

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA**

THALITA CRISTINE ALMEIDA

**MULTIMORBIDADES EM INDÍGENAS:
PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS**

PASSO FUNDO, RS

2025

THALITA CRISTINE ALMEIDA

**MULTIMORBIDADES EM INDÍGENAS:
PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata dos Santos Rabello
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann

PASSO FUNDO, RS

2025

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Almeida, Thalita Cristine

Multimorbidade em indígenas: prevalência e fatores relacionados / Thalita Cristine Almeida. -- 2025.
64 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Renata dos Santos Rabello
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Ivana Loraine Lindemann
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2025.

1. Multimorbidade. 2. Doenças crônicas. 3. Indígenas.
4. Comorbidades. I. , Renata dos Santos Rabello, orient.
II. Lindemann, Ivana Loraine, co-orient. III.
Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

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

THALITA CRISTINE ALMEIDA

**MULTIMORBIDADES EM INDÍGENAS:
PREVALÊNCIA E FATORES RELACIONADOS**

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

Esse Trabalho de Curso foi defendido e aprovado pela banca em: 24/06/2025.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora

Prof^a. Dr^a . Renata dos Santos Rabello

Avaliador

Prof^a. Dr^a. Jossimara Polettini

Avaliador

Prof. Dr. Julio César Stobbe

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer aqueles que sacrificaram muitas das suas alegrias para me fazer conquistar meus sonhos: meus pais. Com vocês aprendi a importância do estudo, o respeito com o outro e a nunca esquecer minhas origens. Em especial, gostaria de enaltecer minha mãe, Maria, a qual me agraciou diariamente com carinho e incentivo para a realização desse curso e a concretização deste trabalho.

Agradeço também ao meu grande amor, Rudolph, por sua gentileza, cuidado e companheirismo desses anos. Obrigada por me impulsionar a voos altos e por me fazer ver qualidades em mim que eu nem sabia que existiam.

Agradeço aos meus amigos, companheiros de jornada, pelo convívio diário repleto de alegrias. Em meio a fraqueza pude encontrar forças em vocês. Com muita serenidade, posso afirmar que se tornaram meus irmãos de vida.

Também gostaria de lembrar dos meus: Fred, Katarina e Stella. Vocês foram meus companheiros e as suas presenças são o júbilo da minha vida. Com saudade, agradeço ao Fred por ter me amparado e me reerguido, se estou aqui hoje, fisicamente, é por causa dele. Obrigada por me salvar, meu eterno melhor amigo.

Por último, mas não menos importante, agradeço à minha orientadora Renata dos Santos Rabello e a minha coorientadora Ivana Loraine Lindemann pelo auxílio com a construção dessa pesquisa. Pude me apoiar no vasto conhecimento de vocês e sentir segurança em cada etapa: isso é um privilégio.

“Quando toca alguém nunca toque só um corpo. Quer dizer, não esqueça que toca uma pessoa e que neste corpo está toda a memória de sua existência. E, mais profundamente ainda, quando toca um corpo, lembre-se de que toca um Sopro, que este Sopro é o sopro de uma pessoa com seus entraves e dificuldades e, também, é o grande Sopro do universo. Assim, quando toca um corpo, lembre-se de que toca um Templo.”

Jean Yves Leloup

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Curso (TC) de graduação é requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo - RS. Foi elaborado pela acadêmica Thalita Cristine Almeida, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Renata dos Santos Rabello e coorientação da Prof^ª. Dr^ª. Ivana Loraine Lindemann. O estudo é de natureza quantitativa e observacional transversal, cujo objetivo é analisar, na população indígena, a prevalência de multimorbidade e seus fatores relacionados. O volume de TC está em conformidade com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da UFFS e com o Regulamento de Trabalho de Conclusão do Curso, sendo composto pelo Projeto de Pesquisa, Relatório de Atividades e Artigo Científico. Seu desenvolvimento se deu ao longo de três semestres do curso de Graduação em Medicina da UFFS, campus Passo Fundo. Durante o Componente Curricular (CCr) Trabalho de Curso I, no primeiro semestre de 2024, foi elaborado o Projeto de Pesquisa. No segundo semestre de 2024, durante o CCr Trabalho de Curso II, foi realizado o Relatório de Pesquisa descrevendo a análise de dados obtidos no ambulatório indígena da UFFS, localizado em Passo Fundo, região Norte do Rio Grande do Sul. Por fim, no primeiro semestre de 2025, durante o CCr Trabalho de Curso III, foi finalizada a redação do Artigo Científico com os dados analisados estatisticamente.

RESUMO

A transição demográfica assimilada às mudanças do padrão de vida da sociedade, proporcionam maior exposição a fatores danosos predisponentes a doenças crônicas. Dessa maneira, deparar-se com mais de uma patologia no mesmo indivíduo se tornou cotidiano. Nesse sentido, esse trabalho representa um recorte do projeto “Perfil clínico-epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no Sul do Brasil”, institucionalizado na Universidade Federal da Fronteira Sul. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal, realizado entre Agosto de 2024 e Julho de 2025, tendo como população-alvo os usuários do Ambulatório do Índio - Pe. Elli Benincá (“Ambulatório Indígena”), localizado na cidade de Passo Fundo, região Norte do Rio Grande do Sul. Serão elegíveis todos os pacientes com idade igual ou superior a 20 anos. O estudo busca analisar a ocorrência de multimorbidade (ocorrência simultânea de duas ou mais doenças crônicas) nessa população, quais são as doenças interrelacionadas e quais características pessoais – sociodemográficas e de hábitos de vida, podem corroborar a prevalência. Com isso, será possível traçar um perfil dos pacientes acometidos por esse contexto. As variáveis de interesse serão as epidemiológicas (sexo, idade e escolaridade) e comportamentais (tabagismo, etilismo e prática de atividades físicas). E os desfechos estudados serão a presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, hipotireoidismo, dislipidemia, asma e doença renal crônica. Serão analisadas as frequências absoluta e relativa das variáveis para caracterizar a amostra e assim identificar a prevalência de multimorbidade (total de indivíduos com multimorbidade//total da amostra) com intervalo de confiança de 95% (IC95). A prevalência das doenças crônicas será calculada pelo total de casos combinados para cada dupla de doença dividida pelo total da amostra. A fim de avaliar a relação entre a variável dependente (multimorbidade) e independentes (características sociodemográficas e comportamentais) será utilizado o teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. A amostra do estudo foi composta por 570 indígenas, sendo a maioria do sexo feminino (59,3%), com idade entre 20 e 39 anos (50,5%) e escolaridade predominante até o ensino fundamental (71,4%). Em relação aos comportamentos de saúde, 21,6% dos participantes relataram consumo de bebidas alcoólicas, 26,6% eram tabagistas e apenas 7,5% praticavam atividade física regularmente. No que se refere à prevalência de doenças crônicas, 25,4% dos indivíduos apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 14,2% relataram ansiedade e 10,7% possuíam diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. A prevalência de multimorbidade na amostra foi de 14,2% (IC95%: 11–17), sendo que a combinação mais

frequente foi hipertensão arterial sistêmica associada a diabetes mellitus tipo 2 (46,9% dos casos de multimorbidade), seguida das combinações de hipertensão com dislipidemia (21%), hipertensão com depressão (9,9%) e hipertensão com ansiedade (9,9%). A associação entre diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemia foi identificada em 12,3% da amostra. Destaca-se ainda que a multimorbidade apresentou associação estatisticamente significativa com idade igual ou superior a 60 anos (32,9%; $p < 0,001$), escolaridade até o ensino fundamental (16,9%; $p = 0,011$) e tabagismo (19,3%; $p = 0,049$). O estudo dessa população permitirá maior compreensão das características sociodemográficas e comportamentais, além de evidenciar quais são as doenças crônicas encontradas de modo isolado e associado. Dessa maneira, poderá servir de instrumento para estratégias de políticas públicas. Logo, estudos como esse são necessários e urgentes.

Palavras-chave: Multimorbidade; Doenças crônicas; Saúde indígena; Comorbidade.

ABSTRACT

The demographic transition assimilated to changes in the standard of living of society provides greater exposure to harmful factors predisposing individuals to chronic diseases. Thus, encountering more than one pathology in the same individual has become commonplace. In this context, this work represents a segment of the project "Clinical-epidemiological profile of indigenous people attended at a medium and high complexity outpatient clinic in southern Brazil," institutionalized at the Federal University of the Southern Frontier. This is a quantitative, observational, and cross-sectional study conducted between August 2024 and July 2025, targeting users of the Pe. Elli Benincá Indigenous Outpatient Clinic ("Indigenous Outpatient Clinic"), located in the city of Passo Fundo, in the northern region of Rio Grande do Sul. All patients aged 20 years or older will be eligible. The study aims to analyze the occurrence of multimorbidities (simultaneous occurrence of two or more chronic diseases) in this population, which diseases are interrelated, and which personal characteristics – sociodemographic and lifestyle habits – may corroborate the prevalence. Thus, it will be possible to outline a profile of the patients affected by this context. The variables of interest will be epidemiological (gender, age, and education) and behavioral (smoking, alcohol consumption, and physical activity). The outcomes studied will be the presence of systemic arterial hypertension, type 1 diabetes mellitus, type 2 diabetes mellitus, hypothyroidism, dyslipidemia, asthma, and chronic kidney disease. The absolute and relative frequencies of the variables will be analyzed to characterize the sample and identify the prevalence of multimorbidities (total individuals with multimorbidities/total sample) with a 95% confidence interval (CI95). The prevalence of chronic diseases will be calculated by the total number of combined cases for each pair of diseases divided by the total sample. To evaluate the relationship between the dependent variable (presence of multimorbidities) and the independent variables (sociodemographic and behavioral characteristics), the chi-square test will be used with a significance level of 5%. The study sample comprised 570 Indigenous participants, most of whom were female (59.3%), aged between 20 and 39 years (50.5%), and with an education level up to elementary school (71.4%). Regarding health-related behaviors, 21.6% reported alcohol consumption, 26.6% were smokers, and only 7.5% engaged in regular physical activity. As for the prevalence of chronic diseases, 25.4% of individuals had systemic arterial hypertension, 14.2% reported anxiety, and 10.7% had a diagnosis of type 2 diabetes mellitus. The prevalence of multimorbidity in the sample was 14.2% (95% CI: 11–17), with the most frequent combination being systemic arterial hypertension associated with type 2

diabetes mellitus (46.9% of multimorbidity cases), followed by hypertension with dyslipidemia (21%), hypertension with depression (9.9%), and hypertension with anxiety (9.9%). The association between type 2 diabetes mellitus and dyslipidemia was identified in 12.3% of the sample. Furthermore, multimorbidity was statistically significantly associated with age 60 years or older (32.9%; $p < 0.001$), education up to elementary school (16.9%; $p = 0.011$), and smoking (19.3%; $p = 0.049$). Studying this population will allow a greater understanding of the sociodemographic and behavioral characteristics, as well as highlight the chronic diseases found in isolation and association. Thus, it can serve as an instrument for public policy strategies. Therefore, studies like this are necessary and urgent.

Keywords: Multimorbidity; Chronic diseases; Indigenous health; Comorbidity.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	12
2. DESENVOLVIMENTO	13
2.1. PROJETO DE PESQUISA	13
2.1.1. Tema	13
2.1.2. Problemas	13
2.1.3. Hipóteses	14
2.1.4. Objetivos	14
2.1.4.1. Objetivo geral	14
2.1.4.2. Objetivos específicos	14
2.1.5. Justificativa	15
2.1.6. Referencial teórico	15
2.1.6.1 Determinantes sociais de saúde	15
2.1.6.2 Povos indígenas brasileiros	17
2.1.6.3 Doenças crônicas não transmissíveis e multimorbidade	18
2.1.6.4 Política Nacional de Saúde Indígena	19
2.1.6.5 Ambulatório do Índio Pe. Elli Benincá	21
2.1.7 Metodologia	21
2.1.7.1 Tipo de estudo	21
2.1.7.2 Local e período de realização	21
2.1.7.3 População e amostragem	22
2.1.7.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados	22
2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise de dados	22
2.1.7.6 Aspectos Éticos	23
2.1.8 Recursos	23
2.1.9 Cronograma	24
2.1.10 Referências	24
2.1.11 Anexos	29
2.2 Relatório de pesquisa	44
3. ARTIGO CIENTÍFICO	46
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64

1. INTRODUÇÃO

A revolução industrial foi marcada pela rápida urbanização e industrialização, provocando mudanças substanciais nos padrões de vida das populações. Esse período é caracterizado por condições de saúde menos saudáveis, dietas hipercalóricas e relevante exposição a poluentes industriais e urbanos (MINAYO-GOMEZ *et al.*, 1997). Esse contexto, associado ao desenvolvimento de medicamentos e vacinas no século XX, proporcionou o controle e a erradicação de muitas doenças infecciosas, reduzindo a prevalência das doenças parasitárias ao mesmo tempo que expandia a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Doenças crônicas são caracterizadas pelo início gradual com prognóstico geralmente incerto e de indefinida duração (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Dentro desse grupo de doenças existem as não transmissíveis, representadas pelas alterações cardiovasculares, pulmonares crônicas e diabetes. Essas patologias, isoladamente, representam 70% dos óbitos mundiais (OMS, 2016) e são ainda mais danosas quando encontradas associadas, sendo conceituadas como multimorbidade. Esse conceito é caracterizado pela presença de duas ou mais DCNT no mesmo indivíduo que, além da mortalidade prematura, gera perda da qualidade de vida e intensifica os gastos com a assistência médica (MALTA *et al.*, 2020).

Diante desse cenário, depreende-se o quanto a sociedade modificou e foi modificada pela dinâmica da saúde global, essa impulsionada por avanços científicos, transformações sociais e econômicas. No entanto, esse avanço não foi uniforme e, em alguns casos, gerou novos desafios como evidenciado nas comunidades indígenas. A história da saúde indígena é marcada por uma série de obstáculos singulares, moldados por barreiras linguísticas, culturais e limitações de acesso aos serviços de saúde. Nessas comunidades, as multimorbidade representam um problema complexo, principalmente por ser pouco debatido na literatura. Ainda, diante disso, manejar essas doenças requer ações de promoção à saúde continuadas - para desenvolver os determinantes sociais de saúde -, atendimento médico eficiente e acesso ao serviço que, para muitas comunidades tradicionais tem sido cerceados (STEIN, 2018).

Nesse sentido, é crucial adotar abordagens de prevenção e gestão que considerem as características específicas e os fatores associados que contribuem com a morbidade populacional. A prevalência dessas condições na sociedade indígena é influenciada por uma série de elementos, incluindo aspectos socioeconômicos, ambientais e culturais. Além disso,

as práticas tradicionais de cura e os modos de vida comunitários também desempenham um papel significativo na saúde dessas comunidades, podendo tanto promover quanto prejudicar a abordagem das multimorbidade.

Portanto, é essencial compreender profundamente esses aspectos para desenvolver estratégias eficazes de prevenção e manejo das doenças. Adaptar programas de saúde à cultura local, integrando conhecimentos tradicionais, é fundamental para garantir uma abordagem completa e eficiente (ANDRADE et al., 2016). Ao adotar uma abordagem científica e culturalmente sensível, a saúde indígena pode ser significativamente melhorada, reduzindo a prevalência e o impacto das DCNT associadas, e por fim, promovendo uma melhor qualidade de vida para essas comunidades.

Assim, urge a necessidade de investigar os aspectos sociodemográficos, epidemiológicos e clínicos que perpassam essa temática, para expandir o conhecimento sobre os povos indígenas e proporcionar melhores condições de saúde a esses indivíduos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. Tema

Análise da prevalência de multimorbidade e dos fatores relacionados à sua ocorrência na população indígena acompanhada no Ambulatório do Índio - Pe. Elli Benincá da Universidade Federal da Fronteira Sul, em Passo Fundo, no Rio Grande do Sul.

2.1.2. Problemas

Qual o perfil sociodemográfico e comportamental da amostra e quais doenças prevalecem nela?

Qual a prevalência de multimorbidade na amostra estudada?

Entre os portadores de múltiplas condições médicas, quais doenças crônicas, de forma associada, ocorrem com maior frequência?

Quais características sociodemográficas e comportamentais estão relacionadas com a presença de multimorbidade?

2.1.3. Hipóteses

O perfil do paciente, atendido no Ambulatório do Índio, será predominantemente do sexo feminino, acima dos 40 anos de idade. Quanto aos hábitos de vida, espera-se encontrar indivíduos que não possuem o hábito de realizar atividade física. Em relação aos hábitos nocivos, espera-se que não sejam alcoólatras, mas tabagistas. Quanto ao grau de instrução, pressupõe-se que os pacientes possuam menos de 8 anos cursados. Entre as doenças presentes na amostra, espera-se encontrar maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e hipercolesterolemia.

Espera-se que a prevalência de multimorbidade na amostra estudada seja de 45%.

Em relação às patologias comumente presentes em associação, espera-se ser encontrada a hipertensão arterial sistêmica em conjunto com hipercolesterolemia ou diabetes, de modo a formar duplas.

Quanto aos fatores relacionados que mais expõem os indivíduos a manifestarem multimorbidade, acredita-se encontrar relação com a idade superior aos 55 anos e o sexo feminino. Pressupõe-se não haver relação significativa entre os anos de estudo e a presença de múltiplas DCNT. Em relação aos comportamentos, acredita-se haver relação com o tabagismo prévio, o sedentarismo e o sobrepeso.

2.1.4. Objetivos

2.1.4.1. Objetivo geral

Avaliar a prevalência de multimorbidade na população indígena atendida no ambulatório do índio e investigar os fatores relacionados.

2.1.4.2. Objetivos específicos

Descrever as características sociodemográficas e comportamentais da amostra, para reconhecer o perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório do Índio e verificar quais doenças crônicas são comumente encontradas nessa população.

Estimar a prevalência da multimorbidade na amostra.

Compreender quais doenças crônicas são encontradas de forma associada e qual a prevalência dessas associações.

Identificar quais são os fatores relacionados à ocorrência de multimorbidade na população do estudo.

2.1.5. Justificativa

A população indígena, apesar das adversidades, permanece no território brasileiro como guardiã dos saberes tradicionais, berço de grandes avanços científicos. Apesar disso, parte significativa do material intelectual produzido no país segrega essa população, principalmente no que tange a saúde indígena. Diante disso, percebe-se a incoerência no estudo do povo brasileiro, haja vista que essa população representa mais de um milhão de indivíduos (IBGE, 2022). Essa é uma parcela expressiva da sociedade, com características múltiplas e situações híbridas variadas que denotam atenção. Dessa maneira, nota-se a importância deste estudo devido à escassez de informações e literaturas que envolvam a temática dos indígenas, principalmente no que tange à multimorbidade. Este trabalho promoverá, ainda, uma base de dados sobre os fatores relacionados à prevalência de múltiplas doenças crônicas, bem como indicará as problemáticas que culminam na segregação do cuidado à saúde dos indígenas.

Portanto, depreende-se o impacto positivo desse trabalho para a população e para a comunidade científica, visto que, ao conhecer o perfil desses indivíduos, gestores estarão melhores capacitados para promover políticas públicas de qualidade que satisfaçam suas necessidades. Além disso, os profissionais da saúde poderão se amparar sobre maior conhecimento da população, o que facilitará tanto no manejo dos pacientes quanto nas orientações.

2.1.6. Referencial teórico

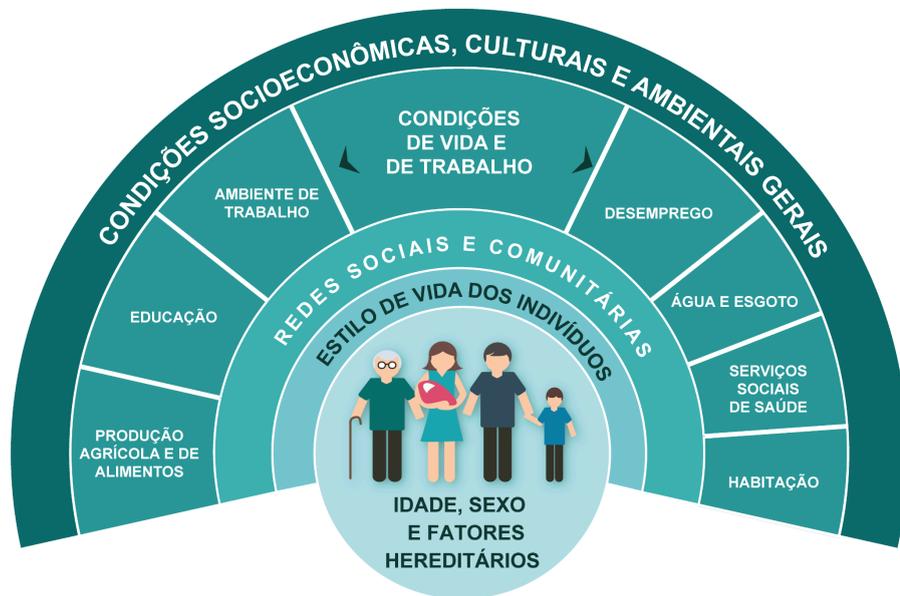
2.1.6.1 Determinantes sociais de saúde

Os determinantes sociais de saúde compreendem os aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais gerais de forma interrelacionada, os quais influenciam a ocorrência dos problemas de saúde e dos fatores de risco ao ocasionamento de doenças na população. Esse conceito tem sido intensamente estudado, pois compreende-se a importância de saber os fatores relacionados às patologias para promover estratégias de saúde abrangentes. O principal desafio é estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores sociais,

econômicos e políticos que afetam a saúde, considerando que essa relação não é simplesmente causal, mas multifatorial (ALBUQUERQUE *et al*, 2014).

Modelos conceituais, como o de Dahlgren e Whitehead, que incluem os determinantes sociais dispostos em diferentes camadas, ajudam a compreender essas relações complexas. No primeiro nível têm-se os fatores comportamentais e de estilos de vida, sugerindo que mudanças nesses aspectos são influenciadas pelos determinantes sociais. Políticas abrangentes são necessárias para promover mudanças comportamentais por meio de programas educativos, como a proibição da propaganda de substâncias prejudiciais à saúde. O segundo nível destaca as comunidades e suas redes de relações, enfatizando a importância da coesão social para a saúde individual e coletiva. Políticas de fortalecimento da organização comunitária e participação em ações coletivas são necessárias para grupos vulneráveis. O terceiro nível se refere às condições materiais e psicossociais de vida e trabalho, exigindo políticas que garantam acesso a serviços essenciais, emprego seguro e ambientes saudáveis. O quarto nível, por sua vez, aborda os macrodeterminantes sociais e econômicos, requerendo políticas macroeconômicas e ambientais que promovam o desenvolvimento sustentável e reduzam as desigualdades. (BUSS *et al.*, 2007).

Figura 1: Modelo de determinantes sociais por Dahlgren e Whitehead.



Fonte: SUCUPIRA *et al.*, 2014.

Esse modelo destaca a influência de fatores como comportamento, redes de apoio, condições de vida e trabalho, sobre o acometimento da saúde da população. No que tange a saúde indígena, esses determinantes têm grande impacto, haja vista que questões como acesso à água potável, ao saneamento básico e aos serviços de saúde são desafios enfrentados por grande parte dessa população. Observa-se também o quanto as questões ambientais - desmatamento, poluição aquífera etc - ferem a dignidade indígena, gerando mazelas mentais e físicas, além de deslegitimar suas questões espirituais (OLIVEIRA *et al.*, 2021),

2.1.6.2 Povos indígenas brasileiros

O Brasil se destaca pela diversidade étnico-cultural, que se manifesta através de diversas comunidades tradicionais, incluindo os povos indígenas. Apesar da sua relevância para a formação do povo brasileiro, ao longo da história, essas comunidades foram muitas vezes marginalizadas pela sociedade e pelo governo, resultando na ausência de políticas públicas específicas que reconheçam e protejam seus modos de vida e territórios (CARVALHO *et al.*, 2018).

Esses povos destacam-se por características intrínsecas que moldam suas identidades e modos de viver. A conexão íntima e respeitosa com o meio ambiente é uma delas: possuem um profundo conhecimento dos ecossistemas locais, técnicas de manejo sustentável e medicina tradicional baseada em plantas. Além disso, possuem rica cultura, cujo reconhecimento ao longo das gerações é essencial, abrangendo costumes, línguas e tradições transmitidas oralmente. Essas comunidades frequentemente têm uma forte ligação com seus territórios, fundamentais para sua subsistência e organização local. Ademais, organizam-se comunitariamente, valorizando a cooperação. Também adotam práticas de subsistência que respeitam os ciclos naturais, promovendo a sustentabilidade ambiental em suas atividades diárias. Apesar desse importante cenário, enfrentam desafios persistentes, como discriminação e perda de território, o que os impulsiona a lutar pelos seus direitos territoriais, culturais e sociais (SARTORI *et al.*, 2017).

Diante disso, instituições como a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) surgem no intuito de proteger suas práticas e costumes, além de garantir seus direitos explicitados pela lei nº 6.001, de 19 de Dezembro de 1973. Entre esses direitos são reforçados o reconhecimento e a demarcação de terras tradicionalmente ocupadas por indígenas, é assegurada a preservação da identidade cultural, social e econômica, propiciada a assistência à saúde que visa atender suas peculiaridades, entre outros (BRASIL, 1973).

2.1.6.3 Doenças crônicas não transmissíveis e multimorbidade

Com o advento do estilo de vida moderno, a população mundial passou pela transição epidemiológica, definida como mudanças que perpassam o tempo e alteram a morbidade, a invalidez e as causas de óbitos, em conjunto com as transformações sociodemográficas e econômicas. (SCHRAMM *et al.*, 2004). Nessa mudança, DCNT se tornaram as principais causas de adoecimento e morte no Brasil - representando até 72% (UNA-SUS, 2014). Entre essas patologias, destaca-se a diabetes tipo 2, a hipertensão e a dislipidemia como principais causas do acometimento da higidez (JAKOVLJEVIC; OSTOJIC, 2013).

A diabetes melito pode ser definida como o conjunto de doenças caracterizadas pela hiperglicemia crônica, seja por defeito da secreção de insulina ou pela resistência a seu uso (GROSS *et al.*, 2002). Esse constante estado hiperglicêmico corrobora sintomas específicos: polidipsia, polifagia, poliúria e perda ponderal. Além disso, em estados mais avançados, pode ocorrer acometimento de estruturas micro e macrovasculares, sequenciando doenças cardiovasculares, neuropatia periférica, nefropatia, retinopatia, entre outras (NEVES *et al.*, 2023).

Outra mazela representativa é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), caracterizada pelo aumento sustentado da pressão exercida pelo sangue aos vasos sanguíneos, sendo a pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e a pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pessoas que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva (SILVA *et al.*, 2016). Entre a sintomatologia, evidencia-se a cervicalgia, a sudorese e a cefaléia que, assim como na diabetes, exerce sobrecarga dos sistemas, acometendo vasos sanguíneos, coração, rins e cérebro (NOBLAT *et al.*, 2014).

Não obstante, a dislipidemia, representada por alterações nos níveis lipídicos no sangue - incluindo colesterol total elevado, low density lipoprotein (LDL) elevado e/ou níveis reduzidos de high density lipoprotein (HDL) - desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de aterosclerose que pode se agravar até a ocorrência de eventos como o infarto agudo do miocárdio (IAM), a angina, a doença arterial coronariana (DAC) etc (VALENÇA *et al.*, 2021).

Recorrentemente, essas doenças não são encontradas de forma isolada. Dessa maneira, é comum localizar nos indivíduos a simultaneidade de mais de duas doenças crônicas, sendo que estas não necessitam ter relação causal, conceituando o termo multimorbidade (VIOLAN *et al.*, 2014; MALTA *et al.*, 2020). Diante desse contexto, a presença de doenças em associação representa uma preocupação devido à complexidade associada ao tratamento, podendo gerar a polifarmácia e a iatrogenia. Além disso, as multimorbidade estão

frequentemente associadas a um aumento significativo do risco de complicações de saúde, como as hospitalizações e a piora da qualidade de vida. O seu impacto não se limita apenas ao indivíduo afetado, mas também se estende aos sistemas de saúde, exigindo uma alocação adicional de recursos para lidar com as necessidades de saúde da população (SOUZA *et al.*, 2019).

Diante disso, é relevante compreender os fatores que predisõem os indivíduos a desenvolver essas mazelas. No Rio Grande do Sul, um estudo sobre multimorbidade em adultos redigido por Albergaria *et al.*, (2023) com 998 participantes, mostrou que o aumento de faixa etária contribui para o desfecho multimorbidade, assim como o excesso de peso. Variáveis como tabagismo e etilismo, nesta pesquisa, evidenciaram ser fatores não relacionados. Desse modo, percebe-se que o aumento de anos vividos corrobora danos fisiológicos, isto porque o corpo humano passa a não ter o mesmo vigor para lidar contra agentes lesivos. O excesso de peso e a ausência de prática física contribui para o acometimento físico, isso por gerar maior sobrecarga cardíaca, depositar lipídios em vasos e gerar maior desgaste em ossos e articulações. Ademais, o tabagismo e o consumo de álcool representam fatores prejudiciais para manter a homeostasia, haja vista que danificam e contribuem para a morte celular dos principais órgãos (coração, pulmão e fígado) (SOARES, *et al.*, 2023). A não relação evidenciada no estudo pode ser explicada pela causalidade reversa, haja vista que cessar hábitos nocivos faz parte do tratamento das DCNT.

Entender de que modo essas mazelas estão distribuídas na sociedade é premente para o manejo e a prevenção adequada. Para isso é necessário observar as características populacionais em seus diferentes cenários e qual a ocorrência nessas populações. Apesar disso, indígenas têm sido desconsiderados nessas investigações, necessitando de políticas específicas que contemplem essa população.

2.1.6.4 Política Nacional de Saúde Indígena

Desde a era pré-colombiana, os indígenas usufruem das suas técnicas medicinais tradicionais a fim de trazer a cura ao seu povo mediante intervenção da natureza. Contudo, com a exploração europeia houve desequilíbrio na sustentabilidade dessas técnicas, que passaram a ser deslegitimadas pelas demais populações (COIMBRA JUNIOR *et al.*, 2000). Somente no século XX órgãos públicos, como a FUNAI, foram criados para proteger os direitos indígenas. Contudo, a Política Nacional de Saúde Indígena só foi aprovada em 2002, após muitos anos de perda e sofrimento dessa população.

Diante desse contexto, foi necessário que essa política tivesse aprovação pelos povos tradicionais brasileiro e que contemplasse as seguridades exigidas por eles. Nesse documento, é garantido à sociedade autóctone a integralidade do cuidado, o respeito à diversidade cultural, a participação social e a equidade no acesso aos serviços de saúde. Ainda nessas circunstâncias, busca-se promover uma atenção à saúde que considere as especificidades das diferentes etnias e comunidades indígenas, valorizando seus conhecimentos tradicionais e suas práticas de cura de modo a agregar no tratamento. Nesse registro, compreende-se que para sua efetivação, é necessária uma rede de serviços nas terras indígenas, para facilitar o acesso e mitigar as deficiências da cobertura salutar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Nessa perspectiva, é necessário considerar as especificidades culturais e operacionais das comunidades indígenas, tanto para atuação quanto para colaboração do povo.

Dessa maneira, essa política se baseia em diretrizes para sua implementação, como a criação de distrito sanitário especial indígena, responsável por organizar os serviços destinados às áreas específicas. Nessa organização, leva-se em conta critérios como população, área geográfica e perfil epidemiológico. Além disso, busca estabelecer uma rede de saúde básica nas áreas indígenas, com equipes compostas por profissionais de saúde e agentes indígenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Ademais, outra diretriz notória é o monitoramento das ações em saúde, responsável por monitorar as ações realizadas pelo distrito sanitário. Esse sistema objetiva fornecer informações para construção de indicadores de saúde e avaliação da efetividade dos serviços, facilitando a alocação de recursos e orientando o planejamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Além do exposto, destaca-se a promoção ao uso adequado e racional de medicamentos que visa o acesso aos fármacos necessários e a incorporação das práticas tradicionais de saúde, como o uso de plantas medicinais pelos povos indígenas. Essa diretriz infere a descentralização da gestão, a promoção do uso racional de medicamentos e adaptação de protocolos terapêuticos e controle de qualidade. Assim, busca integrar saberes tradicionais com as práticas contemporâneas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Diante disso, percebe-se o quanto a política é estabelecida sobre resistentes princípios e, apesar desse grande avanço, a saúde indígena ainda sofre com a falta de profissionais capacitados e com a ineficiência de estruturas adequadas, que, junto do preconceito presente em uma parcela da sociedade brasileira, representa um grande desafio. Percebe-se, portanto, a importância da participação desses povos na deliberação pública e a criação de serviços especializados para seu atendimento.

2.1.6.5 Ambulatório do Índio Pe. Elli Benincá

Estima-se que o norte do Rio Grande do Sul concentre 54% da população indígena do estado (IBGE, 2010), predominando as etnias Kaingang, Charrua e Guarani. Passo Fundo está bem localizada nessa divisão estadual, sendo um local de grande fluxo e de habitação indígena. Diante desse panorama, urge a necessidade de promover assistência à saúde especializada para essa população. Com esse intuito, através de uma parceria entre o Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo (HSVP-PF) e a Universidade Federal da Fronteira Sul - campus Passo Fundo foi fundado o “Ambulatório do Índio Pe. Elli Benincá”.

No ambulatório são atendidos, de forma integral, pacientes indígenas de todas as faixas etárias e, quando necessário, são encaminhados para o serviço especializado. O serviço não comporta somente os passofundenses mas também as cidades de entorno, sendo esses cidadãos conduzidos até o município com auxílio de transporte de suas respectivas cidades. Além disso, o ambulatório propicia aos acadêmicos de medicina a oportunidade de conciliar teoria e prática, também como exercitar as qualidades de respeito, proatividade e empatia, imprescindível para a prática médica de qualidade.

2.1.7 Metodologia

2.1.7.1 Tipo de estudo

O respectivo trabalho é de caráter quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico transversal, de cunho descritivo e analítico.

2.1.7.2 Local e período de realização

O estudo será realizado no Ambulatório do Índio Pe. Elli Benincá, localizado junto à Universidade Federal da Fronteira Sul, no município de Passo Fundo – Rio Grande do Sul, no período de Agosto de 2024 a Julho de 2025.

2.1.7.3 População e amostragem

Esse trabalho é um recorte do projeto de pesquisa “Perfil clínico-epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no sul do Brasil” institucionalizado na Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo - RS. A população a ser estudada neste trabalho compreenderá a mesma estudada pelo projeto guarda-chuva, sendo esses os pacientes atendidos pelo Ambulatório indígena da UFFS. Para a composição da amostra serão elegíveis todos os indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, independentemente do sexo, que tenham consultado no período de 01/08/2021 a 30/09/2022. Estima-se que a amostra será constituída de aproximadamente 250 participantes.

2.7.1.4 Variáveis, instrumentos e coleta de dados

Para prosseguimento da pesquisa da qual esse estudo faz parte, solicitou-se ao setor de prontuários do Hospital São Vicente de Paulo a lista de pacientes atendidos entre Agosto de 2021 e 30 de Setembro de 2022 no Ambulatório do Índio. Em posse desses nomes, a equipe de pesquisa - da qual a presente autora faz parte - coletou os dados seguindo o instrumento de coleta (Anexo A) por meio do acesso ao sistema de prontuários eletrônicos. Essa etapa foi realizada de Outubro a Novembro de 2023.

Neste trabalho serão utilizadas as variáveis epidemiológicas (sexo, idade e escolaridade) e comportamentais (tabagismo, etilismo e prática de atividades físicas). Com o objetivo de analisar os diagnósticos de interesse serão analisadas as variáveis “Hipertensão Arterial Sistêmica? Sim, Não”, “Diabetes Mellitus 1? Sim, Não”, “Diabetes Mellitus 2? Sim, Não”, “Hipotireoidismo? Sim, Não”, “Dislipidemia? Sim, Não”, “Asma? Sim, Não” e “Doença Renal Crônica? Sim, Não”, “Câncer? Sim, Não”, “Depressão? Sim, Não” e “Ansiedade? Sim, Não”. Por fim, para a caracterização dos fatores relacionados serão abordadas as variáveis modificáveis (etilismo, tabagismo e sedentarismo) e aquelas não modificáveis (idade, sexo e escolaridade).

2.1.7.5 Processamento, controle de qualidade e análise de dados

Os dados obtidos foram digitados em banco criado no programa Epidata versão 3.1. Após a verificação de inconsistências, foram transferidos para programa estatístico PSPP, no qual serão realizadas as análises estatísticas. Ambos os softwares são de distribuição livre. Serão analisadas as frequências absoluta e relativa das variáveis para caracterizar a amostra

(sociodemográficas e comportamentais). Assim, será estimada a prevalência de multimorbidade - presença de duas ou mais doenças crônicas no mesmo indivíduo (HAS, DM-1, DM-2, hipotireoidismo, dislipidemia, asma, doença renal crônica - DRC, câncer, depressão e ansiedade) com intervalo de confiança de 95% (IC95). Para o cálculo desse indicador será considerado numerador o total de indivíduos com multimorbidade e no denominador o total da amostra.

Será calculada a prevalência das doenças crônicas associadas (HAS + DM-1; HAS + DM-2; HAS + hipotireoidismo; HAS + dislipidemia; HAS + asma; HAS + DRC; HAS + câncer; HAS + depressão; HAS + ansiedade; DM-1 + hipotireoidismo; DM-2 + hipotireoidismo; dislipidemia + DM-1; dislipidemia + DM-2; dislipidemia + hipotireoidismo; DM-1 + asma; DM-2 + asma; hipotireoidismo + asma; dislipidemia + asma; DM-1 + DRC; DM-2 + DRC; hipotireoidismo + DRC; dislipidemia + DRC; asma + DRC; DM-1 + câncer; DM-2 + câncer; hipotireoidismo + câncer; asma + câncer; DRC + câncer; DM-1 + depressão; DM-2 + depressão; hipotireoidismo + depressão; dislipidemia + depressão; asma + depressão; DRC + depressão; câncer + depressão; DM-1 + ansiedade; DM-2 + ansiedade; hipotireoidismo + ansiedade; dislipidemia + ansiedade; asma + ansiedade; DRC + ansiedade; câncer + ansiedade; ansiedade + depressão). Para o cálculo desses indicadores será considerado no numerador o total de casos combinados para cada dupla de doença e no denominador o total da amostra. Para a avaliação da relação entre a variável dependente (presença de multimorbidade) e as independentes (características sociodemográficas e comportamentais) será utilizado o teste qui-quadrado com nível de significância de 5%.

2.1.7.6 Aspectos Éticos

O projeto intitulado “Perfil clínico-epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no sul do Brasil”, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, sendo aprovado pelo parecer de número 5.918.524, exibido pelo Anexo B, o qual atende à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

2.1.8 Recursos

Os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento da pesquisa estão listados no Quadro 1, sendo eles custeados pela equipe de pesquisa.

Quadro 1: Orçamento

Item	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Impressões	100	R\$ 0,50	R\$ 50,00
Caneta (BIC)	5	R\$ 4,00	R\$ 20,00
Notebook	1	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Pasta	4	R\$ 5,00	R\$ 20,00
Total			R\$ 3.090,00

Fonte: autoria própria, 2024.

2.1.9 Cronograma

O cronograma para realização das atividades relacionadas ao projeto, entre os meses de agosto de 2024 e julho de 2025, consta no Quadro 2.

Quadro 2: Cronograma

Atividades/Período	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Ago/ 2024	Set/ 2024	Out/ 2024	Nov/ 2024	Dez/ 2024	Jan/ 2025	Fev/ 2025	Mar/ 2025	Abr/ 2025	Mai/ 2025	Jun/ 2025	Jul/ 2025
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Processamento e Análise dos Dados						X	X	X				
Redação do Artigo e divulgação dos resultados									X	X	X	

Fonte: autoria própria, 2024.

2.1.10 Referências

ALBERGARIA, Vinícius Estanislau et al. Multimorbidade e fatores associados em adultos usuários da Atenção Primária à Saúde no norte do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 18, n. 45, p. 3504, 29 set. 2023. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3504](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3504). Disponível em: <file:///C:/Users/thacr/Downloads/3504-Texto%20do%20artigo-24096-21524-10-20230929.pdf>. Acesso em 01 mai. 2024.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de. *et al.* Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400953&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 mai. 2024.

ANDRADE, João T. *et al.* **Práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedicalidade**. Anuário Antropológico, [S.L.], n. 412, p. 179-204, 1

dez. 2016. OpenEdition. <http://dx.doi.org/10.4000/aa.2581>. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/aa/2581>>. Acesso em 02 abr. 2024.

BRASIL. **Congresso Nacional**. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 dez. 1973. Seção 1, p. 15951. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16001.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%206.001%2C%20DE%2019,sobre%20o%20Estatuto%20do%20%C3%8Dndio.&text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20Lei%20regula,e%20harmoniosamente%2C%20%C3%A0%20comunh%C3%A3o%20nacional>. Acesso em 30 mar. 2024.

BUSS, Paulo Marchiori et al. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 77-93, mar. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 31 mar. 2024.

CARVALHO, Andressa Veras de et al. **Povos e comunidades tradicionais: revisão sistemática da produção de conhecimento em psicologia**. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 198-215, dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n3p198-215>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872018000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 mar. 2024.

COIMBRA JUNIOR, Carlos Everaldo Alvares et al. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 125-132, set. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100011>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/bQ5j56fyrtBvsN5Hv43PQhz/#>>. Acesso em 01 mai 2024.

GROSS, Jorge L. et al. Diabetes Melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [S.L.], v. 46, n. 1, p. 16-26, fev. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27302002000100004>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abem/a/vSbC8y888VmqdqF7cSST44G/#>>. Acesso em 18 abr. 2024.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal>. Acesso em 22 mar. 2024.
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Estudos especiais. Disponível em: <<https://indigenas.ibge.gov.br/pt/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/os-indigenas-no-censo-demografico-2010#:~:text=O%20Censo%202010%20revelou%20que,do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Justi%C3%A7a.%5D>>. Acesso em 30 mar. 2024.

JAKOVLJEVIĆ, M.; OSTOJIĆ, L. **Comorbidade e multimorbidade na medicina hoje: desafios e oportunidades para aproximar ramos separados da medicina**. *Psychiatr Danub*, v. 25, Supl. 1, p. 18-28, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23806971/>>. Acesso em 22 mar. 2024.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 12, p. 4757-4769, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.16882020>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n12/4757-4769/pt/>. Acesso em 30 mar. 2024.

MINAYO-GOMEZ, Carlos *et al.* A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 13, n. 2, p. 21-32, ago. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1997000600003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgXxhy9PBddNZGhTy3MK8bs/#>. Acesso em 05 abr. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado de pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cr_onicas.pdf. Acesso em 30 mar. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em 30 mar. 2024.

NEVES, Rosália Garcia et al. Complicações por diabetes mellitus no Brasil: estudo de base nacional, 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 11, p. 3183-3190, nov. 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320232811.11882022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WqpZYbn3y6nK5tsFPGcBhJQ/#>. Acesso em 01 mai. 2024.

NOBLAT, Antonio Carlos Beisl et al. Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], v. 83, n. 4, p. 327-345, out. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2004001600006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/9MVFBxhFyZTfGPvM7NCSR4Q/#>. Acesso em 01 mai. 2024.

OLIVEIRA, Francinete Gonçalves de et al. Desafios da população indígena ao acesso à saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 233-259, 22 mar. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13203>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13203/12198/177323>. Acesso em 01 mai. 2024.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estimativas de saúde global: esperança de vida e principais causas de morte e incapacidade**. 2016. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html. Acesso em 30 mar. 2024.

SARTORI, Dailor Junior et al. O direito à saúde dos povos indígenas e o paradigma do reconhecimento / The right to health of indigenous peoples and the paradigm of recognition.

Revista Direito e Práxis, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 17-28, 8 mar. 2017. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/dep.2017.22581>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdp/a/NTmTvNRxCbvXH6JLFGptLBr/#>>. Acesso em 01 mai. 2024.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232004000400011>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/NcL6K3C5p7dRgQfZ938WtRD/>>. Acesso em 02 abr. 2023.

SILVA, Mariana Luiza B. et al. Representações sociais da hipertensão arterial. *Temas em Psicologia*, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 895-909, nov. 2016. Associação Brasileira de Psicologia. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2016.3-07>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300007>. Acesso em 18 abr. 2024.

SOARES, Mara Machado et al. A importância de hábitos saudáveis e adequados na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 129-171, 7 jan. 2023. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39295>. Disponível em: <<file:///C:/Users/thacr/Downloads/39295-Article-426538-1-10-20230107.pdf>>. Acesso em 01 mai. 2024.

SOUZA, Ana Sara Semeão de et al. Multimorbidade e uso de serviços de saúde em indivíduos com restrição de atividades habituais: estudo pró-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 11, p. 123-152, maio 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x0015118>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/n6HzdpLWwPk6pRBkb7nKxgh/>>. Acesso em 01 mai. 2024.

STEIN, A. T.. **Cardiovascular Diseases in Indigenous Populations: An Indicator Of Inequality**. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 110, n. 3, p. 246–247, mar. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/MJrYJghBcsCfBdtYvLNPYbJ/?lang=pt#>>. Acesso em 02 abr. 2024.

SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins et al. Social Determinants of Health among children aged between 5 and 9 years within the urban area, Sobral, Ceará, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 160-177, 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400060014>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/8pFxGfC6tDsjNv5StyQP4ms/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 31 mar. 2024.

UNA-SUS. **Diretrizes de Atenção à Saúde do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/574-milhoes-de-brasileiros-tem-pelo-menos-uma-doenca-cronica#:~:text=A%20hipertens%C3%A3o%20arterial%2C%20o%20diabetes,apresentam%20maior%20preval%C3%Aancia%20no%20pa%C3%ADs.>>>. Acesso em 22 mar. 2024.

VALENÇA, Silvia Eugênia Oliveira et al. Prevalência de dislipidemias e consumo alimentar: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 11, p. 5765-5776, nov. 2021. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320212611.28022020>. Disponível em:
<<https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n11/5765-5776/>>. Acesso em 18 abr. 2024.

VIOLAN, Concepció et al. Prevalence, Determinants and Patterns of Multimorbidity in Primary Care: a systematic review of observational studies. **Plos One**, [S.L.], v. 9, n. 7, p. 102-122, 21 jul. 2014. Public Library of Science (PLoS).
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0102149>. Disponível em:
<<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0102149>>. Acesso em 22 mar. 2024.

2.1.11 Anexos

ANEXO A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DE PRONTUARIOS Perfil clínico-epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no Sul do Brasil	
Pesquisador responsável: Prof. Me. Leandro Tuzzin leandro.tuzzin@uffs.edu.br; (54) 99919-2732	
Código do responsável pela coleta	
Nº Participante (NÃO PREENCHER)	
Nº Prontuário	
Data do atendimento	
Data de nascimento	
Sexo	(1) Masculino (2) Feminino
Cor da pele	(1) Branco (2) Pardo (3) Preto (4) Indígena (5) Amarelo
Etnia indígena	(1) Kaingang (2) Guarani (3) Charrua (4) Outra (9) Não informado
Município de procedência	
Moradia	(1) Aldeamento (2) Acampamento (3) Ocupação (4) Outro (9) Não informado
Situação Conjugal	(1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Separado (a) / Divorciado (a) (4) Viúvo (a) (5) União estável (9) Não informado
Escolaridade	(1) Não cursou (2) Fundamental incompleto (3) Fundamental completo (4) Médio incompleto (5) Médio completo (6) Superior incompleto (7) Superior completo (9) Não informado
Ocupação	(1) Agricultura

	(2) Indústria (3) Comércio (4) Aposentado (5) Licença saúde (6) Outros (9) Não informado
Prática de atividade física	(1) Sim (2) Não (9) Não informado
Práticas alimentares <i>(ver o quanto de espaço precisamos deixar aqui)</i>	
Peso	
Altura	
Circunferência Abdominal (cm)	
Tabagismo	(1) Sim (2) Não (3) Ex-tabagista (9) Não informado
Etilismo	(1) Sim (2) Não (3) Ex-Etilista (9) Não informado
Outras drogas	(1) Sim (2) Não (3) Ex-usuário (9) Não informado
Queixas na primeira consulta <i>(pegar dados do primeiro registro do participante no ambulatório)</i>	(0) Nefrológica (1) Gastrointestinal (2) Pulmonar (3) Cardiológica (4) Neurológica (5) Ginecológica (6) Psiquiátrica (7) Oftalmológica (8) Ortopédica (9) Dermatológicas (10) Infecciosas (11) Reumatológicas (12) Hematológicas (13) Otorrinolaringológica (99) Não se aplica
Condições Ginecológicas:	

Gestações	(1) 1 - 2 (2) 3 - 4 (3) 5 - 6 (4) > 6 (9) Não se aplica
Parto cesáreo	(1) 1 - 2 (2) 3 - 4 (3) 5 - 6 (4) > 6 (9) Não se aplica
Parto Vaginal	(1) 1 - 2 (2) 3 - 4 (3) 5 - 6 (4) > 6 (9) Não se aplica
Abortos	(1) 1 - 2 (2) 3 - 4 (3) 5 - 6 (4) > 6 (9) Não se aplica
Alguma gestação < 15 anos de idade	(1) Sim (2) Não (9) Não se aplica
HAS gestacional	(1) Sim (2) Não (9) Não se aplica
DM gestacional	(1) Sim (2) Não (9) Não se aplica
Trabalho de parto prematuro (TPP)	(1) Sim (2) Não (9) Não se aplica
Anticoncepção	(1) Anticoncepcional oral combinado (2) Anticoncepcional isolado progesterona (3) DIU (4) Condôm (5) Laqueadura/vasectomia (6) Implante subdérmico (9) Não informado
Último Citopatológico	(1) Normal (2) LSIL (3) HSIL (4) ASCH (5) ASCUS (6) Não realizado nos últimos 3 anos (9) Não se aplica
Comorbidades	
Trauma	(1) FAB

	(2) FAF (3) Acidente de Trabalho (4) Acidente de trânsito (9) Não se aplica
IST	(1) HIV (2) Hepatite B (3) Hepatite C (4) Sífilis (9) Não se aplica
Esteatose Hepática	(1) Sim (2) Não
Varizes esofágicas	(1) Sim (2) Não
Ascite	(1) Sim (2) Não
Circulação colateral	(1) Sim (2) Não
Hipertensão Arterial Sistêmica	(1) Sim (2) Não
Diabetes Mellitus 1	(1) Sim (2) Não
Diabetes Mellitus 2	(1) Sim (2) Não
Hipotireoidismo	(1) Sim (2) Não
Colelitíase	(1) Sim (2) Não
Dislipidemia	(1) Sim (2) Não
Infarto agudo do miocárdio prévio	(1) Sim (2) Não
Acidente vascular cerebral prévio	(1) Sim (2) Não
Doenças coronarianas	(1) Sim (2) Não
Atopias	(1) Sim (2) Não
Asma	(1) Sim (2) Não
DPOC	(1) Sim (2) Não
DRC	(1) Sim (2) Não
Câncer	(1) Sim (2) Não

Transtornos mentais	(1) Depressão (2) Ansiedade (3) Esquizofrenia (4) TAB (5) Outro (9) Não informado/Não se aplica
Cirurgias prévias:	(1) Laparotomia (2) Videocolecistectomia (3) Colecistectomia (4) Ortopédica (5) Neurocirurgia (6) Ginecológicas (7) Correção de hérnias (8) Outras (9) Não informado
Medicações em uso (<i>pegar dados do primeiro registro do participante no ambulatório</i>)	(1) Anti-HAS (2) Hipoglicemiantes (3) Insulina (4) Antidepressivo (5) Opióide (6) Antiagregante (7) Anticoagulante (8) Anti ICC (9) Anticonvulsivante (10) Hormônio tireoidiano (11) IBP (12) Antipsicótico (13) Estatinas (14) Fibratos (15) Estabilizador de humor (16) Cálcio/alendronato (17) Broncodilatador (18) Corticoide inalatório (19) Corticoide oral (20) TARV (99) Não se aplica
Faz uso de chás	(1) Sim (2) Não (9) Não informado
Se sim, quais	
Faz uso de emplastos	(1) Sim (2) Não (9) Não informado
Se sim, compostos por:	

Resultados dos exames (pegar dados do primeiro registro de resultados de exame do participante no ambulatório)	
Hb	
Ht	
VCM	
HCM	
Leucócitos	
Plaquetas	
Glicemia	
HbA1c	
Colesterol total	
HDL	
LDL	
Triglicerídeos	
Creatinina	
Ureia	
Acido úrico	
Sódio	
Potássio	
INR	
Bilirrubinas	
Bilirrubinas Direta	
Bilirrubinas Indireta	
TGO	
TGP	
GGT	
TSH	
T4l	
Conduta	(1) Retorno com exames (2) Retorno para avaliação de terapêutica (3) Retorno para acompanhamento (4) Encaminhamento para consulta especializada (5) Alta
Encaminhamentos	(0) Nefrologia (1) Gastroenterologia (2) Pneumologia (3) Cardiologia (4) Neurologia (5) Ginecologia
	(6) Psiquiatria (7) Oftalmologia (8) Ortopedia (9) Dermatologia (10) Infectologia (11) Reumatologia (12) Hematologia (13) Otorrinolaringologia (99) Não se aplica

ANEXO B

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, Iote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-040
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.910.524

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 emplastos. 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 emplastos) 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:** BRASÍLIA
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:** conepe@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: BRASÍLIA

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:** BRASÍLIA
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: Amostra 1 - 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:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@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: BRASÍLIA

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

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

Outros	APENDICE_E_DADOS_PRIMARIOS_A DULTOS_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_RESPONS AVEIS.pdf	06/10/2022 15:10:20	Leandro Tuzzin	Aceito
Outros	APENDICE_A_INSTRUMENTO_PRON TUARIOS.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:
Lais 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

2.2 Relatório de pesquisa

O presente estudo possui como principal objetivo avaliar a prevalência de multimorbidade na população indígena atendida no “Ambulatório do Índio - Pe. Elli Benincá” e investigar os fatores relacionados. Esta pesquisa é pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e foi desenvolvida pela acadêmica Thalita Cristine Almeida.

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, com delineamento epidemiológico transversal, de cunho descritivo e analítico realizado com adultos e idosos atendidos no Ambulatório do Índio - Pe. Elli Benincá em Passo Fundo - RS. Esse trabalho é um recorte do projeto intitulado “Perfil clínico-epidemiológico de indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no sul do Brasil”, institucionalizado na UFFS. O projeto guarda-chuva foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sendo aprovado pelo parecer de número 5.918.524 (anexo B), o qual atende à resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A redação deste projeto de pesquisa realizou-se no primeiro semestre de 2024. Previa-se que a coleta de dados ficaria restrita aos atendimentos ocorridos no intervalo de 01/08/2021 a 30/09/2022, contudo expandiram-se, abrangendo as consultas realizadas até 30 de junho de 2024. Diante disso, a amostra deste trabalho - que é a mesma do projeto guarda-chuva - se amplificou para 570 indivíduos, seguindo os mesmos critérios de elegibilidade: idade igual ou superior a 20 anos, ambos os sexos e atendimento realizado na faixa de tempo estipulada.

Os dados foram obtidos por meio da solicitação ao setor de prontuários do Hospital São Vicente de Paulo referente a lista de pacientes atendidos no período. Em posse da lista, a equipe de pesquisa - da qual a presente autora faz parte - coletou os dados seguindo o instrumento de coleta (Anexo A) por meio do acesso ao sistema de prontuários eletrônicos. Após isso, os dados foram tratados pela equipe de bolsistas e professores responsáveis pelo projeto. Posteriormente, foram disponibilizados mediante preenchimento de termo de sigilo e responsabilidade de dados para as análises propostas, via e-mail e em formato para manipulação no PSPP.

Posteriormente iniciou-se a análise dos dados conforme previsto. Foram avaliadas as frequências absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas e comportamentais para caracterizar a amostra. Em seguida foi calculada a prevalência de multimorbidade, definida como a presença de duas ou mais doenças crônicas em um mesmo indivíduo, com intervalo

de confiança de 95% (IC95).

Adicionalmente, foi calculada a prevalência de doenças crônicas associadas, considerando, para cada par de doenças, o total de casos combinados (numerador) e o total de indivíduos com multimorbidade (denominador), e não o total da amostra como havia sido projetado. A relação entre a variável dependente (presença de multimorbidade) e as variáveis independentes (características sociodemográficas e comportamentais) foi analisada por meio do teste qui-quadrado, com um nível de significância de 5%.

Os dados foram compilados e expressos em forma de artigo científico a ser encaminhado para a Revista Panamericana de Saúde Pública, no primeiro semestre de 2025, após as correções da banca avaliadora. O artigo será redigido de acordo com as normas da revista, as quais podem ser acessadas através do link https://journal.paho.org/sites/default/files/2019-01/Instrucoes%20aos%20autores_PT_170701.pdf.

3 Artigo científico

Multimorbidades em indígenas: prevalência e fatores relacionados

Thalita Cristine Almeida¹, Ivana Loraine Lindemann¹ e Renata dos Santos Rabello¹

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência de multimorbidade e seus fatores relacionados em indígenas atendidos em um ambulatório especializado no Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo transversal com análise de prontuários eletrônicos de indígenas com 20 anos ou mais, atendidos entre agosto de 2021 e junho de 2024. Foram analisadas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade), comportamentais (tabagismo, etilismo, atividade física) e clínicas (presença de doenças crônicas). As condições clínicas foram extraídas de campos estruturados com respostas tipo “sim/não” e incluíram hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipos 1 e 2, dislipidemia, asma, doença renal crônica, câncer, depressão, ansiedade e hipotireoidismo e a multimorbidade foi definida como o diagnóstico simultâneo de duas ou mais dessas condições. Ainda, foram analisadas 45 combinações possíveis entre pares de doenças. Realizou-se cálculo de frequências absolutas e relativas das variáveis, bem como da prevalência de multimorbidade com intervalo de confiança de 95% (IC95). A relação entre multimorbidade e variáveis independentes foi testada pelo teste do qui-quadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** Amostra de 570 participantes, sendo a maioria mulheres com idade entre 20 e 39 anos e baixa escolaridade. Observou-se prevalência de multimorbidade de 14,2% (IC95 11–17). As condições mais frequentes foram hipertensão (25,4%), seguida por ansiedade (14,2%) e diabetes tipo 2 (10,7%). A multimorbidade foi mais comum entre indivíduos com idade ≥ 60 anos (32,9%; $p < 0,001$), baixa escolaridade (16,9%; $p = 0,005$) e tabagistas (19,3%; $p = 0,049$). Entre as doenças crônicas, destacaram-se as associações entre hipertensão e diabetes tipo 2 (46,9%), hipertensão e dislipidemia (21%), diabetes tipo 2 e dislipidemia (12,3%) e, com menor frequência, hipertensão com depressão ou ansiedade (9,9% cada). **Conclusão:** A prevalência de multimorbidade na população indígena estudada foi de 14,2% e esteve significativamente associada à idade igual ou superior a 60 anos, baixa escolaridade e tabagismo. Esses achados evidenciam a influência de fatores sociodemográficos e comportamentais na ocorrência de multimorbidades, apontando para a necessidade de abordagens direcionadas no cuidado à saúde indígena.

Palavras-chave: Múltiplas afecções crônicas; Doenças crônicas; Saúde indígena; Comorbidade.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são condições de curso prolongado e,

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul - campus Passo Fundo. Curso de medicina.

geralmente, de progressão lenta, fortemente influenciadas por fatores comportamentais, tais como sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Com as mudanças nos padrões de vida da população nas últimas décadas, essas doenças passaram a ocupar posição central no cenário de saúde pública, contribuindo para um aumento expressivo da morbimortalidade em todo o mundo (1). No Brasil, esse processo acompanha a transição demográfica e epidemiológica, com redução dos óbitos por causas infecciosas e predomínio progressivo de mortes por causas crônicas (2,3).

Nesse contexto, destaca-se a multimorbidade, definida como o diagnóstico simultâneo de duas ou mais doenças crônicas, independentemente da condição primária ou do grau de complexidade (4–6). Trata-se de uma condição que desafia os modelos tradicionais de atenção centrada em doenças únicas, pois impõe complexidades terapêuticas, exige abordagens multidisciplinares e está associada a desfechos negativos como maior mortalidade, declínio funcional, perda da qualidade de vida e uso intensivo dos serviços de saúde (7–9).

Estudos apontam que a prevalência de multimorbidade varia amplamente conforme o perfil da população investigada, os critérios adotados e o número de condições incluídas. Estima-se que, na população adulta, a prevalência média gire em torno de 20% a 30%, podendo ultrapassar 60% entre idosos (8,9,10,11). Entre os principais fatores associados à multimorbidade estão o envelhecimento, a baixa escolaridade, o sedentarismo, o tabagismo, a renda reduzida e a maior frequência de uso dos serviços de saúde (7–9,12). Esses achados reforçam que a multimorbidade não é um fenômeno restrito à faixa etária avançada, afetando de forma significativa populações socialmente vulneráveis, como a população indígena.

O enfrentamento da multimorbidade requer estratégias adaptadas às especificidades dos diferentes grupos populacionais, considerando seus determinantes sociais, econômicos e culturais. Ainda assim, a maior parte das evidências disponíveis concentra-se em segmentos populacionais majoritariamente não indígenas, o que limita a compreensão da saúde e

compromete a formulação de intervenções efetivas (10). Essa lacuna é especialmente preocupante diante da diversidade e das vulnerabilidades que permeiam a realidade dos povos indígenas no Brasil, incluindo barreiras históricas de acesso, impactos ambientais e processos de transição alimentar e epidemiológica (11,12). Diante disso, este estudo objetiva investigar a prevalência de multimorbidade e seus fatores relacionados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo integra uma pesquisa aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 5.918.524, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Corresponde a um estudo transversal, no qual foram incluídos indivíduos indígenas com idade igual ou superior a 20 anos, de ambos os sexos, atendidos no ambulatório Pe. Elli Benincá, o qual é vinculado a Universidade Federal da Fronteira Sul - campus Passo Fundo em parceria com o hospital São Vicente de Paulo.

A amostra do estudo, do tipo não probabilística, foi selecionada por conveniência e abrangeu os pacientes atendidos no período de 1º de agosto de 2021 a 30 de junho de 2024, a partir dos registros de atendimento disponíveis no sistema eletrônico do serviço.

Os dados foram coletados dos prontuários médicos e as variáveis estudadas neste recorte foram agrupadas em três categorias: sociodemográficas, comportamentais e clínicas. As sociodemográficas incluíram sexo, faixa etária e escolaridade e as comportamentais englobaram tabagismo, etilismo e prática de atividade física - variáveis autodeclarativas e sem métrica específica. As variáveis clínicas, por sua vez, foram extraídas dos registros eletrônicos por meio de campos estruturados com respostas do tipo "Sim" ou "Não" para os seguintes diagnósticos médicos: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* tipo 1 e tipo 2 (DM-1 e DM-2), hipotireoidismo, dislipidemia, asma, doença renal crônica (DRC), câncer,

depressão e ansiedade.

Para fins analíticos, a variável dependente analisada foi a presença de multimorbidade, definida como a coexistência de duas ou mais das condições clínicas mencionadas em um mesmo indivíduo.

Além da estimativa da prevalência geral de multimorbidade, foram analisadas 45 combinações possíveis entre pares de doenças crônicas. Para cada dupla de condições (por exemplo: HAS + DM-2; dislipidemia + hipotireoidismo; depressão + ansiedade), foi calculada a frequência de ocorrência conjunta, considerando como numerador o número de indivíduos que apresentavam simultaneamente ambas as doenças, e como denominador o total de indivíduos com multimorbidade. Essa análise permitiu identificar os agrupamentos clínicos mais prevalentes entre os agravos estudados.

A análise dos dados compreendeu estatística descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, além da estimativa da prevalência de multimorbidade com intervalo de confiança de 95% (IC95).

Para compreensão da frequência das combinações entre pares de doenças, foram analisadas as duplas de patologias consideradas na coleta de dados, como por exemplo: HAS + DM-1; HAS + DM-2; HAS + hipotireoidismo...

A relação entre multimorbidade e as variáveis independentes foi testada no software PSPP (versão 2.0.1) por meio do teste do qui-quadrado, considerando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi constituída de 570 indígenas e sua caracterização está apresentada na Tabela 1. A maioria dos participantes era do sexo feminino (59,3%), com

idade entre 20 e 39 anos (50,5%) e escolaridade até o ensino fundamental (71,4%); quanto aos comportamentos relacionados à saúde, 21,6% relataram consumo de bebidas alcoólicas, 26,6% eram tabagistas e apenas 7,5% praticavam atividade física.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e comportamental de uma amostra de indígenas atendidos no ambulatório Pe. Elli Benincá, em Passo Fundo, RS, no período de agosto de 2021 a junho de 2024 (n=570).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	232	40,7
Feminino	338	59,3
Faixa etária (n=556)		
20-39	281	50,5
40-59	199	35,8
≥ 60	76	13,7
Escolaridade (n=465)*		
≤ ao ensino fundamental	332	71,4
≥ ao ensino médio	133	28,6
Etilismo (n=499)		
Sim	108	21,6
Não	391	78,4
Tabagismo (n=507)		
Sim	135	26,6
Não	372	73,4
Atividade física (n=464)		
Sim	35	7,5
Não	429	92,5

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

* No Brasil, o ensino fundamental corresponde a nove anos de escolarização formal.

Quanto à prevalência de doenças crônicas, explicitada na Tabela 2, observou-se que 25,4% dos participantes apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 14,2% possuíam ansiedade e 10,7% tinham diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2.

Tabela 2. Diagnóstico de doenças crônicas em uma amostra de indígenas atendidos no ambulatório Pe. Elli Benincá entre agosto de 2021 e junho de 2024, em Passo Fundo, RS (n=570).

Variáveis	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	145	25,4
Ansiedade	81	14,2
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	61	10,7
Dislipidemia	29	5,1
Depressão	25	4,4
Câncer	10	1,8
Hipotireoidismo	9	1,6

Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1	6	1,1
Asma	6	1,1
Doença renal crônica	2	0,4

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

A prevalência de multimorbidade na amostra foi de 14,2% (IC95 11–17) e entre as combinações de doenças crônicas (tabela 3), a mais prevalente foi hipertensão arterial sistêmica associada a diabetes *mellitus* tipo 2, presente em 46,9% dos participantes. Em seguida, destacaram-se as combinações de hipertensão com dislipidemia (21%), hipertensão com depressão (9,9%) e hipertensão com ansiedade (9,9%). A combinação de diabetes *mellitus* tipo 2 com dislipidemia foi observada em 12,3% da amostra.

Tabela 3. Prevalência de doenças crônicas combinadas na amostra de indígenas com multimorbidades atendidos no ambulatório Pe. Elli Benincá, em Passo Fundo, RS, no período de agosto de 2021 a junho de 2024 (n=81).

Variáveis	n	%
Hipertensão arterial sistêmica		
DM2	38	46,9
Dislipidemia	17	21,0
Depressão	8	9,9
Ansiedade	8	9,9
Hipotireoidismo	7	8,6
Câncer	5	6,2
DM1	2	2,5
DRC	2	2,5
Asma	1	1,2
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2		
Dislipidemia	10	12,3
Hipotireoidismo	3	3,7
Depressão	3	3,7
Ansiedade	2	2,5
Dislipidemia		
Depressão	3	3,7
Ansiedade	3	3,7
Hipotireoidismo	1	1,2
DRC	1	1,2
Doença renal crônica		
Câncer	1	1,2
Depressão	1	1,2
Ansiedade	1	1,2
Hipotireoidismo		
Câncer	2	2,5
Asma	1	1,2
Depressão		
Ansiedade	2	2,5
Câncer	1	1,2

Diabetes *mellitus* tipo 1
Hipotireoidismo

1

1,2

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

Em relação à distribuição da multimorbidade frente às exposições, observou-se diferença estatisticamente significativa com idade igual ou superior a 60 anos (32,9%; $p < 0,001$), escolaridade até o ensino fundamental (16,9%; $p = 0,011$) e tabagismo (19,3%; $p = 0,049$) – Tabela 4.

Tabela 4. Prevalência de multimorbidade em uma amostra de indígenas atendidos entre junho de 2021 e agosto de 2024, no ambulatório Pe. Elli Benincá em Passo - RS, de acordo com características sociodemográficas e comportamentais. (n=570)

Variáveis	Multimorbidade				p*
	Sim	%	Não	%	
Sexo					0,145
Masculino	27	11,6	205	88,4	
Feminino	54	16,0	284	84,0	
Faixa etária (n=556)					<0,001*
20-39	18	6,4	263	93,6	
40-59	34	17,1	165	82,9	
≥ 60	25	32,9	51	67,1	
Escolaridade (n=465)					0,005*
≤ ensino fundamental	56	16,9	276	83,1	
≥ ensino médio	9	6,8	124	93,2	
Tabagismo (n=507)					0,049*
Sim	26	19,3	109	80,7	
Não	46	12,4	326	87,6	
Etilismo (n=499)					0,290
Sim	19	17,6	89	82,4	
Não	53	13,6	338	86,4	
Atividade física (n=464)					0,054
Pratica	1	2,9	34	97,1	
Não pratica	62	14,5	367	85,5	

Fonte: elaborado pelos autores, 2025.

DISCUSSÃO

No que se refere à variável sexo, observou-se que 59,3% dos participantes eram do sexo feminino, o que é semelhante ao relatado por estudo realizado com indígenas aldeados no Espírito Santo, em que se encontrou aproximadamente 56% do sexo feminino na amostra (13). Tal achado pode ser explicado pelo maior número de mulheres indígenas no país (14),

como também pela maior adesão das mulheres aos serviços de saúde, comportamento frequentemente documentado na literatura, inclusive em contextos não indígenas (15,16).

Em relação à faixa etária, identificou-se que 50,5% da amostra possuía entre 20 e 39 anos, o que reflete a estrutura etária jovem da população indígena brasileira. Dados do Censo Demográfico de 2022 indicam essa tendência, apontando que a maior parte dos indígenas encontra-se nas primeiras décadas de vida (14). Essa composição demográfica reforça a importância de estratégias de prevenção precoce, uma vez que os fatores de risco comportamentais podem se estabelecer ainda na juventude (12).

Quanto ao nível de escolaridade, 71,4% dos participantes possuíam, no máximo, o ensino fundamental. Essa limitação no acesso à educação formal é recorrente entre os povos indígenas e tem sido associada a piores indicadores de saúde. Sabe-se também, que a baixa escolaridade contribui para menor acesso às informações sobre prevenção de doenças crônicas, dificultando o autocuidado e o uso adequado dos serviços de saúde (17). Em contraponto, um estudo recente conduzido em contexto urbano identificou um leve aumento nos níveis de escolarização indígena em áreas com maior acesso a políticas públicas educacionais, o que pode sugerir variações regionais importantes (18).

O consumo de bebidas alcoólicas foi referido por 21,6% dos indivíduos da amostra. Embora esse número esteja abaixo de algumas médias nacionais encontradas em populações indígenas — como no estudo de Barros *et al.*, que apontou prevalência de até 40% em algumas etnias (19) —, ele ainda representa um fator de risco importante, especialmente considerando a relação do etilismo com agravos como hipertensão, hepatopatias e distúrbios psiquiátricos (20). É possível que essa menor prevalência observada esteja relacionada a fatores culturais, como a adoção de práticas religiosas que desestimulam o uso de álcool.

O tabagismo foi relatado por 26,6% dos participantes, resultado que reforça achados anteriores sobre a alta prevalência do hábito entre populações indígenas. No povo Xukuru do

Ororubá, foram observadas taxas similares, destacando o papel das práticas tradicionais e do contexto social como elementos mantenedores do uso do tabaco (21). Outros autores destacam ainda a influência da aculturação e da urbanização sobre esse comportamento, com aumento do tabagismo em áreas de contato intenso com centros urbanos (19).

Apenas 7,5% dos participantes relataram prática regular de atividade física. Esse resultado é preocupante e reforça o que foi evidenciado em pesquisa prévia que identificou altos níveis de sedentarismo entre indígenas em áreas de maior urbanização (22). O abandono das práticas tradicionais de subsistência, aliado à falta de espaços adequados para atividades físicas, contribui para esse cenário, agravando o risco de desenvolvimento de doenças crônicas (20).

No que se refere ao diagnóstico de DCNT, observou-se que 25,4% dos participantes apresentavam HAS e 10,7% DM-2. No Espírito Santo, encontrou-se prevalência de 34,9% para HAS e 19,8% para DM-2 (13), valores superiores aos encontrados na presente pesquisa. Estudo realizado no Maranhão mostra o aumento da prevalência de doenças crônicas, como DM-2, entre indígenas, evidenciando a tendência nacional de crescimento dessas condições entre populações tradicionais (24).

Além dessas condições, destaca-se a prevalência de ansiedade (14,2%), expressivamente superior à média internacional de 3,6% estimada pela Organização Mundial da Saúde (23). A literatura tem apontado que o sofrimento psíquico entre povos indígenas está relacionado a fatores como insegurança alimentar, perda territorial, racismo estrutural e erosão cultural (24). Embora menos prevalente, a depressão (4,4%) também foi identificada, e sua relação com multimorbidade é bem estabelecida na literatura, inclusive como fator de piora clínica e funcional (25).

Entre as combinações de doenças crônicas analisadas, a mais prevalente foi HAS associada a DM2, presente em 46,9% dos participantes com multimorbidade. Essa relação

tem sido amplamente documentada na literatura como uma das combinações mais frequentes entre adultos com multimorbidade, especialmente em populações expostas a fatores de risco como sedentarismo, alimentação inadequada e desigualdades sociais (8). A presença simultânea dessas doenças agrava o risco cardiovascular, dificulta o controle terapêutico e impõe maiores demandas ao sistema de saúde, sobretudo em regiões com barreiras de acesso como as terras indígenas (17,26).

Outras combinações relevantes observadas incluíram HAS com dislipidemia (21%), HAS com depressão (9,9%) e HAS com ansiedade (9,9%). Tais padrões estão em consonância com estudos nacionais, como o de Nunes *et al.*, que demonstram a prevalência de aglomerados envolvendo condições cardiovasculares e transtornos mentais comuns em adultos brasileiros (7). Essa sobreposição de condições é particularmente preocupante em contextos indígenas, nos quais o suporte em saúde mental ainda é limitado e culturalmente pouco adaptado (24). A relação entre diabetes tipo 2 e dislipidemia, presente em 12,3% da amostra, também é conhecida na literatura como um componente clássico da síndrome metabólica (27).

A prevalência de multimorbidade observada neste estudo foi de 14,2%, com intervalo de confiança de 95% entre 11% e 17%. Esse resultado é inferior ao encontrado na pesquisa realizada no Espírito Santo (13), na qual a prevalência foi de 19,8% e também está abaixo da média observada em estudos com a população adulta e idosa brasileira, cuja estimativa fica entre 20% e 30% (7). De forma semelhante, a literatura internacional tem apontado altas prevalências de multimorbidade entre populações indígenas em países como Austrália (28), Canadá (29), Estados Unidos e Nova Zelândia (30). Nessas populações, a multimorbidade está frequentemente associada a determinantes sociais da saúde, como pobreza, racismo estrutural, acesso limitado a serviços de saúde culturalmente adequados e mudanças abruptas nos modos de vida tradicionais (36–38). Esses achados internacionais reforçam que os

desafios enfrentados pelos povos indígenas brasileiros se inserem em um contexto global de desigualdade em saúde.

A relação entre multimorbidade e idade avançada constatada na amostra corrobora achados consolidados da literatura, os quais apontam o envelhecimento como principal fator de risco para a coexistência de múltiplas condições crônicas (6,8). Esse padrão também foi observado na população brasileira em estudos que identificaram alta prevalência de multimorbidade, principalmente em idosos atendidos na atenção primária, destacando a idade como um dos principais determinantes para o acúmulo de doenças crônicas (7).

A confirmação da maior prevalência de multimorbidade no grupo com menor escolaridade reforça a ideia de que os determinantes sociais influenciam fortemente os desfechos em saúde (17,18). Indivíduos com menor nível educacional tendem a apresentar piores condições de vida, menor acesso à informação e menor adesão a práticas preventivas, o que pode contribuir para o acúmulo de doenças ao longo do tempo (3,17). Estudos indicam que adultos em situação de vulnerabilidade social apresentam padrões semelhantes de multimorbidade, e também foi identificada uma relação entre menor escolaridade e maior número de doenças crônicas, especialmente em países de baixa e média renda (11,12).

Ademais, foi observado que entre os tabagistas a multimorbidade é mais frequente, o que está alinhado com o conhecimento atual sobre os impactos do uso do tabaco na fisiopatologia de diversas condições crônicas, tais como as cardiovasculares, as respiratórias e as metabólicas (21,30). Outros pesquisadores também identificaram o tabagismo como fator comportamental fortemente associado à presença de múltiplas doenças em adultos de países com vulnerabilidade socioeconômica (12). Em comunidades indígenas, onde o tabagismo está muitas vezes inserido em práticas culturais ou em contextos de vulnerabilidade social, o enfrentamento desse fator de risco exige abordagens articuladas com políticas públicas de promoção à saúde (17,26).

Cabe, por fim, mencionar que este estudo apresenta algumas limitações, dentre as quais destaca-se o delineamento transversal, no qual é possível a ocorrência de viés de causalidade reversa na análise da relação entre algumas variáveis. Além disso, o uso de dados secundários, apesar de vantajoso, pode ter implicado na omissão de condições subdiagnosticadas. Ainda, a composição da amostra, predominante jovem, pode ter levado à sub ou superestimação dos resultados. Ademais, destaca-se o viés de desejabilidade social, principalmente diante da autodeclaração do consumo de álcool e a prática do tabagismo.

Entretanto, há pontos fortes relevantes para a saúde pública e a literatura científica nacional. É o primeiro a investigar a prevalência de multimorbidade em população indígena na região Sul do Brasil e, até onde se sabe, o segundo no país com esse foco específico. A utilização de dados clínicos oriundos de atendimentos médicos realizados em um ambulatório especializado garantiu maior acurácia aos diagnósticos. A amostra expressiva (n=570) e a análise de variáveis sociodemográficas e comportamentais reconhecidamente relevantes ampliam a comparabilidade com outros estudos. Os resultados obtidos podem subsidiar o planejamento de ações em saúde voltadas à população indígena, com foco em equidade.

CONCLUSÃO

Com prevalência de 14,2%, a multimorbidade na população indígena estudada mostrou-se associada à idade igual ou superior a 60 anos, baixa escolaridade e tabagismo. Esse achado é inferior às médias internacionais para populações indígenas, que frequentemente apresentam prevalências superiores a 20% (28-30). Esses achados contribuem de forma inédita para a compreensão do fenômeno em populações indígenas da região Sul do Brasil, oferecendo evidências relevantes para o enfrentamento das doenças crônicas nesse grupo. Ao evidenciar a presença de determinantes sociais e comportamentais ligados à multimorbidade, o estudo reforça a urgência de políticas públicas adequadas, que

integrem ações de prevenção, diagnóstico e cuidado contínuo. Além de ampliar a base científica sobre a saúde indígena no país, este trabalho destaca a necessidade de novos estudos, preferencialmente multicêntricos e longitudinalmente orientados, capazes de aprofundar o conhecimento sobre os determinantes e impactos da multimorbidade em populações historicamente invisibilizadas.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES: Todos os autores foram responsáveis pela concepção do estudo, coleta e análise dos dados, interpretação dos resultados, redação e revisão final do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE: Nada a declarar.

REFERÊNCIAS:

1. Organização Mundial da Saúde. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2023.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
4. Willadsen TG, Bebe A, Køster-Rasmussen R, Jarbøl DE, Guassora AD, Waldorff FB, et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity – a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(2):112-21.
5. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *JAMA*. 2012;307(23):2493-4.
6. Mercer SW, Salisbury C, Fortin M. ABC of Multimorbidity. Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
7. Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:130-8.
8. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al.

- Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430-9.
9. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review. *PLoS One.* 2014;9(7):e102149.
 10. Fortin M, Stewart M, Poitras M-E, Almirall J, Maddocks H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med.* 2012;10(2):142-51.
 11. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012;380(9836):37-43.
 12. Garin N, Koyanagi A, Chatterji S, Tyrovolas S, Olaya B, Leonardi M, et al. Global multimorbidity patterns: a cross-sectional, population-based, multi-country study. *PLoS One.* 2016;11(1):e0145553.
 13. Santos HC, Mill JG. Multimorbidade e fatores associados na população indígena adulta aldeada no Município de Aracruz, Espírito Santo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2024;40(1):e00221823.
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: população indígena. Brasília: IBGE; 2023.
 15. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2002;7(4):687-707.
 16. Schraiber LB, Diniz SG, Couto MT, Mendes Correa AV. Violência e saúde: contribuições teóricas e metodológicas para interpretação de dados. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):109-17.
 17. Garnelo L, Pontes ALM, Silva CO. Saúde indígena no Brasil: políticas, organização e indicadores. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(4):843-52.
 18. Ferreira LO, Santos AS, Oliveira FA. Escolarização indígena e desigualdade social no Brasil: uma análise regional. *Educ Soc.* 2021;42:e240823.
 19. Barros DC, Lima CR, Mussi RFF. Consumo de bebidas alcoólicas entre indígenas no Brasil: uma revisão de literatura. In: Souza MLR, org. *Saúde dos Povos Indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. p. 95-114.
 20. Ferreira MB, Farias AM, Silva RF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis entre indígenas no Maranhão: um retrato da transição. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45:e68.
 21. Medeiros ACLV, Gouveia GC, Bezerra TM, et al. O uso do tabaco entre os Xukuru do Ororubá: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Colet.* 2021;29(3):377-84.
 22. Oliveira RM, Santos MC, Ramos DB, et al. Condições de saúde de povos indígenas: uma revisão integrativa. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2019;32:9123.

23. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017.
24. Tavares MM, Trad LAB. Determinantes sociais e sofrimento psíquico entre povos indígenas no Brasil: uma revisão sistemática. *Saúde Soc.* 2020;29(4):e200274.
25. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ.* 2012;345:e5205.
26. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
27. Grundy SM. Metabolic syndrome: connecting and reconciling cardiovascular and diabetes worlds. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47(6):1093-100.
28. Zhao Y, Wright J, Guthridge S, Lee AH. The relationship between number of chronic conditions and perceived health status among urban and rural Aboriginal Australians. *Med J Aust.* 2013;199(1):S27-30.
29. Smylie J, Firestone M, Cochran L, Prince C, Maracle S, Morley M, et al. Our health counts: population-based study of urban Aboriginal health and social determinants in Ontario, Canada. *Can J Public Health.* 2011;102(2):82-7.
30. Ministry of Health (NZ). Tatau Kahukura: Māori Health Chart Book 2015. Wellington: Ministry of Health; 2015.

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence of multimorbidity and its associated factors among Indigenous people treated at a specialized outpatient clinic in Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study based on electronic medical records of Indigenous adults (≥ 20 years) seen between August 2021 and June 2024. Sociodemographic (sex, age, education), behavioral (smoking, alcohol use, physical activity) and clinical variables (presence of chronic diseases) were examined. Clinical conditions—recorded in structured yes/no fields—included systemic arterial hypertension, type 1 and type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia, asthma, chronic kidney disease, cancer, depression, anxiety and hypothyroidism. Multimorbidity was defined as the concomitant diagnosis of two or more of these conditions. Forty-five possible pairwise disease combinations were also analyzed. Absolute and relative frequencies and the prevalence of multimorbidity with 95% confidence intervals (95% CI) were calculated. Associations between multimorbidity and independent variables were tested with the chi-square test ($p < 0.05$). **Results:** The sample comprised 570 participants, most of whom were women aged 20–39 years with low educational attainment. Multimorbidity prevalence was 14.2% (95% CI = 11–17). The most frequent conditions were hypertension (25.4%), anxiety (14.2%) and type 2 diabetes (10.7%). Multimorbidity was more common among participants aged ≥ 60 years (32.9%; $p < 0.001$), with low schooling (16.9%; $p = 0.005$) and among smokers (19.3%; $p = 0.049$). The most prevalent combinations were hypertension + type 2 diabetes (46.9%), hypertension + dyslipidemia (21%), type 2 diabetes + dyslipidemia (12.3%) and, less frequently, hypertension + depression or anxiety (9.9% each). **Conclusion:** Multimorbidity prevalence in the Indigenous population studied was 14.2% and was significantly associated with age ≥ 60 years, low educational level and smoking. These findings highlight the influence of sociodemographic and behavioral factors on multimorbidity and underscore the need for tailored approaches in Indigenous health care.

Keywords: Multiple chronic conditions; Chronic diseases; Indigenous health; Comorbidity.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la prevalencia de multimorbilidad y sus factores asociados en indígenas atendidos en un ambulatorio especializado de Rio Grande do Sul, Brasil. **Métodos:** Estudio transversal con análisis de historias clínicas electrónicas de indígenas de 20 años o más, atendidos entre agosto de 2021 y junio de 2024. Se analizaron variables sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad), conductuales (tabaquismo, consumo de alcohol, actividad física) y clínicas (presencia de enfermedades crónicas). Las condiciones clínicas, registradas en campos estructurados de respuesta “sí/no”, incluyeron hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipos 1 y 2, dislipidemia, asma, enfermedad renal crónica, cáncer, depresión, ansiedad e hipotiroidismo. Se definió multimorbilidad como el diagnóstico simultáneo de dos o más de estas patologías. También se evaluaron 45 combinaciones posibles entre pares de enfermedades. Se calcularon frecuencias absolutas, relativas y la prevalencia de multimorbilidad con intervalo de confianza del 95 % (IC95). La relación entre multimorbilidad y las variables independientes se probó mediante la prueba de chi-cuadrado ($p < 0,05$). **Resultados:** Se incluyeron 570 participantes, en su mayoría mujeres de 20 a 39 años y con baja escolaridad. La prevalencia de multimorbilidad fue del 14,2 % (IC95 = 11–17). Las afecciones más frecuentes fueron hipertensión (25,4 %), ansiedad (14,2 %) y diabetes tipo 2 (10,7 %). La multimorbilidad fue más común en personas de ≥ 60 años (32,9 %; $p < 0,001$), con baja escolaridad (16,9 %; $p = 0,005$) y fumadoras (19,3 %; $p = 0,049$). Las combinaciones más prevalentes fueron hipertensión + diabetes tipo 2 (46,9 %), hipertensión + dislipidemia (21 %), diabetes tipo 2 + dislipidemia (12,3 %) y, con menor frecuencia, hipertensión + depresión o ansiedad (9,9 % cada una). **Conclusión:** La prevalencia de multimorbilidad en la población indígena estudiada fue del 14,2 % y se asoció significativamente con edad ≥ 60 años, baja escolaridad y tabaquismo. Estos hallazgos evidencian la influencia de factores sociodemográficos y conductuales en la ocurrencia de multimorbilidad y señalan la necesidad de enfoques específicos y culturalmente adecuados para la atención de la salud indígena.

Palabras clave: Afecciones Crónicas Múltiples; Enfermedades crónicas; Salud indígena; Comorbilidad.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a execução do projeto de pesquisa, processamento dos dados e elaboração do artigo, conclui-se que os principais objetivos do estudo foram atingidos, considerando que foi possível avaliar a prevalência de multimorbidade e investigar fatores relacionados entre indígenas atendidos no Ambulatório do Índio.

Identificou-se que 14,2% da amostra apresentou multimorbidade, sendo as associações mais comuns entre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, além de hipertensão com dislipidemia, ansiedade ou depressão. A multimorbidade esteve relacionada principalmente à idade igual ou superior a 60 anos, baixa escolaridade e tabagismo, evidenciando o papel dos determinantes sociais e comportamentais no adoecimento dessa população.

O presente estudo se destaca por utilizar uma amostra expressiva para o contexto indígena, embora apresente limitações como o delineamento transversal e o uso de dados secundários, o que pode restringir a análise causal. Ainda assim, traz uma contribuição inédita ao descrever o perfil de saúde e os padrões de associação entre doenças crônicas em indígenas do Sul do Brasil, subsidiando o planejamento de ações em saúde mais efetivas e justas.

Portanto, reforça-se a necessidade de políticas públicas específicas e de novos estudos longitudinais com diferentes contextos populacionais, a fim de aprofundar o entendimento sobre os impactos da multimorbidade em povos indígenas. Destacar essas questões é fundamental para avançar na promoção da equidade e na valorização da saúde das populações historicamente vulnerabilizadas.