

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS CHAPECÓ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

MILKA NOEMI ZEBALLOS VASQUEZ

**FATORES RELACIONADOS À AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA DA QUALIDADE
DO SONO NA POPULAÇÃO INDÍGENA ATENDIDA EM AMBULATÓRIO DE
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO – RS**

CHAPECÓ-SC

2026

MILKA NOEMI ZEBALLOS VASQUEZ

**FATORES RELACIONADOS À AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA DA QUALIDADE
DO SONO NA POPULAÇÃO INDÍGENA ATENDIDA EM AMBULATÓRIO DE
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO – RS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Biomédicas sob a orientação do Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani

CHAPECÓ-SC

2026

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Vasquez, Milka Noemi Zeballos
FATORES RELACIONADOS À AUTOPERCEPÇÃO
NEGATIVA DA QUALIDADE DO SONO NA POPULAÇÃO
INDÍGENA ATENDIDA EM AMBULATÓRIO DE MÉDIA E ALTA
COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE
PASSO FUNDO RS / Milka Noemi Zeballos Vasquez. --2026.
66 f.

Orientador: Pós Doutorado Gustavo Olszanski Acrani Dissertação
(Mestrado) - Universidade Federal da
Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências
Biomédicas, Chapecó, SC, 2026.

I. , Gustavo Olszanski Acrani, orient. II. Universidade
Federal da Fronteira Sul. III. Título.

MILKA NOEMI ZEBALLOS VASQUEZ

**FATORES RELACIONADOS À AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA DA QUALIDADE
DO SONO NA POPULAÇÃO INDÍGENA ATENDIDA EM AMBULATÓRIO DE
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO – RS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação
em Ciências Biomédicas da Universidade Federal da
Fronteira Sul – UFFS como requisito para obtenção do
título de Mestre em Ciências Biomédicas sob a orientação
do Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 10/08/2026.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **GUSTAVO OLSZANSKI ACRANI**
Data: 28/08/2026 14:34:01-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani – UFFS
Orientador

Prof. Dra. Roberta Rigo Dalla Corte – UFRGS
Avaliadora

Prof. Dra. Shana Ginar Da Silva – UFFS
Avaliador

Dedico esta dissertação aos povos indígenas do Brasil e do mundo, guardiões ancestrais de sabedorias milenares sobre a saúde, o equilíbrio com a natureza e a resiliência humana. Vocês, com suas práticas tradicionais de cuidado corporal e espiritual, inspiram esta pesquisa e nos recordam que o conhecimento científico é enriquecido pelo diálogo intercultural. Minha gratidão se estende às comunidades indígenas do Sul do Brasil e além, cujas vozes e experiências iluminam os caminhos para uma saúde mais justa e inclusiva. Que este trabalho honre sua contribuição inestimável ao saber global.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Eusebia, meu pai Vicente, aos meus irmãos Luis e Ximena, ao meu parceiro Elias pelo amor, incentivo e coopreensão, minhas filhas Wara e Ana Laura minhas fontes de inspiração, que sempre estão comigo, me dando todo suporte necessário e amor incondicional. E a todos da minha família.

Ao meu orientador Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani, pela disposição em aceitar orientar este trabalho, pelas conversas, sugestões e principalmente por todo apoio que me foi dado desde o início.

À Universidade Federal da Fronteira Sul, Faculdade de medicina, que me proporcionou a realização de um sonho por meio do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas.

Aos meus amigos Francielli Girardi, Daniela Zanini, Jane Friestino, Graciela Fonseca, Otavio Ribeiro e Michele Breansini, pela amizade e todo suporte que tem me dado ao longo desta caminhada.

Às Professoras Gabriela Gonçalves, Zuleide Inácio, Leonardo Leiria, pelas contribuições dadas à minha vida acadêmica, pois estas foram muito importantes para mim.

À equipe do ambulatório indígena da Universidade Federal Da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo- RS pelo acolhimento, carinho e parceria durante a coleta de dados deste projeto.

A todos que de alguma forma contribuíram para este trabalho. A todos eles, o meu mais sincero agradecimento.

RESUMO

Introdução: A qualidade do sono constitui um componente essencial da saúde, influenciando de forma direta e indireta múltiplos desfechos físicos, mentais e sociais. Em populações indígenas, essa dimensão assume relevância particular em razão das condições históricas de vulnerabilidade, das transformações nos modos de vida, dos determinantes sociais da saúde e das iniquidades no acesso aos serviços assistenciais. Apesar de sua importância, ainda são escassos os estudos que investigam a autopercepção da qualidade do sono associada a fatores sociodemográficos, comportamentais, clínicos e psicossociais em contextos indígenas, especialmente na região Sul do Brasil. **Objetivos:** Analisar os fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e psicossociais relacionados à autopercepção negativa da qualidade do sono em uma população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade em Passo Fundo-RS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional e de delineamento transversal, com abordagem descritiva e exploratória, realizado no Ambulatório Indígena da Universidade Federal da Fronteira Sul/Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo (RS). O estudo corresponde a um recorte de um projeto de maior abrangência, utilizando dados coletados entre abril de 2025 até abril de 2026. A amostra, por conveniência, incluiu indígenas com idade ≥ 18 anos, encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde das aldeias do Polo Base Passo Fundo (DSEI Interior Sul), que consentiram em participar. A variável dependente foi a autopercepção da qualidade do sono, dicotomizada em sono positivo e sono negativo. As variáveis independentes incluíram características sociodemográficas (idade, sexo, etnia, escolaridade, renda, estado civil, uso de álcool), condições de vida (local da residência, número de moradores, renda), autopercepção da saúde física, mental e da alimentação, além de diagnósticos médicos autorreferidos. Os dados foram coletados por entrevistas estruturadas e analisados por estatística descritiva e testes de associação, adotando-se nível de significância de 5%, respeitando-se os preceitos éticos vigentes. **Resultados:** Evidenciou-se elevada prevalência de autopercepção negativa da qualidade do sono entre os participantes (33,0%; IC: 26,3%-39,7%), sendo mais frequente entre indivíduos de 30-39 anos (53%; $p=0,04$), entre os indivíduos de etnia não Kaingang (66,7%; $p=0,010$), que apresentavam autopercepção negativa da alimentação (46,9%; $p=0,004$), da saúde (45,5%; $p<0,001$), que relataram sensação de estresse (62,8%; $p<0,001$), ansiedade (46,2%; $p=0,018$) e depressão (65,2%; $p<0,001$) e que apresentavam diagnóstico médico de obesidade (46,5%; $p=0,032$). Os achados reforçam o caráter multifatorial da qualidade do sono e sua estreita relação com o processo saúde-doença em contextos de vulnerabilidade social, configurando o sono não como fenômeno isolado, mas

como componente integrado às dimensões clínicas, psicossociais, culturais e territoriais que permeiam a vida dos povos indígenas. A elevada prevalência de sono percebido como negativo sinaliza a necessidade de maior atenção a essa dimensão nas práticas assistenciais e nos serviços especializados, destacando a importância de abordagens interculturais que valorizem saberes tradicionais e promovam o cuidado integral. **Considerações finais:** A autopercepção da qualidade do sono constitui um importante indicador de saúde na população indígena estudada. A incorporação sistemática da avaliação do sono nos serviços de saúde indígena pode contribuir para a identificação precoce de agravos, o planejamento de ações de cuidado culturalmente sensíveis e a redução das iniquidades em saúde. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais e qualitativos que aprofundem a compreensão dos determinantes do sono e suas repercussões na saúde indígena.

Palavras-chave: determinantes sociais da saúde; qualidade do sono; saúde indígena.

ABSTRACT

Introduction: Sleep quality is a fundamental component of health, exerting both direct and indirect influences on a wide range of physical, mental, and social outcomes. Among Indigenous populations, this dimension is particularly relevant due to historical conditions of vulnerability, ongoing transformations in traditional ways of life, the influence of social determinants of health, and persistent inequities in access to healthcare services. Despite its importance, studies investigating self-perceived sleep quality in relation to sociodemographic, behavioural, clinical, and psychosocial factors among Indigenous populations remain scarce, particularly in southern Brazil. **Objectives:** To analyse the sociodemographic, clinical, behavioural, and psychosocial factors associated with negative self-perceived sleep quality among an Indigenous population receiving care at a medium- and high-complexity outpatient clinic in Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** This observational cross-sectional study adopted a descriptive and exploratory approach and was conducted at the Indigenous Outpatient Clinic of the Federal University of Fronteira Sul/Hospital São Vicente de Paulo, located in Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brazil. The study represents a subset of a broader research project, using data collected between April 2025 and April 2026. A convenience sample included Indigenous adults aged ≥ 18 years who had been referred by Primary Healthcare Units serving villages within the Passo Fundo Base Pole (DSEI Interior Sul) and who provided informed consent to participate. The dependent variable was self-perceived sleep quality, dichotomised into positive and negative sleep perception. Independent variables included sociodemographic characteristics (age, sex, ethnicity, educational attainment, income, marital status, and alcohol consumption), living conditions (place of residence, household size, and income), self-perceived physical health, mental health, and dietary quality, as well as self-reported physician-diagnosed medical conditions. Data were collected through structured interviews and analysed using descriptive statistics and tests of association, adopting a significance level of 5% and complying with all applicable ethical standards. **Results:** A high prevalence of negative self-perceived sleep quality was observed among participants (33.0%; 95% CI: 26.3%–39.7%). Negative sleep perception was significantly more frequent among individuals aged 30–39 years (53.0%; $p=0.040$), those belonging to non-Kaingang ethnic groups (66.7%; $p=0.010$), participants reporting negative perceptions of their diet (46.9%; $p=0.004$) and overall health (45.5%; $p<0.001$), those experiencing stress (62.8%; $p<0.001$), anxiety (46.2%; $p=0.018$), and depression (65.2%; $p<0.001$), and individuals with a physician-diagnosed history of obesity (46.5%; $p=0.032$). These findings reinforce the

multifactorial nature of sleep quality and its close relationship with the health–disease process in socially vulnerable settings, highlighting that sleep should not be viewed as an isolated phenomenon but rather as an integrated component of the clinical, psychosocial, cultural, and territorial dimensions that shape Indigenous peoples' lives. The high prevalence of negative sleep perception underscores the need to strengthen attention to sleep health within clinical practice and specialised healthcare services, emphasising the importance of intercultural approaches that value traditional knowledge and promote comprehensive care. **Final Considerations:** Self-perceived sleep quality represents an important health indicator in the Indigenous population studied. The systematic incorporation of sleep assessment into Indigenous healthcare services may facilitate the early identification of health problems, support the planning of culturally sensitive care strategies, and contribute to reducing health inequities. Further longitudinal and qualitative studies are recommended to improve understanding of the determinants of sleep and their implications for Indigenous health.

Keywords: social determinants of health; sleep quality; Indigenous health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	IMPORTÂNCIA FISIOLÓGICA E DETERMINANTES DO SONO.....	14
3.2	QUALIDADE DO SONO E SAÚDE PÚBLICA	15
3.3	QUALIDADE DO SONO EM POPULAÇÕES INDÍGENAS	17
3.4	CONTEXTO REGIONAL	19
3.5	POLÍTICAS PÚBLICAS	20
4	METODOLOGIA	23
4.1	TIPO DE ESTUDO	23
4.2	LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO	23
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	23
4.4	VARIÁVEIS E COLETA DE DADOS	24
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	25
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	25
5	RESULTADOS	26
6	DISCUSSÃO	34
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS.....	44
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO UTILIZADO NAS	
	ENTREVISTAS.....	49
	ANEXO B – TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ATUAÇÃO EM	
	PROJETO DE PESQUISA	56
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	57

1 INTRODUÇÃO

O sono é um processo fisiológico fundamental para a manutenção da homeostase e da saúde integral, exercendo funções essenciais na restauração neural, consolidação da memória, regulação imunológica e equilíbrio emocional. Evidências apontam que a privação ou a má qualidade do sono está associada a prejuízos cognitivos, maior vulnerabilidade a infecções, distúrbios metabólicos e impacto negativo em condições psiquiátricas, cardiovasculares (Watson et al., 2015). Ainda, comportamentos de saúde deletérios, como uso de álcool, uso excessivo de telas, sedentarismo e rotinas irregulares, influenciam diretamente a arquitetura e a qualidade do sono, potencializando efeitos negativos sobre o bem-estar e o desempenho social (Maciel et al., 2023).

Entretanto, a distribuição dos distúrbios do sono não é uniforme entre os diferentes grupos populacionais. Fatores socioeconômicos, contextos ambientais e desigualdades estruturais afetam de forma significativa a qualidade do sono de indivíduos que vivem em condições de vulnerabilidade (Al-Khalil et al., 2024). Entre os grupos suscetíveis a um contexto de maior vulnerabilidade, destacam-se as populações indígenas, que têm apresentado, de maneira consistente, maior prevalência de dificuldades de sono, incluindo insônia, sono insuficiente e sintomas associados a transtornos respiratórios do sono (Marchildon et al., 2015).

Estudo realizado em uma população de indígenas adultos, nos Estados Unidos e no Canadá, revelam que eles apresentam taxas mais elevadas de sono insuficiente quando comparados a pessoas brancas não hispânicas, resultado associado a desigualdades sociais persistentes, exposição crônica ao estresse, insegurança econômica e barreiras no acesso aos serviços de saúde (Marchildon et al., 2015). De forma complementar, pesquisas com populações indígenas demonstraram que fatores como ansiedade, depressão e uso de substâncias estão associados à pior qualidade do sono (Fernandez et al., 2024). Isso acontece porque a precariedade das condições de vida, somada ao sofrimento psíquico, gera uma carga alostática elevada onde a falta de recursos de enfrentamento e o suporte social insuficiente impedem a quebra do estado de hipervigilância, perpetuando tanto a privação do sono quanto o agravamento das comorbidades mentais.

Vale ressaltar que as adversidades ao longo da vida, especialmente experiências adversas na infância e eventos traumáticos na idade adulta, podem ter efeito sobre a qualidade do sono. Mersky, Lee e Jackson (2023) observaram que tais experiências formam trajetórias cumulativas que afetam o bem-estar psicológico e o sono na idade adulta,

particularmente entre mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica. O observado na literatura reforça que impactos psicossociais de longo prazo são determinantes centrais das desigualdades em saúde do sono.

Paralelamente, também se observa uma importante desigualdade estrutural no diagnóstico e tratamento de distúrbios como a apneia obstrutiva do sono, por exemplo no Canadá, (Marchildon et al., 2015) relata que as diferenças administrativas e de cobertura de saúde levam povos indígenas a enfrentarem vias de cuidado mais longas, maiores tempos de espera e menor acesso a terapias de primeira linha, contribuindo para o subdiagnóstico e subtratamento dessa condição.

Embora intervenções comportamentais, como a higiene do sono e terapias cognitivo-comportamentais, sejam consideradas eficazes na população geral (Watson et al., 2015), ainda há escassez de estratégias culturalmente adaptadas para populações indígenas. Essa lacuna evidencia a necessidade de abordagens que considerem seus contextos socioculturais, históricos e políticos. Dessa forma, investigar a qualidade do sono em grupos vulneráveis, como em populações indígenas, é essencial para compreender a magnitude das disparidades em saúde e orientar a construção de políticas e intervenções mais equitativas. Considerando o papel do sono como determinante central da saúde, torna-se necessário aprofundar o conhecimento sobre os fatores que comprometem a qualidade do sono entre esses povos e desenvolver estratégias de cuidado adequadas às suas realidades, assim a presente investigação tem relevância prática para o planejamento de ações do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Interior Sul e pode contribuir para qualificar a atenção ambulatorial e hospitalar dirigida a esses grupos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e psicossociais relacionados à autopercepção negativa da qualidade do sono em uma população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade em Passo Fundo-RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e de estilo de vida da população indígena participante do estudo.

Avaliar a prevalência da autopercepção negativa da qualidade do sono.

Analisar a relação entre a autopercepção negativa da qualidade do sono com variáveis sociodemográficas e hábitos comportamentais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 IMPORTÂNCIA FISIOLÓGICA E DETERMINANTES DO SONO

Os mecanismos envolvidos no sono se dão por dois sistemas, processos homeostáticos e ciclo circadiano, que em equilíbrio são responsáveis por gerar e manter a saúde do sono. Durante o período de vigília, a atividade cerebral gera a liberação e acúmulo progressivo de adenosina, no meio extracelular, um nucleosídeo derivado da degradação do ATP, que desempenha papel fundamental na regulação homeostática do sono. O aumento da concentração de adenosina sinaliza fadiga metabólica e ativa neurônios inibitórios localizados na área pré-óptica ventrolateral do hipotálamo, promovendo a transição da vigília para o sono. Dessa forma, a adenosina atua como um verdadeiro mediador químico da pressão homeostática do dormir, reduzindo a atividade dos sistemas de excitação cortical. Os níveis deste nucleosídeo diminuem principalmente durante o sono profundo, permitindo a restauração neuroquímica necessária para a vigília subsequente (Kryger; Avidan; Berry, 2015).

O sono inicia no núcleo pré-óptico ventrolateral do hipotálamo, que inibe áreas do cérebro responsáveis pela excitação, com apoio dos neurônios de orexina do hipotálamo lateral. O sono NREM ocorre pela desconexão funcional entre o tronco encefálico, tálamo e córtex mediada por neurônios GABA, neurotransmissor inibitório importante no sistema nervoso central. O sono REM é ativado por neurônios colinérgicos no tronco encefálico, que produzem atividade cortical intensa e dessincronizada; sua parte tônica é regulada pelo sistema parassimpático e a fásica, pelo simpático (Brinkman; Reddy; Sharma, 2018).

O núcleo supraquiasmático constitui o principal marca-passo circadiano, sendo responsável pela sincronização do ciclo sono-vigília com os estímulos ambientais, especialmente a luz. Esse núcleo exerce controle direto sobre a glândula pineal, modulando a secreção de melatonina ao longo das 24 horas (Wilking et al., 2013). Logo, o ciclo circadiano é uma oscilação que possui duração aproximada de 24 horas que regula nossas funções fisiológicas como a liberação de hormônios, a temperatura corporal e o metabolismo. Esse sistema é coordenado centralmente pelo núcleo supraquiasmático do hipotálamo, considerado o relógio biológico mestre, que sincroniza os relógios periféricos distribuídos pelos diferentes tecidos por meio de sinais neurais, hormonais e metabólicos. A luz é o principal sincronizador ambiental desse sistema, atuando como zeitgeber primário,

além de estímulos secundários como alimentação, atividade física e temperatura corporal (Brinkman; Reddy; Sharma, 2018).

Durante o sono profundo ocorrem processos fisiológicos importantes no reparo do corpo e cérebro. Com a atividade cerebral reduzida e o corpo em relaxamento completo, com diminuição da frequência cardíaca, da pressão arterial e do ritmo respiratório. É nessa fase que acontece a maior liberação do hormônio do crescimento importante para regeneração celular e reparação dos tecidos. Além disso, o sono profundo consolida a memória declarativa (fatos e informações) e a limpeza cerebral através do líquido cefalorraquidiano que remove os resíduos tóxicos do cérebro. Portanto, a qualidade e a quantidade (influenciado pelo ciclo circadiano) é importante para a saúde do sono (Brinkman; Reddy; Sharma, 2018).

Além disso, a melatonina, hormônio-chave da regulação circadiana secretado pela glândula pineal, além de seu papel cronobiológico clássico, atua simultaneamente como potente agente antioxidante, neutralizando radicais livres e modulando a expressão de enzimas protetoras. Sua interação com a sirtuína-1 estabelece uma conexão molecular entre metabolismo energético, controle redox e ritmicidade circadiana. Alterações nesse eixo comprometem tanto a eficiência do relógio biológico quanto a capacidade antioxidante celular, reforçando a interdependência entre sono, estresse oxidativo e homeostase sistêmica (Wilking et al., 2013).

A arquitetura do sono é organizada em ciclos ultradianos com duração média de 90 a 120 minutos, compostos pelos estágios N1, N2, N3 e sono REM. O sono N3, também denominado sono de ondas lentas, é fundamental para a recuperação metabólica, consolidação da memória declarativa e restauração do equilíbrio antioxidante. O sono REM está relacionado à plasticidade sináptica, regulação emocional e processamento cognitivo (Kryger; Avidan; Berry, 2015).

3.2 QUALIDADE DO SONO E SAÚDE PÚBLICA

A qualidade do sono constitui um dos pilares essenciais da saúde humana e coletiva, exercendo influência direta sobre funções fisiológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais fundamentais. Evidências científicas indicam que os distúrbios do sono configuram um problema emergente de saúde pública, com prevalências crescentes em diferentes populações ao redor do mundo. Estimativas recentes apontam que entre 20% e 40% dos indivíduos globalmente não atingem uma duração ou qualidade de sono

consideradas adequadas, fenômeno impulsionado por fatores sociais, ambientais e comportamentais característicos da vida contemporânea (DelRosso, 2025).

A disrupção do sono manifesta-se de múltiplas formas, incluindo insônia, sonolência excessiva diurna, fragmentação do sono, apneia obstrutiva do sono, distúrbios do ritmo circadiano e alterações na arquitetura do sono. Tais condições afetam significativamente a regulação neuroendócrina, metabólica e imunológica, aumentando o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, transtornos psiquiátricos e mortalidade prematura. A literatura demonstra que a privação ou fragmentação do sono provoca desequilíbrios relevantes na atividade autonômica, no metabolismo da glicose e na modulação inflamatória, estabelecendo uma relação direta com o surgimento e a progressão de doenças crônicas não transmissíveis (Antza et al., 2021).

Entre os distúrbios do sono de maior relevância populacional destaca-se a insônia, cuja prevalência pode ultrapassar 30% quando considerados sintomas como dificuldade para iniciar ou manter o sono. Em contextos clínicos específicos, como após o acidente vascular cerebral (AVC), essa prevalência torna-se ainda mais expressiva. Uma revisão sistemática recente identificou que aproximadamente 38,2% dos sobreviventes de AVC apresentam insônia no período pós-evento, condição associada a pior recuperação funcional, maior fadiga, sintomas depressivos e redução global da qualidade de vida (Baylan et al., 2020). Esses achados evidenciam que a má qualidade do sono atua tanto como fator de risco quanto como elemento agravante em condições neurológicas.

Outro aspecto de grande relevância em saúde pública refere-se ao impacto do consumo de álcool sobre a qualidade do sono. Embora exista a percepção popular de que bebidas alcoólicas facilitam o início do sono, meta-análises demonstram que mesmo doses baixas reduzem significativamente o sono REM, enquanto doses moderadas a elevadas diminuem a latência para dormir, porém promovem intensa fragmentação do sono na segunda metade da noite (DelRosso, 2025). Dessa forma, o consumo de álcool compromete a arquitetura normal do sono, afetando processos cognitivos, metabólicos e emocionais dependentes das fases REM e NREM.

Os impactos da baixa qualidade do sono estendem-se ainda a domínios como aprendizagem, desempenho ocupacional, risco de acidentes e saúde mental (DelRosso, 2025). Estudos indicam que indivíduos com sono inadequado apresentam maiores taxas de ansiedade, depressão, irritabilidade, além de déficits de atenção e memória (Bodanese et al. 2021). Ademais, fatores sociais e ambientais, como por exemplo longas jornadas de trabalho, uso excessivo de dispositivos eletrônicos, exposição à luz artificial durante a noite (Cattani

et al. (2026), insegurança alimentar e elevados níveis de estresse (Mersky, Lee e Jackson 2023), contribuem para o agravamento do problema, sobretudo em populações socialmente vulneráveis.

Assim, compreender o sono como um determinante essencial da saúde pública implica reconhecer sua influência abrangente sobre a saúde física, psicológica e social. Intervenções voltadas à promoção da higiene do sono, à redução do consumo de substâncias psicoativas, à criação de ambientes favoráveis ao descanso e à ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento dos distúrbios do sono devem integrar políticas públicas consistentes. A literatura contemporânea demonstra que a promoção de uma boa qualidade do sono resulta em benefícios amplos, incluindo a redução de riscos cardiometabólicos, a melhora da saúde mental, o aumento da produtividade e a elevação da qualidade de vida.

3.3 QUALIDADE DO SONO EM POPULAÇÕES INDÍGENAS

A qualidade do sono em populações indígenas tem sido reconhecida como um componente essencial da saúde física, mental e comunitária, apresentando particular relevância no contexto das desigualdades étnicas e sociais em saúde. Evidências empíricas provenientes de estudos conduzidos com povos indígenas em diferentes países indicam que padrões inadequados de sono, incluindo curta duração, fragmentação e presença de distúrbios do sono, ocorrem com maior frequência nessas populações quando comparadas a grupos não indígenas, refletindo a influência de determinantes estruturais, psicossociais e históricos.

Estudos longitudinais realizados com adultos indígenas americanos da Alaska demonstram que a curta duração do sono constitui um fator de risco independente para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2. Dormir seis horas ou menos por noite associa-se a maior incidência da doença ao longo do tempo, mesmo após o controle de variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Além disso, indivíduos com sono insuficiente apresentam menor resposta a intervenções de mudança de estilo de vida, particularmente no que se refere à perda de peso, sugerindo que o sono exerce papel modulador sobre processos metabólicos e sobre a efetividade de estratégias preventivas em saúde (Nuyujukian et al., 2016).

Os determinantes psicossociais também desempenham papel central na qualidade do sono em populações indígenas. Evidências indicam que a discriminação interpessoal, vivenciada de forma cumulativa ao longo da vida, associa-se a maior comprometimento do

sono entre adultos indígenas que vivem em contextos urbanos. Essa associação persiste mesmo após o ajuste para outros estressores relevantes, como adversidades na infância, eventos estressantes recentes e sintomas depressivos. Observa-se ainda que o nível educacional atua como fator moderador, atenuando parcialmente os efeitos da discriminação sobre o sono, o que evidencia a interação entre desigualdades sociais e experiências de marginalização na produção das iniquidades em saúde do sono (Danyluck et al., 2022).

No que se refere aos distúrbios respiratórios do sono, estudos qualitativos destacam importantes barreiras enfrentadas por populações indígenas no acesso ao diagnóstico e tratamento da apneia obstrutiva do sono. No contexto canadense, diferenças entre sistemas federais e provinciais de cobertura em saúde, associadas a dificuldades logísticas, longos tempos de espera e escassez de serviços especializados, resultam em subdiagnóstico e subtratamento dessa condição. Essas barreiras estruturais contribuem para a ampliação do risco de complicações cardiovasculares e metabólicas em grupos que já apresentam maior carga de doenças crônicas (Marchildon et al., 2015).

Entre povos indígenas de idade avançada, como a população Maori na Nova Zelândia, estudos longitudinais evidenciam que problemas de sono autorreferidos estão associados a desfechos adversos ao longo do envelhecimento. Indivíduos que relatam problemas de sono apresentam maior mortalidade, pior estado de saúde física, maior intensidade de dor, aumento da probabilidade de hospitalizações e pior saúde mental ao longo do seguimento. Esses efeitos mostram-se mais pronunciados entre os Maori quando comparados a não-Maori, indicando que o sono desempenha papel relevante nos processos de envelhecimento saudável e na manutenção das desigualdades étnicas em saúde (Gibson et al., 2020).

Os estudos indicam que a má qualidade do sono em populações indígenas não deve ser compreendida apenas como um comportamento individual ou uma condição clínica isolada. Trata-se de um fenômeno complexo, produzido pela interação entre fatores metabólicos, estressores psicossociais, discriminação estrutural, barreiras institucionais de acesso à saúde e contextos históricos de colonização e marginalização. Nesse sentido, o sono emerge tanto como marcador quanto como mediador das desigualdades em saúde física, mental e social.

Assim, a incorporação da saúde do sono nas políticas públicas e nas estratégias de atenção à saúde indígena mostra-se fundamental para a redução das iniquidades em saúde. Intervenções eficazes demandam abordagens culturalmente sensíveis, ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento dos distúrbios do sono e o desenvolvimento de pesquisas

colaborativas, co-desenhadas com as comunidades indígenas, capazes de integrar saberes tradicionais e evidências biomédicas.

3.4 CONTEXTO REGIONAL

O Rio Grande do Sul abriga uma população indígena caracterizada por diversidade étnica, distribuição territorial heterogênea e forte vínculo com os territórios ocupados. No estado, a população indígena é composta por 24.958 pessoas, distribuídas em 70 municípios, organizadas em 145 aldeias e acampamentos. Entre os indígenas aldeados, observa-se o predomínio expressivo do povo Kaingang, que corresponde a aproximadamente 88% dessa população, concentrando-se majoritariamente na Região Norte do estado, onde se localiza a maior densidade populacional indígena. As demais etnias presentes incluem os Guarani, que representam cerca de 12%, além dos povos Charrua (0,2%) e Xokleng (0,05%), que, embora numericamente menos expressivos, contribuem para a diversidade cultural, social e linguística do território gaúcho. De forma geral, 54% da população indígena reside em áreas urbanas, enquanto 46% vivem em zonas rurais, evidenciando a coexistência entre o modo de vida aldeado e a inserção em contextos urbanos. Essas populações compartilham desafios relacionados à vulnerabilidade social, à dispersão territorial e ao acesso equitativo às políticas públicas, especialmente no campo da saúde, ao mesmo tempo em que preservam práticas culturais, identitárias e formas próprias de organização social, fortemente ancoradas na coletividade e na relação com a terra (Rio Grande do Sul, 2024; Ayres; Montero Bartolome; Brando, 2023).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é o órgão federal responsável pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), atuando de forma articulada com estados e municípios para garantir atenção integral, diferenciada e intercultural aos povos indígenas. No Rio Grande do Sul, essa atuação ocorre por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI-ISul), cuja sede administrativa localiza-se em Santa Catarina, sendo responsável pela organização e execução das ações de Atenção Primária à Saúde Indígena no território gaúcho. O DSEI-ISul coordena as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento, além do apoio matricial de profissionais como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos e antropólogos. A atuação dessas equipes ocorre predominantemente em aldeias, respeitando as especificidades socioculturais,

linguísticas e territoriais dos povos atendidos, com destaque para a população Kaingang, majoritária no estado. A organização da assistência apresenta caráter heterogêneo, com equipes fixas em algumas comunidades e atendimento de forma volante em outras, o que demanda articulação constante com a Atenção Primária à Saúde municipal e com a rede estadual para garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade. Nesse contexto, a SESAI e o DSEI-ISul desempenham papel central na coordenação do cuidado, no fortalecimento do controle social indígena, na vigilância em saúde, na alimentação dos sistemas de informação específicos e na integração entre o conhecimento biomédico e as práticas tradicionais de cuidado, visando à redução das iniquidades em saúde que historicamente afetam os povos indígenas no Rio Grande do Sul (Rio Grande do Sul, 2024).

O Ambulatório Padre Elli Benincá configura-se como uma iniciativa de extensão universitária da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, em atividade desde o ano de 2019, voltada à oferta de atendimento especializado em saúde à população indígena geral entre elas a Kaingang que residem na Região Norte do Rio Grande do Sul, área que abriga cerca de 54% dos indígenas do estado. O serviço, denominado Atenção Integral à Saúde do Indígena, é desenvolvido a partir de uma articulação entre diferentes instituições, incluindo o Hospital São Vicente de Paulo, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e as instâncias regionais e municipais do setor de saúde. A equipe responsável pelo atendimento é formada por profissionais da saúde e acadêmicos do curso de Medicina da UFFS, destacando-se a presença de colaboradores permanentes com experiência na atenção à saúde indígena e domínio da língua Kaingang, aspecto que favorece a qualificação do cuidado, o respeito às especificidades culturais e a humanização da assistência (Universidade Federal da Fronteira Sul, 2025).

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS

O Sistema Único de Saúde (SUS) voltado aos povos indígenas consolidou-se a partir da formulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), oficializada pela Portaria nº 254/2002, em consonância com as disposições da Lei nº 9.836/1999, conhecida como Lei Arouca (Cardoso, 2014). Essa política representou a transição de modelos assistenciais historicamente marcados por ações fragmentadas e predominantemente curativas para uma proposta de atenção integral à saúde indígena, alinhada aos princípios constitucionais estabelecidos em 1988 (Santos; Menicucci, 2021). A partir desse marco, passou-se a reconhecer a necessidade de um modelo de atenção

diferenciada, capaz de considerar as especificidades étnicas, culturais e territoriais dos diferentes povos indígenas brasileiros. (Pedrana et al.,2018).

A organização desse subsistema fundamenta-se nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), definidos como unidades territoriais e administrativas estruturadas com base em critérios geográficos, demográficos e etnoculturais, independentemente dos limites político-administrativos dos estados e municípios (Reis; Borges, 2019). A rede assistencial é organizada de forma hierarquizada, iniciando-se nas aldeias e unidades básicas de saúde indígena, articulando-se aos Pólos-Base e, quando necessário, aos demais pontos de atenção do SUS (Silva et al., 2016). Nesse contexto, as Casas de Saúde Indígena (CASAI) desempenham papel estratégico no apoio aos usuários encaminhados para serviços de média e alta complexidade, oferecendo hospedagem temporária, alimentação, acompanhamento de enfermagem e apoio à comunicação intercultural durante o tratamento (Silva et al. 2016).

O principal objetivo da PNASPI consiste em promover a atenção integral à saúde indígena por meio da articulação entre os conhecimentos biomédicos e os saberes tradicionais dos povos originários (Santos; Menicucci, 2021). A interculturalidade constitui um dos pilares dessa política, reconhecendo que as práticas tradicionais de cuidado devem coexistir com os serviços formais de saúde, respeitando as concepções indígenas sobre processo saúde-doença (Pedrana et al., 2018). Nesse sentido, destaca-se a atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), que contribuem para a mediação entre os serviços de saúde e as comunidades, bem como o reconhecimento de práticas tradicionais desenvolvidas por lideranças espirituais, parteiras e outros cuidadores locais (Pedrana et al.,2018). Além disso, a participação comunitária é garantida por mecanismos de controle social, como os Conselhos Locais e os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), fortalecendo a autonomia e a participação das comunidades nas decisões relacionadas à saúde (Teixeira, 2017).

Outra iniciativa relevante é a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), instituída pela Portaria nº 2.866/2011 (BRASIL, 2011). Essa política reconhece que grupos populacionais residentes em territórios rurais e tradicionais apresentam condições específicas de vulnerabilidade social e sanitária, demandando estratégias diferenciadas de atenção à saúde. Entre os grupos contemplados estão agricultores familiares, ribeirinhos, assentados, acampados, quilombolas, extrativistas e povos indígenas. Seu objetivo é promover a equidade em saúde, reduzindo desigualdades históricas no acesso aos serviços e nas condições de vida dessas populações (Costa et al., 2019).

O diagnóstico situacional dessas populações evidencia a persistência de importantes determinantes sociais da saúde, incluindo limitações no acesso ao saneamento básico, insegurança territorial, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e condições precárias de trabalho. Tais fatores contribuem para a manutenção de agravos infecciosos, doenças crônicas, transtornos mentais e acidentes relacionados ao trabalho. Além disso, a exposição ocupacional a agrotóxicos, os conflitos territoriais e as diferentes formas de violência constituem importantes fatores de risco para o adoecimento físico e mental dessas populações (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

Para enfrentar essas vulnerabilidades, o Plano Operativo da PNSIPCFA prevê ações organizadas em diferentes eixos estratégicos voltados ao fortalecimento da rede de atenção à saúde. Entre essas ações destacam-se a ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde em áreas rurais e remotas, o fortalecimento da assistência às urgências e emergências, a qualificação das ações de saúde do trabalhador e a ampliação de programas direcionados à saúde da mulher, do homem e de grupos populacionais específicos. A implementação dessas estratégias depende da articulação entre os diferentes níveis de gestão do SUS, da educação permanente dos profissionais de saúde, da valorização dos saberes tradicionais e do fortalecimento dos mecanismos de participação social (Brasil, 2011). Apesar dos avanços normativos observados nas políticas públicas voltadas à saúde indígena e às populações tradicionais, persistem importantes iniquidades relacionadas às condições de vida, acesso aos serviços de saúde e exposição a fatores ambientais e psicossociais.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional e de delineamento transversal, com abordagem descritiva e exploratória.

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

A pesquisa foi conduzida no Ambulatório de Saúde Indígena da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo (RS), o qual é vinculado ao Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). O presente trabalho é um recorte do estudo de maior abrangência intitulado “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 (UFFS), Campus Passo Fundo e que iniciou em abril de 2025 e tem previsão de ser finalizado em dezembro de 2032. O presente recorte corresponde aos dados coletados no período compreendido entre os dias 08 de abril 2025 e 02 de abril de 2026.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

No projeto maior ao qual o presente recorte está vinculado, a amostra, de caráter não probabilística, inclui todos os indivíduos, de ambos os sexos e de qualquer idade, atendidos no ambulatório no período abril de 2025 a 31 de dezembro de 2032 que concordarem em participar do projeto mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Nesse estudo foram considerados elegíveis todos os indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que frequentaram o ambulatório durante o período do estudo. O fluxo de participantes ocorreu por meio de encaminhamentos realizados pela Unidade Básica de Saúde (UBS) das aldeias, encaminhados pela equipe de saúde pertencente ao Polo Base de Passo Fundo do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI IS), vinculado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

A coleta dos dados, realizada por meio de entrevistas estruturadas (Anexo A), teve início em abril de 2025 e para este recorte foram incluídas todas as entrevistas realizadas até abril de 2026. A abordagem aos potenciais participantes foi realizada presencialmente no ambulatório. Todos os usuários encaminhados e presentes no local foram convidados a participar, caracterizando uma amostragem por conveniência, condicionada ao

comparecimento no serviço e à aceitação em participar da pesquisa.

4.4 VARIÁVEIS E COLETA DE DADOS

A variável dependente do presente estudo foi a autopercepção negativa da qualidade do sono, avaliada por meio da pergunta “Como você considera o seu sono?”. Para fins analíticos, procedeu-se à dicotomização da variável em duas categorias: positiva (aos que responderam Excelente e Bom) e negativa (para as respostas Regular, Ruim e Muito ruim). Esse critério baseia-se na metodologia de Barros et al. (2019), que agrupa as categorias de modo a distinguir a percepção de um sono satisfatório daquela que engloba o sono regular ou com queixas (ruim/muito ruim).

As variáveis independentes contemplaram aspectos sociodemográficos, comportamentais, de estilo de vida, autopercepção de saúde e diagnósticos médicos de doenças crônicas não transmissíveis. As variáveis sociodemográficas incluíram idade (em anos completos), sexo (masculino; feminino), etnia (Kaingang; Guarani; Charrua; outra), escolaridade (fundamental incompleto; fundamental completo; médio incompleto; médio completo; superior incompleto; superior completo; pós-graduação; sem escolaridade), exercício de atividade remunerada (não; sim), renda familiar mensal (valor informado em reais, posteriormente categorizado), recebimento de benefício social (não; sim; não sabe) e estado civil (Não casado(a); Casado(a)/União estável). Também foi investigado o número de moradores no domicílio, considerando todas as pessoas residentes, independentemente do vínculo familiar ou contribuição para a renda.

As condições de saúde autorreferidas compreenderam a autopercepção da saúde física, da saúde mental e da alimentação, avaliadas por meio das perguntas “Como você considera a sua saúde física?”, “Como você considera a sua saúde mental?” e “Como você considera a sua alimentação?”, todas com as opções de resposta Excelente, Boa, Regular, Ruim e Muito ruim, sendo posteriormente dicotomizadas em boa percepção (Excelente e Boa) e percepção ruim (Regular, Ruim e Muito ruim). Os diagnósticos médicos prévios foram investigados a partir do autorrelato, mediante a pergunta “Alguma vez algum médico lhe disse que você estava com?”, com respostas dicotômicas (não; sim), incluindo diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, colesterol alto, triglicerídeos elevados, infarto ou problema cardíaco, acidente vascular cerebral, asma ou outros problemas respiratórios, artrite ou reumatismo, osteoporose, depressão, ansiedade e gastrite.

A coleta de dados foi realizada presencialmente, por meio de um questionário estruturado, elaborado pela equipe de professores e estudantes da Faculdade de Medicina da UFFS vinculados ao ambulatório de especialidades (Anexo A). Antes da aplicação, os participantes foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo e, mediante concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O instrumento foi aplicado por pesquisadores treinados, garantindo padronização do procedimento e qualidade das informações coletadas.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Para realização das entrevistas foi utilizada a plataforma Google Forms, acessada pelos entrevistadores no momento da coleta dos dados. Posteriormente, os dados foram extraídos diretamente da plataforma e tabulados em uma planilha do CALC do Libre Office (distribuição livre), utilizando para limpeza e codificação. Na sequência, os dados foram analisados no software estatístico PSPP versão 3 (distribuição livre). Após a etapa de validação, foi realizada a análise estatística descritiva, com cálculo de médias e desvios-padrão para variáveis contínuas e de proporções absolutas e relativas para variáveis categóricas. A prevalência do desfecho foi estimada com um intervalo de confiança de 95% (IC95). As relações entre cada variável e as categorias de autopercepção da qualidade do sono foram avaliadas por meio do teste do qui-quadrado de Pearson (Shapiro; Wilk, 1965). Sempre que mais de 25% das frequências esperadas em uma tabela apresentaram valores inferiores a cinco, utilizou-se o teste exato de Fisher como alternativa mais robusta (Agresti, 2019). Em ambos os casos foi adotado um nível de significância de 5% (erro tipo I).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu as diretrizes éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos, procedimentos e riscos mínimos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados no contexto indígena seguiu as orientações da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), assegurando respeito à autonomia, cultura e especificidades da população atendida. O trabalho foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFFS e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), parecer sob número 5.918.524 (Anexo C).

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 188 participantes, destacando-se indivíduos com idade superior a 40 anos (48,4%), do sexo feminino (69,7%) e pertencentes à etnia Kaingang (93,6%) (Tabela 1). No aspecto socioeconômico e habitacional, prevaleceram indivíduos não casados (63,8%), com ensino fundamental (55,3%), renda superior a dois salários-mínimos (45,7%) e residentes em reserva indígena (44,7%). Em relação às condições de moradia e hábitos de vida, a maior parte dos participantes relatou tabagismo (18,1%) e consumo de bebida alcóolica (27,7%) e conviver com três a quatro moradores no domicílio (48,9%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e comportamental de uma amostra da população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade, em Passo Fundo-RS, entre abril de 2025 e abril de 2026 (n=188).

(continua)		
Variáveis	n	%
Idade		
18-29	59	31,4
30-39	38	20,2
> 40 anos	91	48,4
Sexo		
Masculino	57	30,3
Feminino	131	69,7
Etnia		
Kaingang	176	93,6
Outra	12	6,4
Estado civil		
Não casado(a)	120	63,8
Casado(a)/União estável	68	36,2
Escolaridade		
Sem escolaridade	10	5,3
Ensino fundamental	104	55,3
Ensino médio	60	31,9
Ensino superior	14	7,4
Tabagismo		
Não	154	81,9
Sim	34	18,1
Consumo de bebida alcóolica		
Não	136	72,3
Sim	52	27,7

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e comportamental de uma amostra da população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade, em Passo Fundo-RS, entre abril de 2025 e abril de 2026 (n=188).

Variáveis	(conclusão)	
	n	%
Local de residência		
Aldeamento	59	31,4
Acampamento	32	17,0
Reserva indígena	84	44,70
Desaldeado	5	2,7
Outro	8	4,3
Número de moradores na residência		
1-2	40	21,3
3-4	92	48,9
5 ou mais	56	29,8
Renda		
Até meio salário-mínimo	68	36,2
Até um salário-mínimo	34	18,1
Mais de dois salários-mínimos	86	45,7

Quando considerou-se os aspectos autorreferidos de saúde, destaca-se autopercepção da saúde (59,6%) e da alimentação (34%) como ruim (Tabela 2). Quanto à saúde mental, evidenciou-se que 22,9% dos participantes referiram sentirem-se estressados, 27,7% ansiosos e 12,2% deprimidos, na maior parte do tempo ou sempre.

Tabela 2. Autopercepção de saúde de uma amostra da população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade, em Passo Fundo-RS, entre abril de 2025 e abril de 2026 (n=188).

Variáveis	n	%
Autopercepção da saúde		
Boa	76	40,4
Ruim	112	59,6
Autopercepção da alimentação		
Boa	124	66,0
Ruim	64	34,0
Sentiu estressado nos últimos meses		
Nunca/Às vezes	145	77,1
A maior parte do tempo/Sempre	43	22,9
Sentiu ansioso nos últimos meses		
Nunca/Às vezes	136	72,3
A maior parte do tempo/Sempre	52	27,7
Sentiu deprimido nos últimos meses		
Nunca/Às vezes	165	87,8
A maior parte do tempo/Sempre	23	12,2

Em relação aos diagnósticos médicos, observou-se que 22,9% dos indivíduos tinham obesidade, 19,1% dos participantes tinham diabetes, 38,3% hipertensão arterial, 16,5% hipercolesterolemia, 8,5% hipertrigliceridemia, 6,9% infarto agudo do miocárdio, e 2,7% acidente vascular cerebral. Já em relação aos diagnósticos de saúde mental, 12,8% apresentaram depressão e 34% ansiedade (Tabela 3).

Tabela 3. Diagnósticos médicos de uma amostra da população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade, em Passo Fundo-RS, entre abril de 2025 e abril de 2026 (n=188).

Variáveis	n	%
Obesidade		
Não	145	77,1
Sim	43	22,9
Diabetes		
Não	152	80,9
Sim	36	19,1
Hipertensão arterial		
Não	116	61,7
Sim	72	38,3
Hipercolesterolemia		
Não	157	83,5
Sim	31	16,5
Hipertrigliceridemia		
Não	172	91,5
Sim	16	8,5
Infarto agudo do miocárdio		
Não	175	93,1
Sim	13	6,9
Acidente vascular cerebral		
Não	183	97,3
Sim	5	2,7
Depressão		
Não	164	87,2
Sim	24	12,8
Ansiedade		
Não	124	66,0
Sim	64	34,0

Do total da amostra, 33% (IC95 26,3-39,7) relataram uma autopercepção da qualidade do sono como negativa, sendo observada em maior proporção entre os indivíduos não Kaingang (66,7%, $p = 0,010$) (Tabela 4). A idade se relacionou significativamente com a autopercepção negativa da qualidade do sono ($p = 0,004$), cuja faixa de 30 a 39 anos, foi observada uma maior proporção de indivíduos que relataram uma autopercepção negativa da qualidade do sono, 55,3%. Entre os participantes da etnia Kaingang, 69,3% relataram uma

qualidade de sono positiva, enquanto apenas 30,7% afirmaram ter uma qualidade de sono negativa.

Tabela 4. Relação da autopercepção da qualidade do sono segundo variáveis sociodemográficas, da população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade, em Passo Fundo-RS, entre abril de 2025 e abril de 2026 (n=188).

(continua)

Variáveis	Autopercepção da qualidade do sono		p-valor
	Positiva n= 126 (%)	Negativa n= 62 (%)	
Idade			
18-29	44 (74,6)	15 (25,4)	0,004
30-39	17 (44,7)	21 (55,3)	
> 40 anos	65 (71,4)	26 (28,6)	
Sexo			
Masculino	36 (63,2)	21 (36,8)	0,457
Feminino	90 (68,7)	41 (31,3)	
Etnia			
Kaingang	122 (69,3)	54 (30,7)	0,010*
Outra	4 (33,3)	8 (66,7)	
Estado civil			
Não casado(a)	79 (65,8)	41 (34,2)	0,645
Casado(a)/União estável	47 (69,1)	21 (30,9)	
Escolaridade			
Sem escolaridade	10 (100,0)	0 (0,0)	0,091
Ensino fundamental	66 (63,5)	38 (36,5)	
Ensino médio	39 (65,0)	21 (35,0)	
Ensino superior	11 (78,6)	3 (21,4)	
Tabagismo			
Não	104 (67,5)	50 (32,5)	0,751
Sim	22 (64,7)	12 (35,3)	
Consumo de bebida alcoólica			
Não	95 (69,9)	41 (30,1)	0,182
Sim	31 (59,6)	21 (40,4)	
Local de residência			
Aldeamento	37 (62,7)	22 (37,3)	0,858*
Acampamento	23 (71,9)	9 (28,1)	
Reserva indígena	57 (67,9)	27 (32,1)	
Desaldeado	4 (80,0)	1 (20,0)	
Outro	5 (62,5)	3 (37,5)	
Número de moradores na residência			
1-2	27 (67,5)	13 (32,5)	0,868
3-4	63 (68,5)	29 (31,5)	
5 ou mais	36 (64,3)	20 (35,7)	

Tabela 4. Relação da autopercepção da qualidade do sono segundo variáveis sociodemográficas, da população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade, em Passo Fundo-RS, entre abril de 2025 e abril de 2026 (n=188).

(conclusão)

Variáveis	Autopercepção da qualidade do sono		p-valor
	Positiva n= 126 (%)	Negativa n= 62 (%)	
Renda			
Até meio salário mínimo	37 (66,1)	19 (33,9)	0,928
Até um salário mínimo	22 (64,7)	12 (35,3)	
Mais de dois salários mínimos	58 (64,7)	28 (32,6)	

* *Teste exato de Fisher.*

As demais características sociodemográficas, como sexo, estado civil, escolaridade, uso de álcool, local de residência, número de moradores no domicílio e renda, não apresentaram relações estatisticamente significativas com a autopercepção da qualidade do sono (todos $p > 0,05$) (Tabela 4). A autopercepção da qualidade negativa do sono foi observada também em maior proporção entre os indivíduos que relataram uma autopercepção de saúde (45,5%, $p < 0,001$) (Tabela 5). Entre os participantes que avaliaram sua saúde como boa, observou-se a predominância de indivíduos com qualidade do sono positiva (85,5%) e apenas 14,5% com qualidade negativa. Por outro lado, entre os participantes que relataram uma autopercepção negativa de saúde, 54,5% avaliaram a qualidade do sono como positiva e 45,5% como negativa.

Tabela 5. Relação da autopercepção da qualidade do sono segundo variáveis de autopercepção de saúde, da população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade, em Passo Fundo-RS, entre abril de 2025 e abril de 2026 (n=188).

(continua)

Variáveis	Autopercepção da qualidade do sono		p-valor
	Positiva n=126 (%)	Negativa n=62 (%)	
Autopercepção da saúde			
Boa	65 (85,5)	11 (14,5)	<0,001
Ruim	61 (54,5)	51 (45,5)	
Autopercepção da alimentação			
Boa	92 (74,2)	32 (25,8)	0,004
Ruim	34 (53,1)	30 (46,9)	

Tabela 5. Relação da autopercepção da qualidade do sono segundo variáveis de autopercepção de saúde, da população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade, em Passo Fundo-RS, entre abril de 2025 e abril de 2026 (n=188).

			(conclusão)
Variáveis	Autopercepção da qualidade do sono		p-valor
	Positiva n=126 (%)	Negativa n=62 (%)	
Sentiu estressado nos últimos meses			
Nunca/Às vezes	110 (75,9)	35 (24,1)	<0,001
A maior parte do tempo/Sempre	16 (37,2)	27 (62,8)	
Sentiu ansioso nos últimos meses			
Nunca/Às vezes	98 (72,1)	38 (27,9)	0,018
A maior parte do tempo/Sempre	28 (53,8)	24 (46,2)	
Sentiu deprimido nos últimos meses			
Nunca/Às vezes	118 (71,5)	47 (28,5)	<0,001
A maior parte do tempo/Sempre	8 (34,8)	15 (65,2)	

Ao se analisar a autopercepção da alimentação, esta, também, apresentou relação estatisticamente significativa com a autopercepção da qualidade do sono ($p = 0,004$) (Tabela 5). Entre os participantes que relataram uma alimentação boa, a maioria (74,2%), também referiu uma autopercepção positiva do sono, e 25,8% como sono negativa. Em contraste, entre aqueles que avaliaram a alimentação como ruim, a proporção de indivíduos que consideraram seu sono como positivo foi menor (53,1%), e os que referiram sono negativo foi de 46,9%.

As variáveis de percepção da saúde mental apresentaram relações robustas. Houve relação estatisticamente significativa entre a frequência de sensação de estresse e a autopercepção da qualidade do sono ($p < 0,001$) (Tabela 5). Entre os participantes que relataram menor frequência de estresse, nunca ou às vezes, a maioria declarou ter uma qualidade do sono positiva (75,9%), enquanto 24,1% relataram qualidade negativa. Em contraste, entre aqueles que avaliaram sentir-se estressados com maior frequência, maior parte do tempo ou sempre, observou-se uma inversão na distribuição dos dados, na qual 62,8% dos participantes relataram qualidade do sono negativa.

A ansiedade autorreferida apresentou relação significativa com a autopercepção do sono ($p = 0,018$) (Tabela 5). Entre aqueles que nunca ou às vezes se sentem ansiosos, predominou a resposta positiva, para avaliação da qualidade do sono (72,1%) e, 27,9% como sono negativo. No entanto, entre os participantes que se sentem ansiosos a maior parte do tempo ou sempre, observou-se que 46,2% avaliaram seu sono negativamente e 53,8%

positivamente. A sensação de depressão também apresentou associação significativa com a autopercepção do sono ($p < 0,001$) (Tabela 5). Entre os participantes que relataram nunca se sentir deprimidos ou às vezes, 71,5% avaliaram seu sono como positivo, e, 28,5% afirmaram que seu sono era negativo. No grupo que relatou sentir-se deprimido sempre ou a maior parte do tempo, 34,8% avaliaram o sono como positivo, e 65,2% como sono negativo.

Observou-se relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico médico de obesidade e a autopercepção da qualidade do sono ($p = 0,032$) (Tabela 6). Entre os participantes que não possuíam diagnóstico de obesidade, 71,0% referiram ter sono positivo, e 29,0% referiram uma qualidade de sono negativa. Em contraste, entre aqueles que possuíam tal diagnóstico, 53,5% avaliaram o sono como positivo, e 46,5% como sono negativo. Nenhum dos demais diagnósticos médicos avaliados, incluindo diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, depressão e ansiedade, apresentou relação significativa com a autopercepção negativa da qualidade do sono (todos $p > 0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6. Relação da autopercepção da qualidade do sono segundo variáveis de diagnósticos médicos, da população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade, em Passo Fundo-RS, entre abril de 2025 e abril de 2026 (n=188).

Variáveis	Autopercepção da qualidade do sono		p-valor
	Positiva n= 126 (%)	Negativa n= 62 (%)	
Obesidade			
Não	103 (71,0)	42 (29,0)	0,032
Sim	23 (53,5)	20 (46,5)	
Diabetes			
Não	101 (66,4)	51 (33,6)	0,731
Sim	25 (69,4)	11 (30,6)	
Hipertensão arterial			
Não	76 (65,5)	40 (34,5)	0,578
Sim	50 (69,4)	22 (30,6)	
Hipercolesterolemia			
Não	107 (68,2)	50 (31,8)	0,458
Sim	19 (61,3)	12 (38,7)	
Hipertrigliceridemia			
Não	117 (68,0)	55 (32,0)	0,338
Sim	9 (56,3)	7 (43,8)	
Infarto agudo do miocárdio			
Não	120 (68,6)	55 (31,4)	0,097
Sim	6 (46,2)	7 (53,8)	
Acidente vascular cerebral			
Não	123 (67,2)	60 (32,8)	0,735*
Sim	3 (60,0)	2 (40,0)	
Depressão			
Não	113 (68,9)	51 (31,1)	0,152
Sim	13 (54,2)	11 (45,8)	
Ansiedade			
Não	89 (71,8)	35 (28,2)	0,054
Sim	37 (57,8)	27 (42,2)	

* *Teste exato de Fisher.*

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a autopercepção negativa da qualidade do sono entre a população indígena atendida em um ambulatório de média e alta complexidade relaciona-se a fatores psicossociais e de saúde destacando-se a sensação de estresse, de depressão e ansiedade como achados centrais (p -valor $<0,05$). Esses achados indicam que o sono, no cenário investigado, configura-se como um marcador do sofrimento psicossocial e do bem-estar global, refletindo não apenas condições clínicas objetivas, mas, sobretudo, a experiência subjetiva e o modo como os indivíduos vivenciam e interpretam sua saúde e seu cotidiano.

Nesse estudo identificou-se uma prevalência de autopercepção da qualidade do sono como negativa entre 33% dos indígenas (IC:26,3%-39,7%). Em populações indígenas, a literatura internacional aponta prevalências diferentes das encontradas nesse estudo, como por exemplo o observado por Chueh et al. (2009), que registrou uma prevalência de 20,54% de sono negativo em uma população indígena de mulheres e idosas em Taiwan. Karunanayake et al. (2021) observaram uma prevalência de 26% de sono negativo em duas populações de indígenas canadenses. Ehlers e colaboradores (2017) que observaram uma prevalência de 30% de um sono negativo entre indígenas nativos do Alaska. Os valores apresentados nesses três estudos, estavam abaixo do limite inferior deste estudo. E o trabalho realizado por Yiallourou, Maguire e Carrington (2020) que registraram uma prevalência de 50% de sono com qualidade negativa entre indígenas do norte da Austrália.

Essa amplitude nos dados de prevalência demonstra que a percepção da qualidade do sono em comunidades indígenas não é um fenômeno biológico isolado, mas um desfecho profundamente influenciado por determinantes sociais e geográficos. A proximidade dos resultados deste estudo com os achados no Canadá e em Taiwan sugere a existência de uma carga comum de fatores estressores, como a transição epidemiológica e a vulnerabilidade socioeconômica, que impactam o repouso de forma similar em diferentes continentes. Por outro lado, a acentuada discrepância observada nos estudos australianos, variando de um índice abaixo do limite inferior desta pesquisa até uma prevalência de mais da metade da população (50%), pode ser explicada pela heterogeneidade das condições de vida, níveis de isolamento e acesso a serviços de saúde, reforçando que o sono pode atuar como um indicador das disparidades estruturais a que esses povos estão submetidos.

Ao analisar os fatores relacionados à autopercepção negativa da qualidade do sono na população estudada, observou-se que determinadas variáveis apresentaram relações

estatisticamente significativas. Dentre estas, a idade destacou-se, embora a literatura epidemiológica nacional, pautada por dados da Pesquisa Nacional de Saúde (Gajardo et al., 2021), aponte uma tendência de aumento progressivo nas queixas de sono com o avançar da idade, atingindo 19,3% dos indivíduos com 60 anos ou mais na categoria de maior frequência de distúrbios; os resultados do presente estudo revelam um cenário distinto, com uma prevalência de 55,3% de má qualidade do sono concentrada na faixa etária de 30 a 39 anos. Esse dado sugere que o perfil de risco para a saúde do sono vem sofrendo uma transição epidemiológica significativa, deslocando-se para faixas etárias mais jovens. Tal fenômeno pode estar intrinsecamente ligado às pressões inerentes à vida adulta contemporânea, como a sobrecarga profissional e a exposição intensiva a comportamentos sedentários e de risco, os quais, diferentemente do declínio fisiológico natural associado ao envelhecimento, refletem um desgaste precoce decorrente de demandas psicossociais e estilo de vida (Grandner, 2017).

A etnia destacou-se por exibir uma relação significativa com o desfecho de sono negativo ($p = 0,010$), cujos achados requerem uma interpretação cuidadosa. No que tange à relação significativa observada entre a variável etnia e a autopercepção da qualidade do sono, é necessário considerar as limitações impostas pela distribuição da amostra. A predominância da etnia Kaingang, que compõe a maioria dos participantes (93,6%), em contraste com o reduzido número de representantes de outras etnias, sugere a ocorrência de um efeito de assimetria amostral. Do ponto de vista estatístico, em grupos com tamanho amostral muito reduzido, a presença de poucos indivíduos com o desfecho estudado, no caso a percepção de sono negativa, eleva a proporção percentual dentro daquele estrato. Esse fenômeno pode induzir a uma significância estatística que não necessariamente reflete uma disparidade biológica ou sociocultural intrínseca entre os grupos, mas sim uma situação matemática decorrente da desproporcionalidade dos dados. Portanto, esse resultado deve ser interpretado com parcimônia, reforçando a necessidade de futuras investigações com amostras mais equitativas para validar se tais diferenças persistem em contextos populacionais mais equilibrados.

Além da etnia, também se observou, nesse estudo, uma relação estatisticamente significativa entre a autopercepção negativa da saúde e a autopercepção negativa da qualidade do sono (45,5%, $p = <0,001$), este achado encontra respaldo na literatura recente, a qual tem reforçado o papel central do sono como determinante subjetivo da saúde geral. Estudos realizados por Chen, Gelaye e Williams (2014) e Grandner (2017) evidenciaram que a qualidade do sono está fortemente relacionada à forma como os indivíduos avaliam seu

próprio estado de saúde, independentemente da presença de diagnósticos clínicos formais. Vale ressaltar que, estudos populacionais realizados no Brasil, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde e de inquéritos regionais, demonstram que indivíduos com autopercepção negativa da saúde apresentam maior prevalência de queixas relacionadas ao sono, como insônia, sono insuficiente e fadiga diurna. Essas associações mantêm-se significativas mesmo após ajuste por fatores sociodemográficos e condições crônicas autorreferidas, sugerindo que o sono constitui um componente central na construção da percepção global de saúde (Barros et al., 2019; Gajardo et al., 2021).

Em contextos de vulnerabilidade social, como os de populações indígenas, pesquisas recentes têm destacado que fatores estruturais impactam simultaneamente o sono e a percepção subjetiva da saúde. Nesses grupos, a autopercepção da saúde tende a refletir não apenas condições biológicas, mas também dimensões socioculturais e ambientais do processo saúde-doença, o que pode intensificar sua associação com a qualidade do sono (Grandner, 2017). Besedovsky et al. (2019) demonstraram que a má qualidade do sono afeta processos inflamatórios, imunológicos e neuroendócrinos, contribuindo para sintomas como fadiga persistente, alterações do humor e redução da capacidade funcional, fatores que influenciam diretamente a avaliação subjetiva da saúde. Dessa forma, os resultados reforçam que a qualidade do sono deve ser considerada um componente fundamental na avaliação da saúde autorreferida, especialmente em estudos envolvendo populações em situação de vulnerabilidade. A incorporação sistemática dessa dimensão em pesquisas e políticas públicas pode favorecer abordagens mais integradas, sensíveis ao contexto sociocultural e alinhadas às recomendações recentes da saúde coletiva e da epidemiologia social.

A relação entre a autopercepção da alimentação e a qualidade do sono também merece destaque: nesse estudo, indivíduos com uma autopercepção de alimentação e do sono negativos representaram 46,9% ($p = 0,004$). O que se alinha com o observado na literatura, em que afirmam dietas e padrões alimentares como determinantes de desfechos relacionados ao sono em diferentes contextos populacionais. Estudos recentes identificaram que uma maior adesão a padrões alimentares considerados saudáveis está associada a melhor qualidade do sono, menor probabilidade de duração inadequada do sono, menor sonolência diurna e menores sintomas de insônia em adultos, sugerindo mecanismos biológicos e comportamentais subjacentes a essa relação (Godos et al., 2024; Sanchez; Rocha, 2024).

Ghani e colaboradores (2021), estudando o consumo consistente de alimentos tradicionais em alta densidade de vegetais, frutas e preparações culinárias não ultraprocessadas, observaram uma associação desta dieta com uma maior duração de sono

em comparação com indivíduos que não consumiam regularmente tais alimentos. Em outro estudo, desenvolvido por Castro-Diehl et al. (2018), observou-se que maior aderência ao padrão de dieta mediterrânea associou-se a maior probabilidade de dormir seis a sete horas por noite menor risco de insônia com sono curto. Manter esse escore estável por 10 anos também reduziu sintomas de insônia, reforçando que dietas saudáveis promovem sono adequado e mitigam insônia.

No contexto brasileiro, o estudo desenvolvido por Sanchez e Rocha (2024), encontrou resultados semelhantes aos trabalhos internacionais, em que inadequações alimentares, como alto consumo de alimentos ultraprocessados e dieta desequilibrada, podem estar relacionadas a distúrbios do sono. Sugerindo, assim, que padrões alimentares mais saudáveis e práticas alimentares regulares têm uma associação com melhor sono subjetivo. Embora a literatura ainda seja incipiente em populações específicas como a indígena.

Assim, a constatação de que avaliações menos favoráveis da alimentação se associam a maior proporção de sono percebido como sono negativo nesse estudo, com magnitude moderada de associação, estando alinhada com o que se observa em diversos estudos. Isso reforça que, em populações vulneráveis e historicamente marginalizadas, a alimentação percebida e os padrões dietéticos desempenham papel relevante na experiência subjetiva do sono, possivelmente através de interações com fatores psicossociais, metabólicos e culturais. No presente estudo, observou-se que 62,8% dos participantes que relataram sentir-se estressados a maior parte do tempo ou sempre apresentaram uma autopercepção negativa da qualidade do sono, em contraste com apenas 24,1% daqueles que referiram estresse ocasional ou ausente ($p < 0,001$). Esses achados estão de acordo com a literatura internacional, como o estudo de Kashani, Eliasson e Vernalis (2012), que demonstrou uma correlação positiva ($p < 0,001$) entre o estresse percebido e o sono perturbado. De forma análoga, (John-Henderson et al., 2021) verificaram que indivíduos expostos a eventos estressores tinham mais chances de reportar um sono de má qualidade. Esse fenômeno, possivelmente, é resultante de um estado de hiperalerta psicofisiológico provocado pelo estresse crônico. Em contextos de vulnerabilidade social, o estresse atua como um desestabilizador homeostático que compromete a capacidade restauradora do descanso noturno.

Além do mencionado acima, o estudo de Liu et al. (2017), realizado com idosos em comunidades urbanas, encontrou que o estresse percebido exerce um efeito direto na má

qualidade do sono ($p < 0,01$), enquanto Manzar et al. (2021) identificaram uma correlação entre estresse psicológico e piores escores de sono. Nesse contexto, o estresse impede o relaxamento necessário para o início do sono ao manter o sistema nervoso simpático em dominância, o que reduz a eficiência do sono e aumenta a latência para dormir. Para as comunidades indígenas, fatores como as transformações nos modos de vida e as iniquidades sociais podem exacerbar essa carga alostática, transformando o estresse num determinante central da autopercepção negativa da saúde. Assim, a disrupção do ritmo circadiano sob estresse crônico não afeta apenas o descanso, mas compromete a regulação metabólica e imunológica dos indivíduos.

Quanto à ansiedade, este estudo identificou que 46,2% dos indígenas que referiram sentir-se ansiosos frequentemente apresentaram uma percepção de sono negativa, em comparação a 27,9% no grupo com baixa frequência de sintomas ($p = 0,018$). Este resultado é sustentado por pesquisas em populações minoritárias; Serdari et al. (2020) observaram que indivíduos em comunidades indígenas e minoritárias na Grécia com sintomas de ansiedade possuíam 4,15 vezes mais chances de apresentar má qualidade do sono. Adicionalmente, Potvin et al. (2014) encontraram uma relação independente entre ansiedade e pior qualidade subjetiva do sono ($OR = 2,16$). Possivelmente, essa relação envolve a ruminação e a preocupação excessiva, que promovem uma ativação autonômica elevada durante a noite. Esse estado de vigilância impede o desligamento cognitivo necessário para a manutenção do sono, levando a despertares frequentes e a uma percepção de que o repouso não foi reparador. A ansiedade atua, portanto, como uma barreira psicológica que interfere diretamente na homeostase do sono, resultando na percepção negativa documentada nesta pesquisa.

A relação entre ansiedade e sono inadequado na amostra converge com os valores reportados por Sullivan (2018), que demonstrou que sintomas graves de ansiedade aumentam em até quatro vezes a probabilidade de percepção de sono insuficiente. Outro ponto de concordância é o estudo de Matsuda et al. (2016), que identificou uma relação significativa entre a ansiedade e má qualidade do sono. O ciclo vicioso entre ansiedade e sono fragmentado cria um feedback positivo, a ansiedade prejudica o sono, e a privação deste, por sua vez, exacerba a reatividade emocional no dia seguinte (Grubac et al., 2019).

De modo semelhante, a relação entre sintomas depressivos e pior qualidade do sono observada nesse estudo (65,2%, $p = <0,001$) foi semelhante ao observado em pesquisa em população indígena (John-Henderson et al., 2021). Na qual o sofrimento psíquico se relaciona a maior fragmentação do sono, menor eficiência do sono e pior avaliação subjetiva do descanso noturno. Em estudo conduzido com adultos da comunidade indígena Blackfeet,

nos Estados Unidos, John-Henderson e colaboradores (2021) identificaram que sintomas depressivos e outros indicadores de sofrimento psicossocial associaram-se a piores parâmetros objetivos de sono, incluindo maior tempo acordado após o início do sono e redução da eficiência do sono. De forma convergente, pesquisa realizada com populações indígenas do Alaska evidenciou que a presença de sofrimento mental e condições adversas de vida esteve associada a pior qualidade do sono autorreferida, sugerindo que fatores emocionais e psicossociais exercem papel central na experiência do sono nesses grupos (Danyluck et al., 2022). Esses achados reforçam a compreensão contemporânea de que o sono não deve ser interpretado apenas como consequência da saúde mental, mas como um componente intrinsecamente integrado ao sofrimento psíquico, podendo atuar simultaneamente como marcador sensível e como potencial amplificador de sintomas emocionais, especialmente em contextos indígenas marcados por vulnerabilidades sociais e históricas.

Além do mencionado acima, ressalta-se a relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico médico de obesidade e a pior autopercepção da qualidade do sono observada neste estudo (46,5%; $p = 0,032$). Sendo que essa associação é coerente com evidências recentes, que apontam a obesidade como um importante determinante da qualidade do sono em estudos populacionais. No contexto brasileiro, análises da população adulta indicam que indivíduos com obesidade apresentam maior prevalência de distúrbios do sono e pior avaliação subjetiva do sono, mesmo após ajuste por fatores sociodemográficos e condições crônicas associadas, sugerindo que mecanismos fisiológicos e comportamentais vinculados ao excesso de adiposidade impactam negativamente o descanso noturno (Zanuto et al., 2015).

Quando consideramos populações indígenas, embora a literatura ainda seja limitada, estudos internacionais têm destacado que a crescente prevalência de obesidade e outras condições cardiometabólicas, associada a mudanças no modo de vida e a contextos de vulnerabilidade social, contribui para piores indicadores de qualidade do sono. Evidências obtidas em comunidades indígenas australianas indicam que fatores psicossociais e condições de saúde crônicas coexistem e se articulam na determinação da fragmentação do sono e da redução de sua eficiência, sugerindo que a obesidade pode atuar como um componente adicional nesse conjunto de determinantes inter-relacionados (Deacon-Crouch et al., 2022). A relação observada reforça a compreensão de que a relação entre obesidade e qualidade do sono é multifatorial e mediada por processos fisiológicos, emocionais e sociais (Figorilli; Velluzzi; Redolfi, 2025). Em contextos indígenas e outros cenários de vulnerabilidade, essa relação tende a ser ainda mais complexa, uma vez que a obesidade frequentemente se insere em um quadro

mais amplo de iniquidades em saúde, estresse crônico e acesso limitado a cuidados, elementos que também influenciam a percepção e a experiência do sono.

Portanto, os resultados deste estudo, reforçam que a saúde mental constitui um eixo estruturante da qualidade do sono, especialmente em populações expostas a condições sociais adversas. A identificação dessas associações destaca a importância de abordagens integradas em pesquisas e intervenções em saúde, que considerem simultaneamente sono e saúde mental como componentes interdependentes do bem-estar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a autopercepção negativa da qualidade do sono entre indígenas atendidos em um ambulatório de média e alta complexidade no sul do Brasil, evidenciando que o sono constitui um importante marcador subjetivo de saúde nessa população. Os resultados demonstraram relações significativas entre a qualidade do sono e condições de saúde autorreferidas e diagnóstico médico de obesidade, reforçando o caráter multifatorial do sono e sua relação com o processo saúde–doença.

Observou-se que a autopercepção negativa da qualidade do sono esteve relacionada a piores condições de saúde, alimentação, maior frequência de sensação de estresse, ansiedade e depressão, além da presença de diagnósticos crônicos, especialmente obesidade. Esses achados corroboram a literatura nacional e internacional, que aponta o sono como um componente central da saúde integral, particularmente em populações em situação de vulnerabilidade social. Nesse contexto, o sono emerge não apenas como um desfecho isolado, mas como um elemento integrado às condições clínicas, psicossociais e culturais que permeiam a vida dos povos indígenas.

A análise dos dados reforça que a qualidade do sono deve ser compreendida de forma ampliada, considerando determinantes sociais, culturais e territoriais. A elevada frequência de autopercepção negativa do sono observada neste estudo sinaliza a necessidade de maior atenção a essa dimensão nas práticas assistenciais voltadas às populações indígenas, especialmente considerando o predomínio do povo Kaingang na amostra. A forma como o sono é percebido reflete experiências cotidianas de saúde, sofrimento e bem-estar, sendo influenciada tanto por condições objetivas quanto pela vivência subjetiva dos indivíduos.

Outro aspecto relevante refere-se à relação entre a autopercepção da alimentação e a qualidade do sono, indicando que avaliações menos favoráveis dos hábitos alimentares se relacionam a maior proporção de sono percebido como negativa. Esse achado reforça a interdependência entre sono, alimentação e saúde metabólica, sugerindo que práticas de cuidado devem contemplar abordagens integradas que considerem múltiplos comportamentos de saúde. Da mesma forma, a associação entre obesidade e pior qualidade do sono evidencia a articulação entre condições crônicas e distúrbios do sono, especialmente em contextos marcados por mudanças no modo de vida e desigualdades estruturais.

Os resultados também destacam a relevância da abordagem intercultural na atenção à saúde indígena. Considerar saberes tradicionais, práticas culturais e os impactos da inserção em contextos urbanos, do uso de tecnologias e das transformações nos modos de

viver é fundamental para qualificar o cuidado. Serviços especializados, como o ambulatório onde o estudo foi realizado, desempenham papel estratégico na identificação precoce de agravos, no acompanhamento de condições crônicas e no fortalecimento da atenção integral à saúde indígena, contribuindo para a redução das iniquidades historicamente vivenciadas por esses povos.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o delineamento transversal, que impossibilita estabelecer relações causais, e a utilização de informações autorreferidas, sujeitas a vieses de memória e percepção. No entanto, tais limitações não invalidam os achados, uma vez que a autopercepção da saúde e do sono constitui um indicador amplamente utilizado e reconhecido em estudos populacionais, especialmente em contextos nos quais instrumentos objetivos são de difícil aplicação. É importante ressaltar que, os achados deste estudo devem ser interpretados com cautela, visto que a amostragem se restringiu ao perfil demográfico específico dos indivíduos avaliados em um ambulatório de especialidades de média e alta complexidade, assim, refletindo a realidade epidemiológica dessa população, não sendo possível inferir ou extrapolar tais resultados para a população indígena geral deste pólo-base.

Reconhece-se a possibilidade de um viés de classificação diferencial decorrente da dicotomização da variável de autopercepção da qualidade do sono. Embora o agrupamento da categoria 'Regular' junto ao grupo 'Ruim/Muito ruim' siga critérios estabelecidos na literatura (Barros et al., 2019), é plausível que indivíduos que classificaram seu sono como 'Regular' apresentem nuances distintas daqueles que o avaliaram como 'Ruim' ou 'Muito ruim'. Contudo, optou-se por este agrupamento sob a premissa clínica de que o padrão de sono 'Regular' já sinaliza um distanciamento do repouso ideal e da homeostase fisiológica, aproximando-se, portanto, de um desfecho desfavorável. Assim, embora essa escolha metodológica tenha sido necessária para viabilizar a análise estatística, os achados devem ser interpretados sob a ressalva de que a sensibilidade da escala original foi atenuada.

Adicionalmente, aponta-se como limitação a ausência de análise multivariada. Embora a análise bivariada tenha permitido a identificação de relações preliminares importantes, a falta de ajuste para potenciais fatores de confusão impede o isolamento do efeito independente de cada variável sobre o desfecho. Esta restrição, condicionada pelo tamanho amostral, sinaliza a necessidade de cautela na interpretação da causalidade e aponta para a importância de investigações futuras com maior poder estatístico que permitam o controle dessas variáveis.

Nesse contexto, a avaliação da qualidade do sono deve ser incorporada de forma sistemática às práticas assistenciais e às políticas públicas de saúde indígena, respeitando as especificidades socioculturais e territoriais. A inclusão do sono como dimensão rotineira da avaliação em saúde pode contribuir para abordagens mais integrais, preventivas e humanizadas. Recomenda-se a realização de estudos longitudinais e qualitativos que aprofundem a compreensão dos determinantes do sono em contextos indígenas, ampliando o conhecimento científico e subsidiando estratégias de cuidado culturalmente sensíveis, voltadas à promoção da saúde integral e à melhoria da qualidade de vida dessas populações.

REFERÊNCIAS

- AGRESTI, Alan. **Statistical methods for the social sciences**. Pearson, 2017.
- AL-KHALIL, Zeina et al. Sleep health inequities in vulnerable populations: Beyond sleep deserts. **Sleep Medicine: X**, v. 7, p. 100110, 2024.
- ANTZA, Christina et al. The links between sleep duration, obesity and type 2 diabetes mellitus. **Journal of Endocrinology**, Bristol, v. 252, n. 2, p. 125-141, 2021. DOI: 10.1530/JOE-21-0155
- AYRES, Ariadne Dall'acqua; MONTERO BARTOLOME, Mercedes; BRANDO, Fernanda da Rocha. Etnologia dos Kaingang e seus territórios no estado do Paraná. **Guaju: Revista Brasileira de Desenvolvimento Territorial Sustentável**, v. 9, p. 1–23, 2023. DOI: 10.5380/guaju.v9i0.87377.
- BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Qualidade do sono, saúde e bem-estar em estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 82, 2019.
- BAYLAN, Satu et al. Incidence and prevalence of post-stroke insomnia: a systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine Reviews**, v. 49, p. 101222, 2020.
- BODANESE, Beatriz Carolina Schuta et al. Como a qualidade do sono e a ansiedade podem afetar estudantes que desejam cursar medicina - uma avaliação objetiva. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 100, n. 2, p. 96–101, 2021.
- BESEDOVSKY, Luciana; LANGE, Tanja; HAACK, Monika. The sleep-immune crosstalk in health and disease. **Physiological Reviews**, 2019. DOI: 10.1152/physrev.00010.2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html. Acesso em: 25 jun. 2026.
- BRINKMAN, Joshua E.; REDDY, Vamsi; SHARMA, Sandeep. **Physiology of sleep**. 2018.
- CASTRO-DIEHL, C. et al. Mediterranean diet pattern and sleep duration and insomnia symptoms in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. **Sleep**, v. 41, n. 11, zsy158, nov. 2018. DOI: 10.1093/sleep/zsy158.
- CARDOSO, Marina Denise. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas e equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 860-866, abr. 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00027814.
- CATTANI, Ariane Naidon et al. Educational intervention on sleep hygiene habits and sleep quality of postgraduate students. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 34, e4765, p. 1-10, 2026. DOI: 10.1590/1518-8345.7996.4765.

CHEN, X.; GELAYE, B.; WILLIAMS, M. A. Sleep characteristics and health-related quality of life among a national sample of American young adults: assessment of possible health disparities. **Quality of Life Research**, v. 23, n. 2, p. 613-625, 2014. DOI: 10.1007/s11136-013-0475-9.

CHUEH, Ke-Hsin et al. Poor sleep quality and alcohol use problems among elderly Taiwanese aboriginal women. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n. 3, p. 593-599, 2009.

COSTA, Leandro Araujo et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 8, p. 36-49, dez. 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S803

DANYLUCK, Chad et al. Discrimination and sleep impairment in American Indians and Alaska Natives. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 56, n. 9, p. 969-976, 2022.

DEACON-CROUCH, M. et al. Association between indigenous status and Body Mass Index (BMI) in Australian adults: does sleep duration affect the relationship? **PLoS One**, [s. l.], v. 17, n. 2, e0263233, 16 fev. 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0263233.

DELROSSO, Lourdes M. Global perspectives on sleep health: Definitions, disparities, and implications for public health. **Brain Sciences**, v. 15, n. 3, p. 304, 2025.

EHLERS, Cindy L. et al. Sleep Quality in an Adult American Indian Community Sample. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Darien, v. 13, n. 3, p. 385-391, 2017. DOI: 10.5664/jcsm.6486.

FERNANDEZ, Dan Richard et al. Association between poor sleep and mental health issues in Indigenous communities across the globe: a systematic review. **Sleep Advances**, v. 5, n. 1, p. zpae028, 2024.

FIGORILLI, Michela; VELLUZZI, Fernanda; REDOLFI, Stefania. Obesity and sleep disorders: A bidirectional relationship. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, p. 104014, 2025.

GAJARDO, Yanka Zanolio; RAMOS, Juliana Nunes; MURARO, Ana Paula; MOREIRA, Naiara Ferraz; FERREIRA, Marcia Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Rogério Melo. Problemas com o sono e fatores associados na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 667-676, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021262.08412020.

GHANI, Sadia B. et al. Patterns of eating associated with sleep characteristics: a pilot study among individuals of mexican descent at the US-Mexico Border. **Behavioral Sleep Medicine**, v. 20, n. 2, p. 212-223, 2022.

GIBSON, Rosemary et al. Self-reported sleep problems and their relationship to life and living of Māori and non-Māori in advanced age. **Sleep Health**, v. 6, n. 4, p. 522-528, 2020.

GODOS, J. et al. Mediterranean Diet and Sleep Features: A Systematic Review of Current Evidence. **Nutrients**, v. 16, n. 2, 282, jan. 2024. DOI: 10.3390/nu16020282.

GRANDNER, M. A. Sleep, Health, and Society. **Sleep Medicine Clinics**, v. 12, n. 1, p. 1-22, mar. 2017. DOI: 10.1016/j.jsmc.2016.10.012.

GRUBAC, Zeljko et al. Short-term sleep fragmentation enhances anxiety-related behavior: The role of hormonal alterations. **PLoS One**, v. 14, n. 7, p. e0218920, 2019.

JOHN-HENDERSON, Neha A. et al. Loneliness and sleep in the American Indian Blackfeet community. **Sleep Health**, v. 7, n. 4, p. 429-435, 2021.

KARUNANAYAKE, Chandima P. et al. Seasonal changes in sleep patterns in two saskatchewan first nation communities. **Clocks & Sleep**, v. 3, n. 3, p. 415-428, 2021.

KASHANI, Mariam; ELIASSON, Arn; VERNALIS, Marina. Perceived stress correlates with disturbed sleep: a link connecting stress and cardiovascular disease. **Stress**, v. 15, n. 1, p. 45-51, 2012.

KRYGER, Meir H.; AVIDAN, Alon Y.; BERRY, Richard. **Atlas clínico de medicina do sono**. Elsevier Brasil, 2015.

LIU, Y. et al. The mediating role of sleep quality on the relationship between perceived stress and depression among the elderly in urban communities: a cross-sectional study. **Public Health**, v. 149, p. 21-27, 2017.

MACIEL, Francine Villela et al. Fatores associados à qualidade do sono de estudantes universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 1187-1198, 2023.

MANZAR, Md Dilshad et al. Anxiety symptoms are associated with higher psychological stress, poor sleep, and inadequate sleep hygiene in collegiate young adults—a cross-sectional study. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 677136, 2021.

MARCHILDON, Gregory P. et al. Exploring policy driven systemic inequities leading to differential access to care among Indigenous populations with obstructive sleep apnea in Canada. **International Journal for Equity in Health**, v. 14, n. 1, p. 148, 2015.

MATSUDA, Risa et al. The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: a cross-sectional designed study. **International Journal of Cardiology**, v. 228, p. 977-982, 2017.

MERSKY, Joshua P.; LEE, Chien-Ti; JACKSON, Dylan B. Life-course adversity and sleep disturbance among low-income women with children. **Sleep Health**, New York, v. 9, n. 3, p. 264-267, 2023. DOI: 10.1016/j.sleh.2023.02.007.

NUYUJUKIAN, Daniel S. et al. Sleep duration and diabetes risk in American Indian and Alaska native participants of a lifestyle intervention project. **Sleep**, v. 39, n. 11, p. 1919-1926, 2016.

PEDRANA, Leo et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, e178, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.178.

PESSOA, Vanira Matos; ALMEIDA, Magda Moura; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 302-314, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S120.

POTVIN, Olivier et al. Subjective sleep characteristics associated with anxiety and depression in older adults: a population-based study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 29, n. 12, p. 1262-1270, 2014.

REIS, Laysa Samara dos; BORGES, Rita de Cássia Fernandes. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas: atuação do enfermeiro no contexto intercultural. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 37, n. 2, p. 178-181, 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano de ação estadual para a saúde indígena no Rio Grande do Sul: 2024–2027**. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde, 2024.

SANCHEZ, Amanda Mounsef e ROCHA, Mayara Amaral. **Influência da alimentação sobre parâmetros do sono: uma revisão bibliográfica**. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. DOI: 10.11606/003240772.

SANTOS, P. dos; MENICUCCI, T. M. G. Mapeando o surgimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. **RESISTANCES: Journal of the Philosophy of History**, Quito, v. 2, n. 3, e21042, 16 jul. 2021. DOI: 10.46652/resistances.v2i3.42.

SERDARI, Aspasia et al. Insight into the relationship between sleep characteristics and anxiety: a cross-sectional study in indigenous and minority populations in northeastern Greece. **Psychiatry Research**, v. 292, p. 113361, 2020.

SHAPIRO, Samuel Sanford; WILK, Martin B. An analysis of variance test for normality (complete samples). **Biometrika**, v. 52, n. 3-4, p. 591-611, 1965.

SILVA, Domingas Machado da et al. Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 920-929, 2016.

SULLIVAN, Kelly; ORDIAH, Collins. Association of mildly insufficient sleep with symptoms of anxiety and depression. *Neurology*, **Psychiatry and Brain Research**, v. 30, p. 1-4, 2018.

TEIXEIRA, Carla Costa. Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil? **Amazôn.: Revista de Antropologia**, Manaus, v. 9, n. 2, p. 716-733, 2017.

WATSON, Nathaniel et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. **Sleep**, Oxford, v. 38, n. 6, p. 843-844, 2015.

WILKING, Melissa et al. Circadian rhythm connections to oxidative stress: implications

for human health. **Antioxidants & Redox Signaling**, v. 19, n. 2, p. 192-208, 2013.

YIALLOUROU, Stephanie R.; MAGUIRE, Graeme P.; CARRINGTON, Melinda J. Sleep quantity and quality and cardiometabolic risk factors in Indigenous Australians. **Journal of Sleep Research**, v. 30, n. 2, p. e13067, 2021.

ZANUTO, Everton Alex Carvalho et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 42-53, 201

ANEXO A – QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO UTILIZADO NAS ENTREVISTAS

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

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

(0) Não (1) Sim	
No local onde você mora você costuma usar fogo de chão ou de fogão a lenha para preparar alimento ou se aquecer? (0) Não (1) Sim	FOGO__
QUESTÕES SOBRE COMPORTAMENTO	
Você fuma? (FAZER IGUAL A BEBIDA – SIM, MAS PAREI) <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE “SIM”</i> (0) Não (1) Sim (2) Não atualmente, mas fumava antes Se fumava antes, mas parou, há quanto tempo está sem fumar (em anos)? (1) Há menos de 1 mês (2) Entre 1 e 5 meses (3) Entre 6 e 11 meses (4) Entre 1 e 4 anos (5) 5 anos ou mais (6) Não sabe / não lembra Se fumava antes, mas parou, por quantos anos fumou (em anos)? _____	FUMA__
Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE “SIM”</i> (0) Não (1) Sim (2) Não atualmente, mas bebia antes Se bebia antes, mas parou, há quanto tempo está sem beber (em anos)? (1) Há menos de 1 mês (2) Entre 1 e 5 meses (3) Entre 6 e 11 meses (4) Entre 1 e 4 anos (5) 5 anos ou mais (6) Não sabe / não lembra Se bebia antes, mas parou, por quantos anos bebeu (em anos)? _____	BEBE__ TBEBE __ __ PBEBE __ __
Você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE “SIM”</i> (0) Não (1) Sim	AF__
Na maioria das vezes, como você se desloca para ir de um lugar ao outro no dia a dia? (1) A pé (2) De bicicleta (3) De ônibus (4) De carro/moto	
EM RELAÇÃO A SUA ALIMENTAÇÃO, GOSTARÍAMOS DE SABER SE NO DIA DE ONTEM VOCÊ CONSUMIU: <i>LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA</i> Feijão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Frutas frescas (não considerar suco de frutas) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca,aipim, macaxeira, cará e inhame) (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Hambúrguer e/ou embutidos: presunto, mortadela, salame, linguiça ou salsicha (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Bebidas adoçadas: refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados (1) Sim (2) Não (3) Não sabe Biscoito recheado, doces ou guloseimas: balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	FEIJAO__ FRUTA__ VERDURA__ HAMBU__ BEBIDA__ MIOJO__ BISCOITO__
Você tem o costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? (1) Sempre (2) Às vezes (0) Nunca	CELU__
Quais refeições você faz ao longo do dia? <i>LEIA CADA ITEM E ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA</i> Café da manhã (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (0) Não Lanche da manhã (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (0) Não	CAFE__ LANCHEM__

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

Você já fez consulta com médico especialista dos olhos alguma vez? (0) Não (1) Sim SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU SIM NA ANTERIOR: Quando foi a última consulta? (1) Não sabe / não lembra (2) Há menos de 1 mês (3) Entre 1 e 5 meses (4) Entre 6 e 11 meses (5) Entre 1 e 4 anos (6) 5 anos ou mais Você usa óculos? (0) Não (1) Sim SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU SIM NA ANTERIOR: Você sabe para que usa óculos? (1) Não sabe / não lembra (2) Para enxergar melhor de longe (3) Para enxergar melhor de perto (4) Para enxergar melhor de perto e de longe Você lembra há quanto tempo usa óculos? (1) Há menos de 1 mês (2) Entre 1 e 5 meses (3) Entre 6 e 11 meses (4) Entre 1 e 4 anos (5) Entre 5 e 9 anos (6) 10 anos ou mais (7) Não sabe / não lembra Foi o médico dos olhos que receitou os óculos? () Não () Sim SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU NÃO NA PERGUNTA SOBRE USAR ÓCULOS: Você tem dificuldade para enxergar de longe ou de perto? (1) Não (2) Sim, de longe (3) Sim, de perto (4) Sim, de perto e de longe Você já teve alguma lesão no olho, por exemplo, batida, perfuração, queimadura ou com produto químico, etc.? (0) Não (1) Sim Você já fez algum tratamento para um problema de visão? (0) Não (1) Sim Você usa algum colírio para pingar no olho? (0) Não (1) Sim Você lembra para que é o colírio? _____ Você já fez alguma cirurgia nos olhos? (0) Não (1) Sim Você lembra o motivo da cirurgia? _____ Nas últimas semanas, você tem tido algum dos seguintes sinais ou sintomas nos olhos: Lacrimejamento () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Sensibilidade à luz/claridade () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Coceira () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Sensação de areia nos olhos () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Ardência () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Dor () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Vermelhidão () Não () Sim, às vezes () Sim, sempre Outro. Qual? _____ Você usa muito computador, celular ou tablet no dia a dia? (0) Não	
--	--

(1) Sim Você sabe quantas horas por dia, mais ou menos? _____	
Qual foi o motivo principal pelo qual você procurou atendimento aqui no serviço hoje? (se não souber, pedir ao participante o papel do encaminhamento, aí olhar e anotar) Acidente ou lesão (0) Não (1) Sim Doença (0) Não (1) Sim Continuação de tratamento / renovação de receita (0) Não (1) Sim Parto / puerpério (0) Não (1) Sim Não informado (0) Não (1) Sim Outro. Qual?	ACI____ DOEN____ TRATA____ PARTO____
QUESTÕES SOBRE ATENDIMENTO NO AMBULATÓRIO	
Antes da consulta de hoje você já tinha vindo se consultar aqui neste ambulatório? (0) Não (1) Sim	CONSULTA____
SOMENTE PARA QUEM RESPONDEU SIM NA ANTERIOR:	
Sobre essa consulta ANTERIOR: O médico lhe recebeu de forma que você se sentisse confortável? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico perguntou sobre o motivo da sua consulta? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico perguntou sobre os medicamentos que você estava tomando? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico discutiu as opções de tratamento com você? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico respondeu todas as suas dúvidas? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico verificou se você entendeu tudo que ele explicou? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta O médico destinou um tempo adequado para o seu atendimento? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta Você se sentiu satisfeito com sua consulta médica? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta Na sua opinião, o médico que te atendeu, entende o que você está precisando? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta Você se sente à vontade nos atendimentos? (1) Sim (2) Não (3) Outra resposta	CONFO____ MOTIVO____ PMEDIC____ OTRATA____ DUVIDA____ EXPLI____ TEMPOA____ SATIS____ ENTEN____ VONTA____
SAÚDE DA MULHER	
	ALTUAF ____' ____"
HOMEM – PULA PARA PESO E ALTURA / MULHER – VAI PARA AS PROXIMAS E DEPOIS PESO E ALTURA	
Você já fez algum exame preventivo do câncer de colo de útero/papanicolau? (0) Não (1) Sim Se sim.. Há quanto tempo atrás? (1) Menos de 3 anos (2) Entre 3 e 9 anos (3) 10 anos ou mais (4) Não sabe / não lembra Lembra do resultado deste exame? (0) Sem alterações (1) Não soube do resultado (2) Aguardo resultado (3) Teve alterações (4) Não sabe/não lembra Já fez mamografia? (0) Não (1) Sim Se sim.. Há quanto tempo atrás? (1) Menos de 3 anos (2) Entre 3 e 9 anos (3) 10 anos ou mais (4) Não sabe / não lembra Lembra do resultado?	

(0) Sem alterações (1) Não soube do resultado (2) Aguardo resultado (3) Teve alterações (4) Não sabe/não lembra Você faz ou já fez uso de algum método contraceptivo? (1) Comprimido/Pílula (1) Sim (0) Não (2) camisinha (1) Sim (0) Não (3) injeção (1) Sim (0) Não (4) DIU (1) Sim (0) Não Outro. Qual? _____ Você já engravidou? (0) Não (1) Sim Quantas vezes? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais vezes Qual a sua idade na primeira gestação? _____	
PESO E ALTURA - AFERIR	
Peso aferido: _____, _____ Kg	
Altura aferida: _____, _____ metros	
EXAMES SAÚDE OCULAR	
<i>(Informar que a pesquisa terminou e que você vai iniciar a pré consulta, para avaliar como está a saúde da visão, antes de encaminhar para a médica do serviço)</i>	
Acuidade visual (teste de Snellen com correção) (anotar o valor) - Olho direito: _____ - Olho esquerdo: _____ Tonometria bidigital: - Olho direito: () Normal () Alterado - Olho esquerdo: () Normal () Alterado Campimetria de confrontação - Olho direito: () Normal () Alterado - Olho esquerdo: () Normal () Alterado	
Número do prontuário / atendimento (pegar com a secretária na recepção):	
OBSERVAÇÕES dos entrevistadores:	

ANEXO B – TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ATUAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO, RS

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ATUAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA

Eu, Milka Noemi Zeballos Vasquez, inscrita sob o CPF número 232152798-60, mestranda do curso de mestrado em Ciências Biomédicas da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, SC, matriculada sob o número 4.01.401.09.24.2, ao participar do projeto de pesquisa intitulado “**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE INDÍGENAS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SUL DO BRASIL**”, seja nas etapas de coleta e análise de dados, assim como na interpretação e divulgação dos resultados, assumo o compromisso de:

- Atuar com respeito e responsabilidade para com os professores e os colegas envolvidos;
- Manter a conduta ética e preservar o sigilo das informações dos participantes do estudo, assim como também, as demais informações referentes ao projeto;
- Divulgar os resultados somente de forma coletiva e anônima, respeitando a legislação ética vigente e;
- Utilizar os dados somente para a produção de trabalhos acadêmico-científicos autorizados e aprovados pela coordenação do projeto, Prof. Dr. Leandro Tuzzin, Prof. Dr. Gustavo Olszanski Acrani e Profa. Dra. Ivana Loraine Lindemann quanto ao conteúdo, autoria e coautorias.

Chapecó, SC, 18/08/2025.

Assinatura da mestranda

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Leandro Tuzzin

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 3

CAAE: 64424122.4.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.918.524

Apresentação do Projeto:

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

RESUMO

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

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

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

HIPÓTESE

A maioria dos participantes será da etnia Kaingang, do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos, escolaridade até o fundamental incompleto e residência em domicílios com mais de três moradores. Será encontrada elevada prevalência de doenças crônicas, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, sedentarismo e uso de chás e 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: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

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

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

DEVOLUTIVAS:

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

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

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

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

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

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

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

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

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

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

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

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Avaliar o acesso à saúde pelos indígenas e seus determinantes.

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

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

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

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

BENEFÍCIOS

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

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

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

Número de participantes: 4.400.

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

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

Orçamento: R\$ 6.191,00.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

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

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

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

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conept@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

"declaracao_regulacao_acesso_dados" () não

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

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

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

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

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

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

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

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

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 5.918.524

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

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 06 de Março de 2023

Assinado por:

Laís Alves de Souza Bonilha
(Coordenador(a))

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br