



## Comportamentos relacionados à saúde e determinantes sociais entre povos Indígenas em contexto urbano: estudo transversal em Campo Grande (MS), Brasil

Health behaviors and social determinants among indigenous peoples in an urban context: a cross-sectional study in Campo Grande (MS), Brazil

Comportamientos de salud y determinantes sociales entre pueblos Indígenas en un contexto urbano: un estudio transversal en Campo Grande (MS), Brasil

Aymeê Bertolo dos Reis<sup>1</sup>  
Antônio Augusto Schäfer<sup>2</sup>  
Fernanda de Oliveira Meller<sup>2</sup>  
Maria Ines da Rosa<sup>2</sup>  
Antonio Jose Grande<sup>1</sup>

Recebido em: 04/06/2025; aceito em: 05/11/2025  
DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/inter.v27iesp..4992>

**Resumo:** Introdução: O processo de urbanização entre povos indígenas brasileiros vem transformando padrões culturais, alimentares e de saúde, intensificando a exposição a comportamentos de risco e doenças crônicas. Objetivo: Descrever os comportamentos relacionados à saúde e seus determinantes sociais entre indígenas residentes em uma comunidade urbana de Campo Grande (MS), Brasil. Métodos: Estudo transversal realizado com 61 indígenas da Comunidade Jardim Aeroporto, entre abril e junho de 2023. Aplicou-se questionário adaptado da Vigitel, abordando dados sociodemográficos, alimentação, atividade física, sono, automedicação e doenças crônicas. Os dados foram analisados no Stata 17, apresentando frequências absoluta e relativa e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Resultados: A maioria era do sexo feminino (62,3%) e metade tinha ensino médio completo. As prevalências de hipertensão e de diabetes foram de 22,9% e 13,1%, respectivamente. Mais de um quarto dos indígenas apresentava consumo abusivo de álcool (27,9%) e baixa prática regular de atividade física (29,5%). Além disso, grande parte substituíra refeições por lanches (85,2%) e 23% referiu automedicação. Conclusão: O estudo evidencia padrões de risco associados à transição alimentar e à urbanização indígena. Políticas públicas interculturais e ações intersectoriais são urgentes para a promoção da saúde indígena urbana.

**Palavras-chave:** saúde indígena; comportamentos de risco; urbanização; determinantes sociais da saúde.

**Abstract:** Introduction: Urbanization among Brazilian Indigenous peoples has transformed cultural, dietary, and health patterns, increasing exposure to risk behaviors and chronic diseases. Objective: To describe and analyze health-related behaviors and social determinants among Indigenous people living in an urban community in Campo Grande (MS), Brazil. Methods: Cross-sectional descriptive study with 61 Indigenous participants from the Jardim Aeroporto community. A culturally adapted version of the VIGITEL questionnaire, assessing sociodemographic, dietary, physical activity, sleep, self-medication, and chronic disease data. Data were analyzed using Stata 17 with frequencies and 95% confidence intervals. Results: Most participants were female (62.3%) and half had completed high school. Hypertension (22.9%), diabetes (13.1%), and abusive alcohol consumption (27.9%) were prevalent. Low regular physical activity (29.5%), meal replacement with snacks (85.2%), and self-medication (23%) were also observed. Conclusion: Findings reveal risk patterns associated with dietary transition and urbanization processes among Indigenous peoples. Intercultural public policies and intersectoral health promotion strategies are needed to address urban Indigenous health disparities.

**Keywords:** indigenous health; risk behaviors; urbanization; social determinants of health.

**Resumen:** Introducción: La urbanización entre los pueblos indígenas brasileños ha transformado los patrones culturales, alimentarios y de salud, aumentando la exposición a comportamientos de riesgo y a enfermedades crónicas. Objetivo: Describir y analizar los comportamientos relacionados con la salud y sus determinantes sociales entre indígenas residentes en una comunidad urbana de Campo Grande (MS), Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, Santa Catarina, Brasil.

Métodos: Estudio transversal descriptivo realizado con 61 indígenas de la comunidad Jardim Aeroporto. Se aplicó un cuestionario adaptado del VIGITEL, que abordó datos sociodemográficos, alimentación, actividad física, sueño, automedicación y enfermedades crónicas. Los datos fueron analizados con el programa Stata 17, mediante frecuencias e intervalos de confianza del 95%. Resultados: La mayoría eran mujeres (62,3%) y la mitad había completado la educación secundaria. Se identificó una prevalencia de hipertensión (22,9%), diabetes (13,1%) y consumo abusivo de alcohol (27,9%). Se observó baja práctica regular de actividad física (29,5%), sustitución de comidas por refrigerios (85,2%) y automedicación (23%). Conclusión: El estudio evidencia patrones de riesgo asociados a la transición alimentaria y a la urbanización indígena. Se requieren políticas públicas interculturales y acciones intersectoriales para promover la salud indígena urbana.

**Palabras clave:** salud indígena; comportamientos de riesgo; urbanización; determinantes sociales de la salud.

## 1 INTRODUÇÃO

A urbanização tem alterado as condições de vida e a saúde dos povos indígenas brasileiros. De acordo com o Censo de 2022, cerca de 92% dos 1,6 milhão de indígenas vivem fora de terras demarcadas, em áreas urbanas marcadas por desigualdades socioeconômicas e por barreiras de acesso aos serviços de saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] 2023).

Essa transição implica não apenas deslocamento territorial, mas mudanças estruturais nos modos de vida, nas práticas alimentares e nos comportamentos de saúde (Garnelo, 2019; Langdon, 2020). Essas transformações urbanas também refletem tensões socioculturais profundas, associadas à perda de territórios tradicionais e à reconfiguração de identidades coletivas (Almeida Filho, 2015; Chaves, 2019).

A urbanização tem produzido impactos intergeracionais sobre a identidade e as condições de vida dos povos indígenas, incluindo processos de envelhecimento em contextos urbanos, onde há fragilização de vínculos comunitários e sobrecarga das mulheres nas tarefas de cuidado (Borchi; Carreira, 2015).

Mudanças alimentares e nutricionais também acompanham esse processo. Pesquisas revelam a substituição das dietas tradicionais – baseadas em mandioca, milho, peixe e frutas regionais – por alimentos ultraprocessados e de baixo valor nutricional, caracterizando uma transição nutricional e epidemiológica (Fávaro; Santos; Coimbra Jr., 2015; Lopes, 2014). Esse fenômeno contribui para o aumento da obesidade, da hipertensão e do diabetes entre as populações indígenas urbanas (Coimbra Jr.; Santos, 2019).

A literatura mostra que, embora a migração para centros urbanos esteja frequentemente associada à busca por melhores condições educacionais e econômicas, ela expõe as comunidades a novos contextos de vulnerabilidade, à perda de vínculos culturais e a doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e dislipidemias (Coimbra Jr.; Santos, 2019; Oliveira; Casado; Lando, 2011). Além das mudanças biológicas e sociais, há também transformações simbólicas, como a redefinição dos espaços de convivência e das práticas culturais, incluindo expressões artísticas e musicais como formas de resistência identitária (Pucci; Almeida, 2018).

Apesar de ações como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), as populações urbanas permanecem fora da cobertura dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), o que agrava as desigualdades e a exclusão da atenção primária intercultural (Sandes *et al.*, 2018; Organização Pan-Americana da Saúde [Opas], 2018).

Diante desse cenário, este estudo busca preencher uma lacuna no entendimento sobre os comportamentos de saúde de indígenas em contexto urbano, com base no modelo dos determinantes sociais da saúde (Dahlgren; Whitehead, 1991) e nos Objetivos de Desenvolvimento

Sustentável (ODS) 3 (Saúde e Bem-Estar) e 10 (Redução das Desigualdades) (United Nations, 2018). O objetivo é descrever os comportamentos relacionados à saúde e seus determinantes sociais entre indígenas residentes em uma comunidade urbana de Campo Grande (MS), Brasil.

## **2 MÉTODOS**

### **2.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo transversal descritivo, desenvolvido com o objetivo de identificar e analisar comportamentos relacionados à saúde entre indígenas residentes em área urbana. O delineamento foi escolhido por permitir estimar a prevalência de comportamentos e condições de saúde em um ponto específico do tempo, conforme recomendações metodológicas da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2010) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas, 2017).

Essa abordagem tem sido amplamente utilizada em investigações sobre transição epidemiológica e nutricional entre povos indígenas no Brasil (Fávaro; Santos; Coimbra Jr., 2015; Sandes *et al.*, 2018).

### **2.2 Local e período da pesquisa**

O estudo foi conduzido na Comunidade Indígena Jardim Aeroporto, situada na macrorregião do Córrego Imbirussu, no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (Brasil). Essa localidade é reconhecida pela Secretaria Municipal de Assistência Social como núcleo urbano de concentração indígena, com aproximadamente 300 habitantes das etnias Terena, Guarani-Kaiowá e Atikum.

A coleta de dados ocorreu entre abril e junho de 2023, em ambientes comunitários e durante atendimentos na unidade básica de saúde local, respeitando protocolos de abordagem ética e cultural.

### **2.3 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, sob o CAAE nº 64684922.9.0000.8030. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As diretrizes da Resolução CNS nº 466/2012 e da Resolução nº 304/2000 (que regulamenta pesquisas com povos indígenas) foram rigorosamente seguidas. As diretrizes da Agenda de Saúde para as Américas (Opas, 2017) e os princípios da Agenda 2030 das Nações Unidas (United Nations, 2018) também orientaram o enquadramento ético e metodológico do estudo.

### **2.4 População e amostragem**

A população-alvo incluiu todos os adultos indígenas ( $\geq 18$  anos) residentes permanentes na comunidade. O tamanho mínimo da amostra foi calculado considerando uma população finita de 300 indivíduos, nível de confiança de 95% ( $Z=1,96$ ), margem de erro de 5% e proporção esperada de 50% ( $p=0,5$ ), resultando em  $n$  mínimo de 60 participantes.

A amostragem foi intencional, não probabilística, respeitando a representatividade por sexo e faixa etária. Critérios de inclusão: autodeclaração de identidade indígena, residência permanente na comunidade, idade  $\geq 18$  anos e assinatura do TCLE. Critérios de exclusão: indivíduos em trânsito, com limitações cognitivas que impedissem o entendimento do questionário ou recusa explícita à participação.

## 2.5 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas de forma presencial, em local reservado, por entrevistadores treinados, durante visitas domiciliares e/ou atendimentos na unidade básica de saúde, garantindo padronização e confidencialidade.

Foi utilizado um questionário estruturado, contendo questões sociodemográficas, comportamentais e de saúde, com tempo médio de entrevista de 35 minutos. O instrumento foi baseado nas questões da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (Brasil, 2023) e submetido a um processo de adaptação cultural para a população indígena urbana, que envolveu: (1) tradução livre e simplificação linguística; (2) validação de conteúdo por três pesquisadores com experiência em saúde indígena; (3) pré-teste com 10 moradores para avaliar clareza e compreensão; e (4) ajustes terminológicos com apoio de um representante indígena local. Esses procedimentos estão em consonância com experiências de adaptação cultural descritas em estudos qualitativos e metodológicos anteriores (Portes; Lopes; Souza, 2018; Pereira *et al.*, 2020; Sandes *et al.*, 2018).

## 2.6 Variáveis estudadas

As variáveis analisadas foram agrupadas em cinco domínios principais, com definições operacionais baseadas na literatura e nas diretrizes da Vigitel:

- Características sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), idade (coletada em anos completos e categorizada em faixas etárias:  $<30$ ;  $30-59$ ;  $\geq 60$  anos), estado civil (solteiro(a), casado(a)/união estável, separado/divorciado(a), viúvo(a)), escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo).
- Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): autorrelato de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, asma/bronquite, lesão por esforço repetitivo, osteoporose. As opções de resposta eram: “sim”, “não” e “não sei”.
- Comportamentais e de saúde: tabagismo (não/sim), consumo de álcool (não/sim), abuso de álcool (não, sim), autopercepção da má qualidade do sono (não/sim), percepção mais negativa da saúde (não/sim), percepção mais negativa da alimentação (não/sim), automedicação (relato de uso de medicamentos sem prescrição médica nos últimos 30 dias) (não/sim).
- Alimentação: número de refeições diárias ( $<4$  ou  $\geq 4$ ), substituição de refeições por lanches, consumo de café da manhã, gordura aparente em carnes, tipo de leite (integral/desnatado), adição de sal pós-preparo, hábito de comer assistindo à TV.
- Atividade física: prática regular ( $\geq 150$  minutos semanais de atividade moderada) (não/sim), duração da prática ( $\geq 6$  meses ou  $<6$  meses) (não/sim), intenção de iniciar (nos próximos 30 dias ou 6 meses) (não/sim).

## **2.7 Procedimentos de controle de viés**

Para reduzir viés de informação, os entrevistadores foram treinados para aplicar as perguntas de forma padronizada e neutra. A presença de familiares durante as entrevistas foi evitada, garantindo privacidade. Os dados foram revisados por dupla digitação para reduzir erros de transcrição. As perguntas sensíveis, como consumo de álcool e automedicação, foram abordadas em linguagem não julgadora, conforme recomendações éticas para populações vulneráveis (Sandes *et al.*, 2018; Opas, 2017).

## **2.8 Análise estatística**

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2019 e analisados no Stata 17.0 (StataCorp, College Station, EUA). As variáveis foram descritas por frequências absolutas e relativas, com intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A consistência interna dos dados foi verificada por dupla conferência. Não foram aplicados testes inferenciais, devido ao tamanho amostral restrito e ao caráter exploratório do estudo. Os resultados são apresentados em tabelas, seguindo o padrão de epidemiologia descritiva.

## **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra foi composta por 61 indígenas adultos residentes na Comunidade Jardim Aeroporto, representando cerca de 20% da população local estimada (n=300). A taxa de resposta foi de 100%, com predominância de mulheres (62,3%) e faixa etária média entre 30 e 59 anos (49,2%). Essa composição reflete o perfil demográfico das comunidades indígenas urbanas de Mato Grosso do Sul, em que mulheres assumem papel central na gestão doméstica e nos cuidados de saúde (Garnelo, 2019; Borch; Carreira, 2015).

### **3.1 Perfil sociodemográfico e educacional**

Observou-se que 45,9% dos participantes concluíram o ensino médio, mas apenas 13,1% possuíam ensino superior (completo ou incompleto). Essa diferença demonstra o efeito cumulativo dos determinantes sociais da saúde (Dahlgren; Whitehead, 1991; Climaco, 2020), sobretudo o acesso desigual à educação formal, que está diretamente associado a oportunidades de trabalho e à adoção de comportamentos saudáveis.

Estudos conduzidos com indígenas urbanos em Dourados (MS) e Manaus (AM) mostram uma tendência semelhante: a urbanização aumenta a escolaridade média, mas não elimina as barreiras de inserção social e econômica (Langdon, 2020; Coimbra Jr.; Santos, 2019). Esse hiato educacional contribui para a perpetuação de desigualdades estruturais, reforçando a necessidade de políticas intersetoriais que articulem educação e saúde. As características sociodemográficas detalhadas dos participantes estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos indígenas estudados (n=61, Campo Grande, MS, 2023)

| Variáveis                          | n  | % (IC 95%)        |
|------------------------------------|----|-------------------|
| Gênero                             |    |                   |
| Masculino                          | 23 | 37,7 (26,3; 50,7) |
| Feminino                           | 38 | 62,3 (49,3; 73,7) |
| Idade (em anos)                    |    |                   |
| <30                                | 18 | 29,5 (19,3; 42,3) |
| 30-59                              | 30 | 49,2 (36,7; 61,8) |
| ≥60                                | 13 | 21,3 (12,7; 33,6) |
| Estado civil                       |    |                   |
| Solteiro                           | 28 | 45,9 (33,7; 58,7) |
| Casado                             | 28 | 45,9 (33,7; 56,7) |
| Separado/divorciado                | 3  | 4,9 (1,6; 14,5)   |
| Viúvo                              | 2  | 3,3 (0,8; 12,5)   |
| Anos de estudo (em anos completos) |    |                   |
| Ensino fundamental incompleto      | 10 | 16,4 (8,9; 28,1)  |
| Ensino fundamental completo        | 6  | 9,8 (4,4; 20,5)   |
| Ensino médio incompleto            | 9  | 14,8 (7,8; 26,3)  |
| Ensino médio completo              | 28 | 45,9 (33,7; 58,7) |
| Ensino superior incompleto         | 1  | 1,6 (0,2; 11,1)   |
| Ensino superior completo           | 7  | 11,5 (5,4; 22,5)  |

Legenda: IC – intervalo de confiança; n – número de participantes.

3.2 Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

A prevalência de hipertensão (22,9%) e de diabetes (13,1%) observada neste estudo reflete uma transição epidemiológica típica das populações indígenas em contexto urbano. Padrões semelhantes foram relatados entre os povos Guarani e Terena (Barros *et al.*, 2019; Oliveira; Casado; Lando, 2011; Fávaro; Santos; Coimbra, 2015).

Esses achados podem ser explicados pela mudança do perfil nutricional e pela redução de atividades físicas tradicionais, como a agricultura e a pesca, substituídas por ocupações urbanas sedentárias (Sichieri; Pereira, 2023; Sandes *et al.*, 2018). A análise também revela que o sexo feminino apresentou maior prevalência de DCNT, o que reforça o impacto do acúmulo de responsabilidades domésticas e das limitações no autocuidado relatadas em estudos qualitativos (Patriota *et al.*, 2020; Risardo; Garrido; Carreira, 2014). A Tabela 2 apresenta a distribuição das principais doenças crônicas autorrelatadas pelos participantes.

Tabela 2 – Prevalência de doenças entre os indígenas estudados (n=61, Campo Grande, MS, 2023)

| Variáveis                          | n  | % (IC 95%)        |
|------------------------------------|----|-------------------|
| Hipertensão                        | 14 | 22,9 (13,9; 35,4) |
| Hipercolesterolemia                | 9  | 14,7 (7,8; 26,3)  |
| Diabetes mellitus                  | 8  | 13,1 (6,6; 24,4)  |
| Asma/bronquite                     | 4  | 6,6 (2,4; 16,5)   |
| Lesão por esforço repetitivo (LER) | 3  | 4,9 (1,6; 14,5)   |
| Osteoporose                        | 1  | 1,6 (0,2; 11,1)   |

Legenda: IC – intervalo de confiança.

3.3 Comportamentos de risco à saúde

A prevalência de consumo de álcool (36,1%), com 27,9% em padrão abusivo, e de automedicação (23%) indica vulnerabilidades psicossociais associadas à exclusão e à ausência de serviços de atenção básica adaptados culturalmente. Esses índices superam os dados nacionais da Vigitel (2022) e os de outras populações urbanas (Schäfer *et al.*, 2019; Castro, 2021).

Nos contextos urbanos, a maior disponibilidade de bebidas e a ruptura de vínculos comunitários tradicionais contribuem para o aumento do consumo de álcool, fenômeno relatado entre povos Guarani-Kaiowá e Kadiwéu (Santiago; Amorim, 2022).

A automedicação reflete tanto o acesso precário a serviços de saúde quanto a persistência de práticas tradicionais de autocuidado mediadas pelo uso de fármacos industrializados, o que eleva o risco de efeitos adversos (Queiroz; Silva, 2021; Sandes *et al.*, 2018). A Tabela 3 resume a prevalência dos principais comportamentos de risco à saúde identificados na comunidade.

Tabela 3 – Prevalência de comportamentos de risco entre os indígenas estudados (n=61, Campo Grande, MS, 2023)

| Variáveis                              | n  | % (IC 95%)        |
|----------------------------------------|----|-------------------|
| Tabagismo                              |    |                   |
| Não                                    | 55 | 90,2 (79,5; 95,6) |
| Sim                                    | 6  | 9,8 (4,4; 20,5)   |
| Consumo de álcool                      |    |                   |
| Não                                    | 39 | 63,9 (51,0; 75,1) |
| Sim                                    | 22 | 36,1 (24,9; 49,0) |
| Abuso de álcool                        |    |                   |
| Não                                    | 44 | 72,1 (59,4; 82,1) |
| Sim                                    | 17 | 27,9 (17,9; 40,6) |
| Má qualidade do sono                   |    |                   |
| Não                                    | 53 | 86,9 (75,6; 93,4) |
| Sim                                    | 8  | 13,1 (6,6; 24,4)  |
| Percepção mais negativa da saúde       |    |                   |
| Não                                    | 59 | 96,7 (87,5; 99,2) |
| Sim                                    | 2  | 3,3 (0,8; 12,5)   |
| Automedicação                          |    |                   |
| Não                                    | 47 | 77,0 (64,6; 86,1) |
| Sim                                    | 14 | 23,0 (13,9; 35,4) |
| Percepção mais negativa da alimentação |    |                   |
| Não                                    | 57 | 93,4 (83,5; 97,6) |
| Sim                                    | 4  | 6,6 (2,4; 16,5)   |

Legenda: IC – intervalo de confiança.

3.4 Alimentação

Mais da metade dos participantes relatou consumir menos de quatro refeições por dia (60,7%), e 85,2% substituem as refeições principais por lanches, refletindo insegurança alimentar e transição nutricional. Tais padrões coincidem com os achados de Azambuja *et al.* (2022) e Schäfer *et al.* (2019), que identificaram substituição de dietas tradicionais por alimentos ultraprocessados.

O consumo de leite integral (63%), de gordura aparente em carnes (≈50%) e o hábito de comer assistindo à televisão (68,9%) confirmam a ocidentalização dos hábitos alimentares. Esse

quadro reforça o conceito de determinantes estruturais da saúde, segundo o qual as condições de renda e do ambiente urbano influenciam o comportamento alimentar (Dahlgren; Whitehead, 1991; WHO, 2010).

Os dados sobre hábitos alimentares encontram-se detalhados na Tabela 4.

Tabela 4 – Hábitos alimentares dos povos indígenas estudados (n=61, Campo Grande, MS, 2023)

| Variáveis                                                  | n  | % (IC 95%)        |
|------------------------------------------------------------|----|-------------------|
| Número de refeições                                        |    |                   |
| <4                                                         | 37 | 60,7 (47,7; 72,3) |
| ≥4                                                         | 24 | 39,3 (27,7; 52,3) |
| Realização do café da manhã                                |    |                   |
| Não                                                        | 19 | 31,1 (20,6; 44,0) |
| Sim                                                        | 42 | 68,9 (56,0; 79,4) |
| Onde costuma fazer suas refeições                          |    |                   |
| Em casa                                                    | 40 | 65,6 (52,6; 76,6) |
| No trabalho                                                | 18 | 29,5 (19,3; 42,3) |
| Restaurante                                                | 3  | 4,9 (1,6; 14,5)   |
| Hábito de comer enquanto assiste televisão                 |    |                   |
| Não                                                        | 19 | 31,1 (20,6; 44,0) |
| Sim                                                        | 42 | 68,9 (56,0; 79,4) |
| Consumo de gordura aparente proveniente de carne vermelha  |    |                   |
| Não                                                        | 30 | 49,2 (36,7; 61,8) |
| Sim                                                        | 31 | 50,8 (38,2; 63,3) |
| Consumo de gordura aparente proveniente de frango          |    |                   |
| Não                                                        | 34 | 55,7 (42,9; 67,8) |
| Sim                                                        | 27 | 44,3 (32,2; 57,1) |
| Tipo de leite consumido                                    |    |                   |
| Leite integral                                             | 29 | 63,0 (48,0; 75,9) |
| Desnatado                                                  | 5  | 10,9 (4,5; 24,0)  |
| Ambos                                                      | 12 | 26,1 (15,2; 41,0) |
| Hábito de substituir uma refeição por um lanche            |    |                   |
| Não                                                        | 9  | 14,8 (7,8; 26,3)  |
| Sim                                                        | 52 | 85,2 (73,7; 92,2) |
| Hábito de adicionar mais sal à sua comida depois de pronta |    |                   |
| Não                                                        | 49 | 80,3 (68,2; 88,6) |
| Sim                                                        | 12 | 19,7 (11,4; 31,8) |

Legenda: IC – intervalo de confiança.

3.5 Atividade física, sono e bem-estar subjetivo

Apenas 29,5% dos participantes relataram praticar atividade física regular, embora 60,7% tenham manifestado intenção de iniciar. Essa discrepância sugere barreiras ambientais e comportamentais, como ausência de espaços públicos adequados e longas jornadas de trabalho. A baixa adesão à atividade física é semelhante à média nacional (IBGE, 2015; Pereira *et al.*, 2020), mas, entre indígenas urbanos, carrega implicações culturais: o exercício físico é dissociado de práticas tradicionais de subsistência, exigindo estratégias de promoção mais culturalmente sensíveis. Experiências positivas com oficinas corporais e jogos tradicionais demonstram que

a revalorização cultural pode funcionar como um motivador da atividade física (Botero *et al.*, 2021; Portes; Lopes; Souza, 2018).

A má qualidade do sono (13,1%) observada se relaciona a fatores ambientais, como ruído e iluminação, e psicossociais, como ansiedade e insegurança alimentar (Souza; Reimão, 2004; Reimão; Souza; Gaudioso, 1999; Reimão *et al.*, 2000). Tais alterações do sono têm efeito cascata sobre a saúde mental e metabólica, contribuindo para doenças crônicas.

A Tabela 5 apresenta os indicadores relacionados à prática de atividade física e à qualidade percebida do sono.

Tabela 5 – Atividade física entre os indígenas pesquisados (n=61, Campo Grande, MS, 2023)

| Variável                                                           | Não (n) | % (IC 95%)       | Sim (n) | % (IC 95%)       |
|--------------------------------------------------------------------|---------|------------------|---------|------------------|
| Pratica atividade física                                           | 43      | 70,4(58,1-80,5)  | 18      | 29,5 (19,5-41,9) |
| Pretende começar a praticar atividade física nos próximos 180 dias | 13      | 21,3 (12,8-33,3) | 48      | 78,6 (66,7-87,2) |
| Pretende começar a praticar atividade física nos próximos 30 dias  | 24      | 39,3 (28,1-51,9) | 37      | 60,6 (48,1-71,9) |

IC: intervalo de confiança.

3.7 Integração teórica e implicações práticas

Os resultados apontam que os comportamentos de saúde dos indígenas urbanos são moldados por determinantes sociais interligados – escolaridade, renda, urbanização, exclusão do sistema DSEI e fragilidade das redes de apoio. No modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), esses fatores se situam nas camadas intermediárias e estruturais, reforçando que as decisões individuais de saúde não podem ser dissociadas das condições socioeconômicas e culturais.

Além disso, o processo de urbanização rompeu laços comunitários e mecanismos tradicionais de cuidado coletivo, substituindo-os por práticas biomédicas descontextualizadas. Nesse cenário, políticas públicas devem priorizar:

- 1. Atenção primária intercultural em áreas urbanas, com agentes indígenas de saúde;
- 2. Educação alimentar e nutricional participativa, incorporando saberes tradicionais;
- 3. Promoção da atividade física culturalmente adaptada, por meio de programas comunitários;
- 4. Ações integradas de saúde mental e prevenção do abuso de álcool;
- 5. Produção de dados desagregados por etnia e território urbano, ampliando a visibilidade dessas populações.

Em síntese, a análise demonstra que a urbanização indígena não é apenas um deslocamento territorial, mas um processo de reconfiguração social e epidemiológica que exige políticas de saúde intersetoriais, baseadas na equidade e na valorização cultural.

Limitações metodológicas

Reconhece-se que o uso de amostragem intencional pode limitar a generalização dos achados e que o autorrelato pode introduzir viés de memória. Entretanto, o uso de um instrumento validado e a coleta conduzida por entrevistadores treinados minimizam essas limitações.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os comportamentos relacionados à saúde observados refletem o impacto da urbanização sobre a vida indígena e evidenciam a vulnerabilidade decorrente da exclusão social e da perda de práticas tradicionais. A prevalência de hipertensão, automedicação e consumo abusivo de álcool, combinada à baixa atividade física e à alimentação inadequada, reforça a urgência de políticas intersetoriais que incorporem os determinantes sociais e culturais da saúde. Ações de promoção da saúde devem considerar estratégias culturalmente sensíveis, com protagonismo indígena e articulação entre Sistema Único de Saúde (SUS) e Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com os ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e ODS 10 (Redução das Desigualdades). Recomenda-se que futuros estudos adotem delineamentos comparativos e abordagens mistas, integrando análises qualitativas e quantitativas.

#### REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, A. *Entre a floresta e o concreto: os impactos socioculturais no povo Indígena Jupaú em Rondônia*. São Paulo: Paco Editorial, 2015.

PATRIOTA, P. V. A. M. *et al.* Ecocardiografia e análise de doenças cardiovasculares subclínicas em povos Indígenas que vivem em diferentes graus de urbanização: Projeto de Aterosclerose nas Populações Indígenas (Pai). *ABC Imagem Cardiovascular*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 1–8, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.abccard.2020.07.005>

AZAMBUJA, C. *et al.* Biomarcadores e ancestralidade em doenças metabólicas. *Revista Brasileira de Saúde Indígena*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 15–29, 2022.

BARROS, G. G. M. *et al.* Transição nutricional e sua relação com a prevalência de hipertensão arterial em índios brasileiros. *Revista Diálogo Acadêmico*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 20–3, 2019.

BORCHI, A. C.; CARREIRA, L. Life and health conditions of elderly indigenous Kaingang. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 511–17, 2015. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150068>

BOTERO, J. P. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic stay at home order and social isolation on physical activity levels and sedentary behavior in Brazilian adults. *Einstein*, São Paulo, v. 19, p. 1–6, 2021. [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2021AO6261](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO6261)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2022: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2022-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>. Acesso em: 13 fev. 2025.

CASTRO, S. E. Perfil nutricional de crianças menores de 5 anos beneficiárias do programa Bolsa Família antes e durante a pandemia da Covid-19 residentes da região nordeste do Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*, São José dos Pinhais, v. 4, n. 4, p. 16058–74, 2021. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-154>

CHAVES, R. M. L. *População indígena residente em áreas urbanas do Brasil: características demográficas e condições de saneamento básico dos setores censitários, segundo o censo demográfico de 2010*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

CLIMACO, J. C. *Apenas a matéria vida era tão fina: experiências maternas de mulheres com filhos(as) com Tay-Sachs*. 2020. Tese (Doutorado em Tecnologia Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2020.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. *Saúde e povos indígenas: um panorama atual*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

FÁVARO, T. R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A. Obesidade e excesso de peso em adultos indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude, fatores socioeconômicos e demográficos associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1685–97, 2015. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161114>

GARNELO, L. Políticas de saúde indígena no Brasil: da tutela à autonomia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, p. 1–12, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145218>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. *Censo 2022*. Brasília: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 27 ago. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. *Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio: práticas de esporte e atividades físicas* – 2015. Brasília-DF: IBGE, 2015.

LANGDON, E. J. Saúde e interculturalidade: desafios no contexto urbano. *Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 987–1002, 2020.

LOPES, H. F. V. *Prevalência da obesidade na população indígena do Brasil: uma revisão de literatura*. 2014. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, G. F.; CASADO, A.; LANDO, G. A. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída nos indígenas da Aldeia Jaguapiru, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 29, p. 315–21, 2011. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000400007>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS]. *Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017*. Panamá: OPAS, 2017.

PEREIRA, D. S.; MARQUES, R. S.; SILVA, F. J. Atividade física e prevenção de doenças crônicas. *Revista Gualtar de Saúde*, Campo Grande, v. 20, n. 1, p. 1–12, 2020.

PORTES, L. A.; LOPES, A. L.; SOUZA, C. M. Estilo de vida e atividade física em área de vulnerabilidade social. *Revista Famílias, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Uberaba, v. 1, p. 285–90, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497955551002>. Acesso em: 12 fev. 2026.

PUCCI, M.; ALMEIDA, B. *Cantos da floresta: iniciação ao universo musical indígena*. São Paulo: Editora Peirópolis, 2018.

QUEIROZ, T. N.; SILVA, J. G. Risks arising from self-medication for treatment against Covid-19. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 12, p. 117984–118002, 2021. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-296>

REIMÃO, R.; SOUZA, J. C. R. P.; GAUDIOSO, C. E. V. Nocturnal sleep pattern in native Brazilian Terena adults. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 58, n. 2, p. 233–8, 2000. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2000000200016>

REIMÃO, R.; SOUZA, J. C. R. P.; GAUDIOSO, C. E. V. Sleep habits in native Brazilian Bororo children. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 14–7, 1999. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000100004>

RISARDO, L. K.; GARRIDO, A. C.; CARREIRA, L. Práticas de cuidado ao idoso indígena: atuação dos

profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 67, n. 6, p. 920–7, 2014. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014.67.6.20>

SANDES, L. F. F. et al. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 42, p. 1–9, 2018. Doi: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e163>

SANTIAGO, G.; AMORIM, A. A saúde indígena no Brasil e os desafios na pandemia da Covid-19. *Revista Saúde e Direitos Humanos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 200–18, 2022.

SCHÄFER, A. A. et al. Consumo e comportamento alimentar de trabalhadores de uma universidade: um estudo transversal. *Demetra*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1–14, 2019.

SICHERI, R.; PEREIRA, R. A. *Consumo alimentar e obesidade: teorias e evidências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023.

SOUZA, J. C.; REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. *Psicologia em Estudo*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 3–7, 2004.

UNITED NATIONS. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *MDG Reports, CCAs, UNDAFs e Indigenous People: a desk review* – 2010. Geneva: WHO, 2010.

### Sobre os autores:

**Aymeê Bertolo dos Reis:** Especialista em Atenção Primária a Saúde pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Profissional de Educação Física pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. **E-mail:** [aymee.bert@gmail.com](mailto:aymee.bert@gmail.com), **Orcid:** <https://orcid.org/0009-0004-7176-0530>

**Antônio Augusto Schäfer:** Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense. **E-mail:** [antonioaschafer@unesc.net](mailto:antonioaschafer@unesc.net), **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-8834-0434>

**Fernanda de Oliveira Meller:** Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense. **E-mail:** [fernandameller@unesc.net](mailto:fernandameller@unesc.net), **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-1174-4721>

**Maria Ines da Rosa:** Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense. **E-mail:** [mir@unesc.net](mailto:mir@unesc.net), **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-6124-2538>

**Antonio Jose Grande:** Doutor em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo. Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. **E-mail:** [grandeto@gmail.com](mailto:grandeto@gmail.com), **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-7182-075X>

---

### Disponibilidade de dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Editora-chefe responsável pelo artigo: Arlinda Cantero Dorsa.

Editores Avaliadores do artigo: Alessandra Machado e Arlinda Cantero Dorsa.

---