

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*,

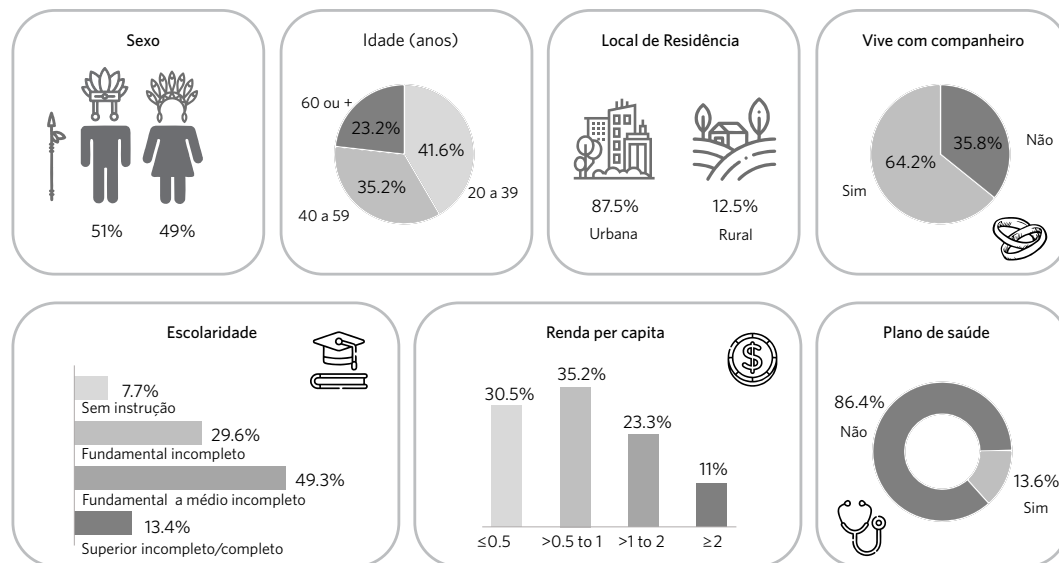
que considera o delineamento amostral complexo da pesquisa.

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):e151552. 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