa-se com Tendência a Maior Mortalidade Cardiovascular em Populações Indígenas: o Estudo PAI. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(3):240-245. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20180026>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional de Saúde. Arquivos de Microdados da PNS 2019 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [acesso em 2024 maio 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=microdados>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil, grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
18. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(5):e2020315. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
19. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:549.
20. Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2016 maio 24; Seção I:44.
21. Luciano RRF, Simas HCP, Garcia FM. Políticas públicas para indígenas: da educação básica ao ensino superior. *Interfaces da Educ* 2020;11(32):571-605. DOI: <https://doi.org/10.26514/inter.v11i32.4009>
22. Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina [Internet]. Florianópolis: Editora da UFSC; 2021 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/196826/Sa%c3%bade%20ind%c3%adgena-ebook-4nov2021.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
23. Toledo NN, Almeida GS, Matos MMM, et al. Fatores de risco cardiovascular: diferenças entre grupos étnicos. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20180918. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0918>
24. Oliveira MC. Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(1):311-312. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.11552015>
25. Ministério da Justiça e Cidadania (BR). O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1 [Internet]. 11. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2017 [acesso em 2023 abr 1]. Disponível em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2021/04/SUP13_Modulo1_reduzido.pdf
26. Silva ALO, Mota CL, Pereira RA, et al. As cores do tabagismo: relação entre raça e consumo de tabaco no Brasil. *Rev Bras Cancerol*. 2022;68(1):e-151552. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1552>

27. Chagas CA, Castro TG, Leite MS, et al. Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00206818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206818>
28. Soares LP, Fabbro ALD, Silva AS, et al. Risco Cardiovascular na População Indígena Xavante. *Arq Bras Cardiol*. 2018;110(6):542-550. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20180090>
29. Chagas CA, Castro TG, Leite MS, et al. Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(1):e00206818. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00206818>
30. Coimbra Jr CEA. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(4):855-859. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031214>
31. Presidência da República (BR). Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2023 abr 1]; Seção I:18055. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Recebido em 11/09/2023

Aprovado em 10/06/2024

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Jamilli Silva Santos