

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

GRAZIELLE FERREIRA IROLDI

**DIFICULDADE PARA DORMIR EM IDOSOS: INFLUÊNCIA DA
DEPRESSÃO E ESTRESSE**

SÃO CARLOS

2020

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

GRAZIELLE FERREIRA IROLDI

**DIFICULDADE PARA DORMIR EM IDOSOS: INFLUÊNCIA DA
DEPRESSÃO E ESTRESSE**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Gerontologia.

Profa. Dra. Keika Inouye (Orientadora)
Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini (Co-Orientadora)

SÃO CARLOS

2020

DIFICULDADE PARA DORMIR EM IDOSOS: INFLUÊNCIA DA DEPRESSÃO E ESTRESSE

GRAZIELLE FERREIRA IROLDI

Trabalho de Conclusão de Curso - Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Gerontologia.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Keika Inouye (Orientadora)

Élen dos Santos Aves (Membro titular da banca examinadora)

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO BACHARELADO EM GERONTOLOGIA

NOME DO ALUNO: Grazielle Ferreira Iroldi

NOME DO ORIENTADOR: Keika Inouye

NOME DO CO-ORIENTADOR: Sofia Cristina Iost Pavarini

TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO: Dificuldade para dormir em idosos: influência da depressão e estresse

DATA: 26/11/2020

Nome do avaliador	Avaliação (aprovado/reprovado)	Assinatura
Keika Inouye	Aprovada	
Élen dos Santos Alves	Aprovada	ELEN DOS SANTOS ALVES

Sugestão de alteração?

Keika Inouye (X) Não () Sim

Élen dos Santos Alves (X) Não () Sim

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço primeiramente a Deus, que me deu todas as oportunidades para eu ser quem eu sou hoje. Agradeço meus pais e avós por sempre me apoiarem e estarem ao meu lado. Agradeço a Élen que sempre teve muita paciência e carinho em todos os momentos em que nos falamos. E por fim, agradeço a professora Keika, que me orientou desde o começo e me acolheu como uma mãe acolhe um filho, sem ela eu não seria quem sou hoje profissionalmente e pessoalmente.

Muito obrigada.

EPÍGRAFE

“Deus é bom...”

Dificuldade para dormir em idosos: influência da depressão e do estresse

RESUMO

À medida que envelhece, a população apresenta um perfil epidemiológico diferenciado com aumento progressivo da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DCNT). A Organização Pan-Americana de Saúde destacou estresse e depressão dentre as DCNT que comumente afetam os idosos. Além disso, alterações e distúrbios do sono relacionados ao envelhecimento são frequentemente descritos. Este estudo teve como objetivo identificar associação entre variáveis emocionais (estresse e depressão) e o autorrelato de dificuldade para dormir em idosos. Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal em que foram entrevistados 341 idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos – SP, divididos em dois grupos: (a) Grupo sem dificuldade para dormir autorrelatada e (b) Grupo com dificuldade para dormir autorrelatada. Os instrumentos para a coleta de dados foram: Ficha de Caracterização do Idoso com Questão Específica de Dificuldade para Dormir Autorrelatada, Escala de Estresse Percebido e Escala de Depressão Geriátrica. Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* para realização de análises estatísticas descritivas e comparativas. Todas as etapas deste trabalho obedeceram às diretrizes éticas da pesquisa envolvendo seres humanos. Os idosos eram, em sua maioria, do sexo feminino (76,8%), casados ou com companheiros (90,3%), com média de idade foi de 69,6 anos, baixa escolaridade (M=3,81 anos de escolaridade) e renda (M=R\$ 2.302,21). A dificuldade para dormir foi autorrelatada em 47,5% da amostra (n=162). Os níveis de estresse do grupo de idosos com dificuldade para dormir mostrou-se mais elevado (M=21,29 pontos) que no grupo sem dificuldade para dormir (M=15,97) (U= 10034,50; p=0,010). Além disso, os idosos com dificuldade para dormir apresentavam maiores escores na escala de sintomas depressivos (M=4,41 pontos) quando comparados aos sem dificuldade para dormir (M=3,09 pontos) (U=10427,50, p=0,000). Diante do objetivo proposto, pode-se concluir que existe associação entre variáveis emocionais e dificuldade para dormir em idosos.

Descritores: Sono; Estresse Psicológico; Depressão; Idoso.

Difficulty sleeping in the elderly: influence of depression and stress

ABSTRACT

As the population ages, it presents a different epidemiological profile with a progressive increase in the prevalence of non-transmissible diseases and chronic diseases (NCDs). The Pan American Health Organization highlighted stress and depression among NCDs that commonly affect the elderly. In addition, aging-related changes and sleep disorders are often described. This study aimed to identify an association between emotional variables (stress and depression) and the self-report of difficulty sleeping in the elderly. It was a descriptive, quantitative and cross-sectional study in which 341 elderly people registered in Family Health Units in the city of São Carlos - SP were interviewed, divided into two groups: (a) Self-reported group without difficulty and (b) Group with difficulty sleeping self-reported. The instruments for data collection were: Characterization Sheet for the Elderly with Specific Question of Difficulty in Self-Reported Sleep, Perceived Stress Scale and Geriatric Depression Scale. The data obtained were entered into a bank in the program Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows to perform descriptive and comparative statistical analyzes. All stages of this work followed the ethical guidelines for research involving human beings. The elderly were mostly female (76.8%), married or with partners (90.3%), with an average age of 69.6 years, low education (M = 3.81 years of age). education) and income (M = R \$ 2,302.21). The difficulty to sleep was self-reported in 47.5% of the sample (n = 162). The stress levels of the elderly group with difficulty sleeping were higher (M = 21.29 points) than in the group without difficulty sleeping (M = 15.97) (U = 10034.50; p = 0.010). In addition, elderly people with difficulty sleeping had higher scores on the scale of depressive symptoms (M = 4.41 points) when compared to those without difficulty sleeping (M = 3.09 points) (U = 10427.50, p = 0.000). Given the proposed objective, it can be concluded that there is an association between emotional variables and difficulty sleeping in the elderly.

Keywords: Sleep; Stress, Psychological; Depression; Elderly.

Lista de Figuras

- Figura 1.** Comparativo dos escores na escala de estresse percebido dos idosos sem e com dificuldade para dormir – São Carlos, 2014.....22
- Figura 2.** Comparativo dos escores obtidos na Escala de Depressão Geriátrica dos idosos sem e com dificuldade para dormir – São Carlos, 2014.....25

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da amostra nos grupos (com e sem dificuldade para dormir) segundo as variáveis de caracterização e análise comparativa entre os grupos. São Carlos, 2014.....	20
Tabela 2. Análises descritivas e comparativas das variáveis idade, escolaridade (em anos) e renda familiar segundo o autorrelato de dificuldade para dormir. São Carlos, 2014.....	21
Tabela 3. Análises descritivas e comparativas de estresse segundo autorrelato de dificuldade para dormir. São Carlos, 2014.....	23
Tabela 4. Análises descritivas e comparativas de depressão segundo autorrelato de dificuldade para dormir e análise comparativa entre os grupos. São Carlos, 2014.....	25

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
APA	American Psychological Association
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica
HPA	Eixo Endócrino Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
N1	Primeiro estágio do sono NREM
N2	Segundo estágio do sono NREM
N3	Terceiro estágio do sono NREM
NREM	Non-Rapid Eye Movement
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
REM	Rapid Eye Movement
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidades de Saúde da Família

Sumário

1. Introdução	12
2. Objetivos	16
2.1 Objetivo geral.....	16
1.2 Objetivos específicos	16
3. Método	16
3.1 Delineamento do estudo.....	16
3.2 Local do estudo e período do estudo.....	17
3.3 Participantes	17
3.4 Procedimentos de coleta de dados.....	17
3.5 Instrumentos de coleta de dados	18
3.5.1 Ficha de Caracterização do Cuidador	18
3.5.2 Escala de Estresse Percebido	18
3.5.3 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	18
3.6 Aspectos éticos.....	19
4. Resultados	19
4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra	19
4.2 Análises descritivas e comparativas de estresse em idosos segundo autorrelato de dificuldade para dormir	22
4.3 Análises descritivas e comparativas de depressão em idosos segundo autorrelato de dificuldade para dormir	24
5. Discussão	26
6. Conclusão	30
7. Referências	31
8. Apêndices	38
9. Anexos	42

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o idoso a partir da idade cronológica. Sendo assim, a pessoa idosa é aquela com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e 65 anos ou mais em países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Em 2012, a população idosa brasileira era de 25,4 milhões, mas segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2017, este contingente foi para 30,2 milhões. O aumento de 4,8 milhões de idosos em cinco anos representa um crescimento de 18% dessa faixa etária. Assim, os idosos tornam-se o grupo etário que mais cresce no Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2017).

Estima-se que, até 2050, a população com mais de 60 anos de idade passará de 66 milhões, ocasionando o encurtamento da base e alargamento no topo da pirâmide etária. Dados relativos à expectativa de vida brasileira mostram que, em 1930, esta era de 36,5 anos; em 2000, de 69,9 anos e; em 2010, chegou a 73,9 anos (IBGE, 2017). Dados atualizados, apontam que a expectativa de vida do brasileiro continua a aumentar. Em 2018, por exemplo, os dados mostraram que a expectativa de vida foi de 76,3 anos (IBGE, 2019).

O envelhecimento populacional traz a necessidade de esforços e preparo em todos os setores da sociedade. Demandas aparecem em diferentes dimensões, com destaque para o mercado de trabalho, sistemas de saúde, previdência social, atividades sociais e ocupacionais, produtos de consumo, entre outros (MAIA, 2017). Além disso, a população passa a apresentar um perfil epidemiológico diferenciado com aumento progressivo da prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DCNT's) (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015; BRASIL, 2018).

Atualmente, as DCNT são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, contabilizando cerca de 38 milhões de mortes anuais. *“Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente, em menores de 70 anos de idade, e quase 28 milhões em países de baixa e média renda”* (MALTA et al., 2017, p. 2). As doenças crônicas e seus agravos são fatores que aumentam o risco de comprometimento funcional e emocional em idosos. Uma pesquisa, realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), destacou estresse e depressão dentre os agravos que afetam os idosos (DANTAS et al., 2013). Além disso, alterações e distúrbios do sono relacionados com o envelhecimento são frequentemente documentados na literatura (SILVA et al., 2016).

O sono é uma necessidade humana fundamental que influencia no bem-estar e na qualidade de vida do indivíduo. Ele é caracterizado como um estado funcional, reversível e cíclico, com imobilidade relativa e aumento do limiar de resposta aos estímulos externos. É um estado de inconsciência reversível, em que o indivíduo pode voltar às condições de vigília, por estímulos sensoriais ou outras formas de estimulação (LORENZINI et al., 2003).

O sono tem dois estágios, o estágio sem movimentos oculares rápidos (Non-Rapid Eye Movement – não-REM ou NREM) e com movimentos oculares rápidos (Rapid Eye Movement – REM). O estágio NREM é dividido em três fases em grau crescente de profundidade (N1, N2 e N3). O sono REM é o mais profundo e reparador, é o período em que ocorrem os movimentos rápidos dos olhos, abalos musculares, diminuição da temperatura, queda da frequência cardíaca e pressão arterial. Um ciclo típico de sono é constituído pelos estágios do sono NREM seguidos por um período de sono REM. Os ciclos têm duração média de 70 a 100 minutos, que se repetem de 4 a 5 vezes por noite (GEIB et al., 2003; NEVES et al., 2013).

Com o envelhecimento, é frequente que os estágios leves do sono sejam mais duradouros. Porém, os estágios profundos e reparadores são mais curtos (NEVES et al., 2013). Entre os idosos, observa-se alta frequência de queixas relacionadas à dificuldade para dormir à noite toda, aumento do período para o início do sono, despertares frequentes, sonolência diurna, insônia, dificuldades respiratórias e ronco (GEIB et al., 2003; TÉLLEZ et al., 2016).

O sono é controlado pelo ciclo circadiano que pode ser definido como o ritmo de distribuição de atividades biológicas cíclicas de aproximadamente 24 horas. Ele é regulado pelo sistema nervoso central e endócrino e sofre a influência de fatores ambientais e sociais. Com o envelhecimento normal, nota-se alterações no relógio circadiano, ocasionando o aumento da fragmentação do sono, o aumento da frequência de cochilos diurnos, mudanças de fase do sono, maior fadiga diurna e a alteração nos sincronizadores sociais com tendência à escolha de horários mais precoces de dormir e acordar (GEIB et al., 2003).

Os idosos subjetivamente queixam de passar mais tempo na cama, dormir menos, acordar mais vezes durante a noite, acordar mais cedo, cochilar durante o dia e demorar mais para adormecer quando comparados aos adultos mais jovens. O sono se torna progressivamente mais fragmentado e com interrupções, resultando em diminuição na eficiência do sono, sonolência ao longo do dia, diminuição do estado de

alerta e necessidade de cochilos curtos. Há também diminuição da quantidade total de horas do sono no período de 24 horas (MUGEIRO, 2011). Além disso, o tempo total de sono durante a noite pode diminuir, apesar do aumento na quantidade de tempo despendido na cama (STEPNOWSKY JÚNIOR; ANCOLI-ISRAEL, 2008).

Contudo, a diminuição da qualidade do sono pode não ser em função da idade propriamente dita, mas de outros fatores que acompanham o envelhecimento, como doenças médicas e psiquiátricas, aumento do uso de medicamentos e distúrbios neuroendócrinos (NEIKRUG; ANCOLI-ISRAEL, 2010). O sono de má qualidade pode causar dificuldade de atenção, redução da velocidade de resposta, prejuízos na memória, dificuldade de concentração e desempenho, assim como dificuldade em manter um bom relacionamento familiar e social, capacidade reduzida para realizar as tarefas diárias e até redução da sobrevida (CLARES et al., 2012).

Alguns autores pressupõem que a necessidade de sono não diminui com a idade. Resultados de testes objetivos de sonolência diurna mostram que os idosos são mais sonolentos que os jovens, a conclusão é que os idosos não conseguem obter uma quantidade adequada de sono à noite e fazem compensações diurnas. Idosos com dificuldade em dormir relatam diminuição da qualidade da vida, assim como, aumento dos sintomas de depressão e ansiedade em comparação àqueles que não têm dificuldades para dormir (STEPNOWSKY JÚNIOR; ANCOLI-ISRAEL, 2008).

O Código Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua 10ª revisão (CID-10), publicada pela OMS, define a depressão como um transtorno mental caracterizado por tristeza; perda de interesse; ausência de prazer e oscilações entre o sentimento de culpa e baixa autoestima; distúrbios do humor ou apetite; sensação de cansaço e falta de concentração (VILELA, 2017). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) define o transtorno depressivo maior como uma condição clássica que representa um grupo de transtornos caracterizados por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração e, que envolvam alterações de afeto, cognição e funções neurovegetativas. Algumas características comuns que as pessoas que apresentam esse transtorno sofrem são o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações físicas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento dos indivíduos (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - APA, 2013; VILELA, 2017).

A depressão maior provoca aumento dos níveis de cortisol no sangue. O aumento dos níveis de cortisol tem o papel de manter uma pessoa acordada e alerta

durante o dia, sendo que os seus níveis mais baixos durante a noite. Como um dos possíveis sintomas da depressão é a insônia, e a insônia é um fator de risco para a depressão, verifica-se alterações do funcionamento do eixo endócrino hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) tanto em episódios de insônia, como de depressão e estresse (SARAIVA; FORTUNATO; GAVINA, 2005).

Após um evento de estresse, o hipotálamo estimula a hipófise anterior, onde há estímulo de secreção do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), que é liberado e transportado para a glândula adrenal. Nela há produção e liberação do glicocorticoide cortisol. Quando os níveis de cortisol estão elevados, ocorre um feedback negativo, que leva a inibição da liberação hormonal em um ou vários pontos de liberação dos hormônios mencionados (VILELA; JURUENA, 2014).

Vários estudos demonstram que a função dos glicocorticóides encontra-se prejudicada na depressão maior, resultando em um reduzido feedback hormonal negativo (VILELA; JURUENA, 2014). Além disso, os glicocorticóides são considerados hormônios do estresse, por serem liberados em grandes quantidades sob condições fisiológicas e emocionais estressantes (PAZA et al., 2017).

O estresse foi descrito primeiramente por Hans Selye em 1959, de forma genérica, como um estado manifesto por um conjunto de sinais e sintomas observáveis causados por alterações não específicas produzidas num sistema biológico. Em 1992, definiu-se estresse como um conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no equilíbrio do organismo. Por fim, em 1997, esse conceito foi posicionado de modo biopsicossocial, sendo descrito como uma percepção particular da relação entre o indivíduo, seu ambiente e as circunstâncias que pode ser considerada como uma ameaça ou algo que exige mais que as habilidades ou recursos disponíveis, colocando em perigo o bem-estar da pessoa (FIGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

O estresse provoca tensão física e psicológica, queda de capacidade intelectual, perturbações do sono que, conseqüentemente, levam à fadiga do organismo. Ele ocorre em diferentes níveis, de forma transitória ou grave, e no último caso, afeta a saúde do indivíduo. O estresse tem potencial de causar exaustão física e manifestação de doenças por meio do adoecimento do órgão mobilizado na fase da resistência e exaustão psicológica (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008; VALLE; REIMAO; MALVEZZI, 2011).

Uma revisão de literatura realizada por Chellappa e Araújo (2007), que teve como objetivo analisar as publicações sobre sono e suas alterações na depressão, além

de modelos teóricos propostos para explicar essas alterações, analisou 20 artigos originais e 10 de revisão publicados entre 1991 e 2006. Os autores concluíram que os estudos têm apontado associação entre transtornos do sono e depressão. Porém, os mecanismos fisiopatológicos dos distúrbios do sono na depressão se mostram complexos e de natureza multifacetada. Deste modo, estes estudos devem ser aprofundados e desempenham um importante papel no tratamento de indivíduos que sofrem de depressão e distúrbios do sono.

Dinges et al. (1997), em estudo experimental composto por 16 adultos jovens saudáveis, restringiu cerca de 33% da duração do sono habitual nos participantes, obtendo assim, como resultado, a presença de fadiga, confusão, tensão e distúrbio humor, exaustão mental e estresse. Além disso, alguns fatores emocionais como tristeza, preocupação e estresse, acessar a internet, assistir televisão, uso de tabaco e álcool também interferem na qualidade do sono (CORRÊA et al., 2017).

Portanto, diante dos apontamentos dos estudos de Dinges et al. (1997), Corrêa et al. (2017) e Chellappa e Araújo (2007) realizados sem a especificidade do envelhecimento e da escassez de estudos sobre dificuldade para dormir e fatores emocionais em idosos, apresentamos os objetivos deste presente estudo.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Identificar associação entre variáveis emocionais (estresse e depressão) e o autorrelato de dificuldade para dormir em idosos.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sócio demográfico dos idosos.

Descrever o estresse e depressão dos idosos.

Comparar o estresse e depressão em idosos com e sem dificuldade para dormir autorrelatada.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento

Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal.

3.2. Local do estudo

Este estudo foi realizado na cidade de São Carlos, um município de porte médio, localizado no interior do estado de São Paulo. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, o número total de habitantes desse município era de 221.950 e o total de pessoas com 60 anos ou mais era de 28.868, o que correspondia a, aproximadamente, 13% da população total (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2015).

O município contava com 14 Unidades de Saúde da Família (USF) na zona urbana e duas unidades na zona rural¹, com uma cobertura de 39.768 habitantes (SÃO CARLOS, s/d).

3.3 Participantes

A amostra foi de conveniência constituída partir dos dados do Grupo de Pesquisa do qual a pesquisadora e a orientadora fazem parte. A partir do número total aproximado de idosos atendidos nas USF do município de São Carlos (n=5169), calculou-se que 341 idosos constituiriam uma amostra com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5,13%.

Os participantes foram idosos cadastrados nas USF's do município de São Carlos – SP, divididos em dois grupos, assim denominados:

- (a) Grupo sem dificuldade para dormir autorrelatada (n= 179),
- (b) Grupo com dificuldade para dormir autorrelatada (n= 162).

Os critérios de inclusão para os cuidadores foram:

- (a) Ter 60 anos ou mais de idade;
- (b) Ser cadastrado em uma das USF's do município de São Carlos;
- (c) Ser capaz de compreender as questões da entrevista.

3.4 Procedimentos para a coleta de dados

O procedimento de coleta de dados, bem como todas as etapas deste trabalho, seguiu rigorosamente os preceitos éticos conforme estabelecido na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Foi agendada visita às USF para solicitar uma lista dos idosos cadastrados em suas respectivas áreas que poderiam participar da pesquisa. Os idosos foram contatados

¹ A totalidade de USF's existentes no município de São Carlos na época da coleta de dados. Em 2018, o número de USF's passou para 19 unidades no total.

nos domicílios para verificar os critérios de inclusão e exclusão. Quando preenchidos os critérios, os idosos eram convidados a participar da pesquisa, e após o aceite foram coletadas informações de caracterização sociodemográfica.

Ao término da primeira etapa, foi agendado um horário para a coleta dos demais instrumentos. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas no domicílio dos idosos ou em locais previamente combinados segundo conveniência dos participantes.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

3.5.1 Ficha de Caracterização do Idoso com Questão Específica de Dificuldade para Dormir Autorrelatada (APÊNDICE A)

Tratou-se de um questionário construído para este projeto que teve como finalidade a coleta de dados pessoais e demográficos do participante. Neste havia uma questão específica sobre dificuldade para dormir autorrelatada.

3.5.2 Escala de Estresse Percebido (ANEXO A)

Esta escala foi construída por Cohen e colaboradores em 1983, traduzida e validada por Luft e colaboradores em 2007, para uso em idosos no Brasil para avaliar o modo como os idosos cuidadores percebem situações cotidianas como estressantes. A escala possui 14 questões, é de fácil aplicação e a pontuação pode variar de 0 a 56 pontos, e quanto maior a pontuação, mais elevado é no nível de estresse (COHEN; KARMACK; MERMELSTEIN, 1983; LUFT et al., 2007).

3.5.3 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (ANEXO B)

Esta escala constituída de 15 perguntas para rastreio de sintomas depressivos em idosos. Foi construída por Yesavage et al. (1983) e validada para uso no Brasil por Paradela, Lourenco e Veras (2005) e Almeida e Almeida (1999). A soma das respostas dicotômicas (si ou não) gera um escore que varia entre 0 a 15, sendo que escores mais elevados significam maior número de sintomas depressivos.

3.6. Aspectos éticos

Como descrito no item “3.4 Procedimentos para a coleta de dados”, foram respeitados todos os preceitos éticos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO C) e faz parte das atividades de um Grupo de Pesquisa do qual o aluno e o orientador fazem parte.

Todos os participantes foram informados dos objetivos do trabalho, consultados sobre a disponibilidade em participar do estudo e assegurados do sigilo das informações individuais.

Os instrumentos escolhidos para a coleta de dados foram validados para a cultura brasileira e são amplamente utilizados no meio acadêmico-científico.

É importante salientar que os indivíduos somente participaram da pesquisa após consentimento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – APÊNDICE B). Foi assegurado ao participante, a qualquer momento durante a coleta de dados, o direito de interromper sua participação sem compromisso de justificativa.

3.7. Procedimento de análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 19.0, para realização de:

- Análises descritivas para caracterizar o perfil dos idosos;
- *Teste de Qui-Quadrado de Pearson* para comparar as proporções das variáveis sexo, escolaridade e nível socioeconômico, e *Teste de Mann-Whitney* para comparar a média das idades dos grupos;
- Análises descritivas para caracterizar estresse e depressão dos idosos de cada grupo;
- *Teste de Mann-Whitney* para identificar associação entre as variáveis estresse, depressão e a dificuldade para dormir dos idosos.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Neste estudo, foram avaliados 341 idosos. Destes, 52,5% (n=179) relataram não ter dificuldades para dormir e 47,5% (n=162) afirmaram apresentar tal dificuldade.

Dentre os resultados, destaca-se que os indivíduos da amostra eram, em sua maioria, do sexo feminino (n=262; 76,8%), brancos (n=238, 69,8%), casados ou com companheiro (n=308; 90,3%), com baixa escolaridade (n=277; 81,2%), sendo que, esses idosos tinham no máximo o primário completo, que corresponde, atualmente, ao quarto ano do ensino fundamental. Em anos, a média foi de 3,81 anos de estudo (Md=4,00, DP=3,52, $X_{\min}=0,00$, $X_{\max}=19,00$). Em relação à religião, 64,5% eram católicos (n=220) e 23,8% eram evangélicos (n=81), sendo que 76,8% (n=262) eram praticantes (Tabela 1 e 2).

A média de idade foi de 69,61 anos (Md=69,00, DP=7,12, $X_{\min}=60,00$, $X_{\max}=98,00$) e da renda familiar foi, em reais, de R\$ 2.302,21 (Tabela 2).

A distribuição da amostra nos grupos segundo as características sociodemográficas sexo, situação conjugal, escolaridade, religião (praticante ou não) e etnia são apresentadas na Tabela 1. A Tabela 2, no entanto, apresenta dados descritivos detalhados de idade, escolaridade (em anos) e renda familiar por grupos e na totalidade da amostra, bem como análises comparativas.

Tabela 1 – Distribuição da amostra nos grupos (com e sem dificuldade para dormir) segundo as variáveis de caracterização e análise comparativa entre os grupos. São Carlos, 2014.

GRUPOS VARIÁVEIS	SEM DIFICULDADE PARA DORMIR		COM DIFICULDADE PARA DORMIR		TODOS OS GRUPOS		ANÁLISE COMPARATIVA		
	N	%	N	%	N	%	χ^2 *	gl	p
Sexo							7,326	1	0,007**
Feminino	127	70,9	135	83,3	262	76,8			
Masculino	52	29,1	27	16,7	79	23,2			
Total	179	100	162	100	341	100			
Situação conjugal	N	%	N	%	N	%	1,146	3	0,766
Casado (a)	164	91,6	144	88,9	308	90,3			
Solteiro (a)	7	3,9	7	4,3	14	4,1			
Divorciado (a)	3	1,7	3	1,9	6	1,8			
Viúvo (a)	5	2,8	8	4,9	13	3,8			
Total	179	100	162	100	341	100			
Escolaridade	N	%	N	%	N	%	5,769	6	0,450
Nunca foi à escola	36	20,1	38	23,5	74	21,7			
Curso alfabetizante	5	2,8	5	3,1	10	2,9			
Primário	99	55,3	94	58,0	193	56,6			
Ginásio	21	11,7	10	6,2	31	9,1			
Científico/Clássico	10	5,6	12	7,4	22	6,5			
Curso superior	6	3,4	2	1,2	8	2,3			
Pós-graduação	2	1,1	1	0,6	3	0,9			
Total	179	100	162	100	341	100			
Religião	N	%	N	%	N	%	13,760	8	0,088
Católico (a)	120	67,0	100	61,7	220	64,5			
Evangélico (a)	40	22,3	41	25,3	81	23,8			
Congregação Cristã	9	5,0	5	3,1	14	4,1			
Adventista	2	1,1	3	1,9	5	1,5			
Espírita	1	0,6	9	5,6	10	2,9			
Protestante	0	0,0	1	0,6	1	0,3			
Budista	1	0,6	0	0,0	1	0,3			

Umbanda	0	0,0	1	0,6	1	0,3			
Não possui	6	3,4	2	1,2	8	2,3			
Total	179	100	162	100	341	100			
Praticante	N	%	N	%	N	%	2,752	2	0,253
Não	40	22,3	36	22,2	76	22,3			
Sim	136	76,0	126	77,8	262	76,8			
NR	3	1,7	0	0,0	3	0,9			
Total	179	100	162	100	341	100			
Etnia	N	%	N	%	N	%	6,289	4	0,179
Branca	127	70,9	111	68,5	238	69,8			
Preta	9	5,0	19	11,7	28	8,2			
Mulata	40	22,3	31	19,1	71	20,8			
Indígena	1	0,6	0	0,0	1	0,3			
Amarela	2	1,1	1	0,6	3	0,9			
Total	179	100	162	100	341	100			

*Qui-Quadrado; ** Significativo

Tabela 2 – Análises descritivas e comparativas das variáveis idade, escolaridade (em anos) e renda familiar segundo o autorrelato de dificuldade para dormir. São Carlos, 2014.

GRUPOS	SEM			COM			ANÁLISE COMPARATIVA	U*	p
	DIFICULDADE PARA DORMIR			DIFICULDADE PARA DORMIR					
VARIÁVEIS									
Idade (anos)								13365,50	0,212
Média	69,33			69,93			69,61		
Mediana	67,00			69,00			68,00		
Desvio padrão	7,30			6,91			7,12		
Mínimo – Máximo	60 – 95			60 – 98			60 – 98		
Escolaridade (anos)								13401,00	0,217
Média	4,06			3,54			3,81		
Mediana	4,00			3,00			4,00		
Desvio padrão	3,77			3,23			3,52		
Mínimo – Máximo	0,00 – 19,00			0,00 – 15,00			0,00 – 19,00		
Renda familiar (reais)**								11832,00	0,427
Média	2353,99			2249,79			2303,21		
Mediana	1800,00			1836,00			1810,00		
Desvio Padrão	1536,13			1621,70			1576,76		
Mínimo – Máximo	724,00 – 10000,00			724,00 – 10000,00			724,00– 10000,00		

*Mann-Whitney

** O salário mínimo vigente na época da coleta de dados, 2014, era de R\$ 724,00.

Este estudo buscou controlar as variáveis de caracterização por meio de análise do pareamento, ou seja, os grupos não deveriam apresentar diferenças significativas relacionadas à caracterização. Exceto para a variável “sexo” que apresentou diferença significativa entre grupos ($\chi^2=7,326$; gl=1; p=0,007), fato que era esperado uma vez que este já foi descrito na literatura e será discorrido no item “Discussão”. As análises comparativas, apresentadas nas Tabelas 1 e 2, evidenciaram não existir diferenças significativas entre os grupos em relação às demais variáveis sociodemográficas. Este

controle minimiza a possibilidade de variáveis intervenientes acarretarem em vieses nos resultados.

4.2 Análises descritivas e comparativas de estresse em idosos segundo autorrelato de dificuldade para dormir

Os escores referentes à Escala de Estresse Percebido são apresentados na Tabela 3. O grupo sem dificuldade para dormir teve uma média de 15,97 pontos ($Md=15,00$, $DP=8,63$, $X_{\min}=0,00$, $X_{\max}=46,00$) e do grupo com dificuldade para dormir foi de 21,29 pontos ($Md=20,00$, $DP=10,58$, $X_{\min}=0,00$, $X_{\max}=56,00$). Esta diferença foi significativa ($U= 10034,50$; $p=0,010$), portanto, o nível de estresse do grupo de idosos com dificuldade para dormir é mais elevado que no grupo sem dificuldade para dormir (Figura 1, Tabela 3).

Além disso, os idosos com dificuldade para dormir tinham escores significativamente mais elevados nos itens 1, 3, 7, 8, 9, 11 e 13 da escala ($p<0,05$), evidenciando que estes eram indivíduos mais tristes, nervosos, irritados e com percepção negativa de afazeres, controle e gasto de tempo (Tabela 3).

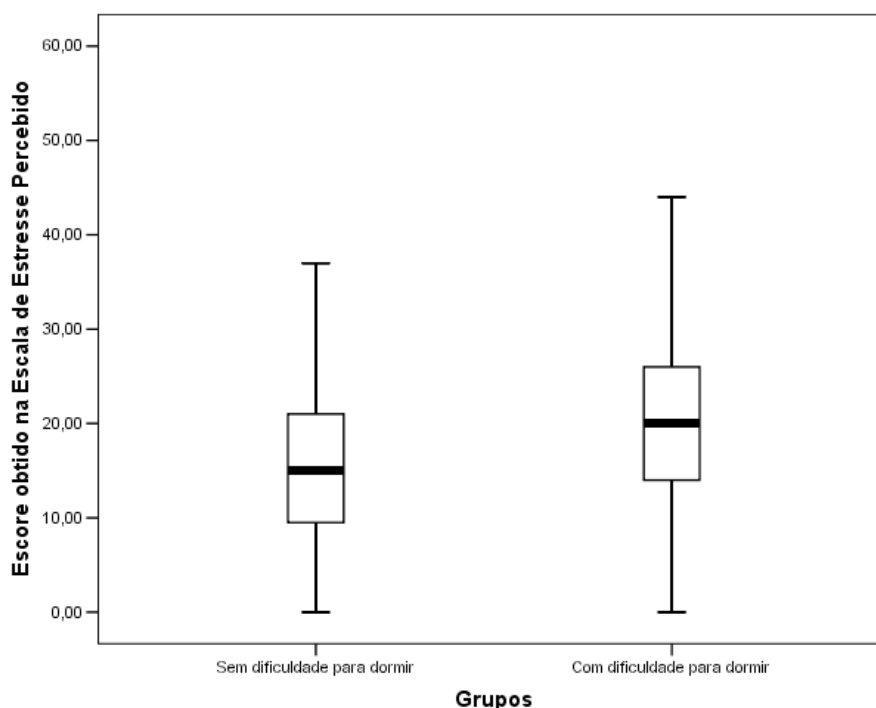


Figura 1. Comparativo dos escores na escala de estresse percebido dos idosos sem e com dificuldade para dormir – São Carlos, 2014.

Tabela 3 – Análises descritivas e comparativas de estresse segundo autorrelato de dificuldade para dormir. São Carlos, 2014.

GRUPOS		SEM DIFICULDADE PARA DORMIR	COM DIFICULDADE PARA DORMIR	TODOS OS GRUPOS	ANÁLISE COMPARATIVA	
ITENS DE ESTRESSE					U*	p*
1- Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	Média	1,82	2,48	2,13	11053,00	0,000*
	Mediana	2,00	2,00	2,00		
	DP	1,53	1,47	1,53		
2- Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	Média	0,93	1,09	1,01	13714,00	0,324
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	1,41	1,50	1,45		
3- Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	Média	1,59	2,20	1,88	10959,00	0,000*
	Mediana	2,00	2,00	2,00		
	DP	1,29	1,43	1,39		
4- Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida? ^{EI}	Média	0,65	0,83	0,74	13306,50	0,138
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	1,02	1,12	1,07		
5- Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	Média	0,58	0,82	0,70	13227,50	0,111
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,90	1,16	1,04		
6- Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	Média	0,46	0,69	0,57	13214,50	0,087
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,84	1,08	0,97		
7- Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	Média	1,48	1,85	1,66	12104,50	0,007*
	Mediana	1,00	2,00	2,00		
	DP	1,38	1,32	1,36		
8- Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	Média	1,31	1,67	1,48	12422,00	0,018*
	Mediana	1,00	2,00	1,00		
	DP	1,33	1,40	1,38		
9- Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	Média	0,61	1,08	0,83	11223,50	0,000*
	Mediana	0,00	1,00	0,00		
	DP	1,00	1,24	1,15		

10- Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	Média	0,81	1,06	0,93	12987,50	0,069
	Mediana	0,00	1,00	0,00		
	DP	1,11	1,26	1,19		
11- Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	Média	1,85	2,42	2,12	11424,50	0,000*
	Mediana	2,00	2,00	2,00		
	DP	1,49	1,44	1,49		
12- Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	Média	2,56	2,89	2,72	13057,00	0,086
	Mediana	3,00	4,00	4,00		
	DP	1,62	1,45	1,55		
13- Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	Média	0,44	0,75	0,59	12708,50	0,014*
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,91	1,20	1,06		
14- Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	Média	0,87	1,47	1,16	11384,00	0,000*
	Mediana	0,00	1,00	0,00		
	DP	1,24	1,53	1,41		
TOTAL DE ESTRESSE	Média	15,97	21,29	18,50	10034,50	0,000*
	Mediana	15,00	20,00	17,00		
	DP	8,63	10,58	9,95		

*Mann-Whitney; **Significativo

4.3 Análises descritivas e comparativas de depressão em idosos segundo autorrelato de dificuldade para dormir

Os dados relacionados à depressão são apresentados na Tabela 4. Vale observar que os escores totais do grupo sem dificuldade para dormir foi de 3,09 pontos (Md=2,00, DP=2,52, X_{\min} =0,00, X_{\max} =13,00) e do grupo com dificuldade para dormir foi de 4,41 pontos (Md=4,00, DP=2,92, X_{\min} =0,00, X_{\max} =13,00). Esta diferença foi significativa ($U= 10427,50$; $p=0,000$), portanto, pode-se afirmar que o grupo de idosos com dificuldade para dormir apresentava maior número de sintomas depressivos (Figura 2, Tabela 4).

Na análise por item, os idosos com dificuldade para dormir tinham escores significativamente mais elevados nas questões 1, 2, 4, 11, 13, 14 e 15 da Escala de Depressão Geriátrica ($p<0,05$), o que demonstra que os idosos sem dificuldade para dormir são mais satisfeitos com a vida, têm interesses e atividades, se aborrecem menos,

valorizam a vida, se sentem com energia, têm esperança e se comparam positivamente em relação às outras pessoas (Tabela 4).

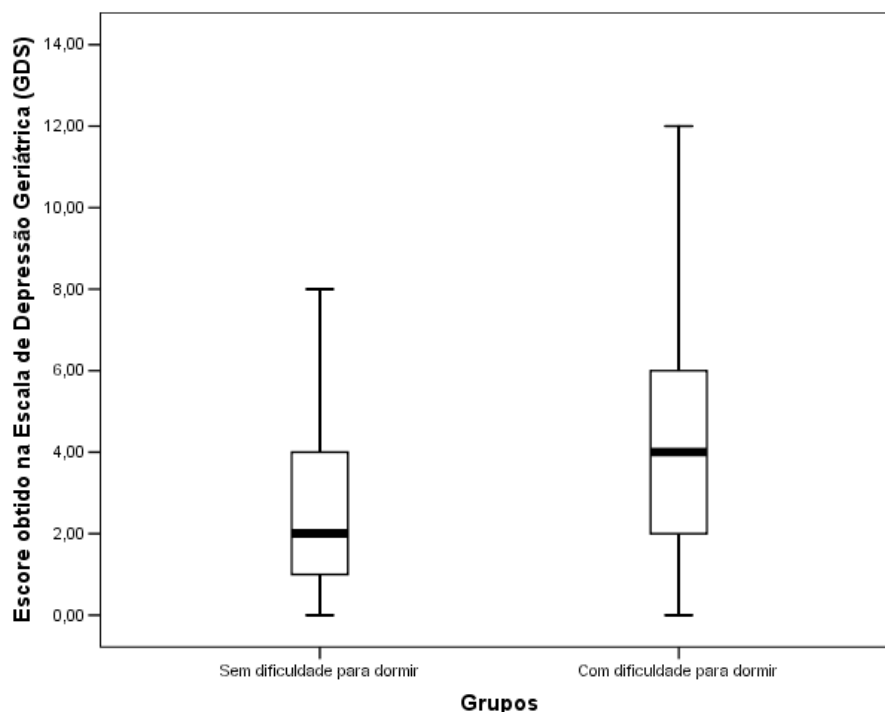


Figura 2. Comparativo dos escores obtidos na Escala de Depressão Geriátrica dos idosos sem e com dificuldade para dormir – São Carlos, 2014.

Tabela 4 – Análises descritivas e comparativas de depressão segundo autorrelato de dificuldade para dormir e análise comparativa entre os grupos. São Carlos, 2014.

GRUPOS		SEM	COM	TODOS OS	ANÁLISE	
		DIFICULDADE	DIFICULDADE		GRUPOS	COMPARATIVA
ITENS DE		PARA DORMIR	PARA DORMIR		U*	p
DEPRESSÃO						
1- Você está satisfeito com sua vida?	Média	0,06	0,14	0,10	13250,50	0,007**
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,23	0,35	0,30		
2- Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	Média	0,47	0,61	0,54	12523,50	0,012**
	Mediana	0,00	1,00	1,00		
	DP	0,50	0,49	0,50		
3- Você sente que sua vida está vazia?	Média	0,21	0,30	0,26	13191,50	0,057
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,41	0,46	0,44		
4- Você se aborrece com frequência?	Média	0,26	0,47	0,36	11504,00	0,000**
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,44	0,50	0,48		
5- Você se sente de	Média	0,10	0,17	0,13	13451,00	0,051

bom humor a maior parte do tempo?	Mediana	0,00	0,00	0,00	13277,50	0,117
	DP	0,30	0,38	0,34		
6- Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	Média	0,39	0,48	0,43		
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,49	0,50	0,50		
7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Média	0,09	0,12	0,11	14005,00	0,307
	Mediana	0,00	0,00	0,00	13937,00	0,321
	DP	0,29	0,33	0,31		
8- Você sente que sua situação não tem saída?	Média	0,13	0,17	0,15		
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,34	0,38	0,36		
9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Média	0,51	0,55	0,53	13904,50	0,449
	Mediana	1,00	1,00	1,00		
	DP	0,50	0,50	0,50		
10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Média	0,22	0,30	0,26	13353,50	0,098
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,42	0,46	0,44		
11- Você acha maravilhoso estar vivo?	Média	0,01	0,06	0,03	13685,00	0,003**
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,08	0,24	0,18		
12- você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Média	0,13	0,19	0,16	13758,00	0,197
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,34	0,39	0,37		
13- você se sente cheio de energia?	Média	0,16	0,28	0,22	12731,00	0,007**
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,37	0,45	0,42		
14- Você acha que sua situação é sem esperanças?	Média	0,09	0,18	0,13	13199,50	0,015**
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,29	0,39	0,34		
15- Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Média	0,25	0,38	0,31	12514,00	0,006**
	Mediana	0,00	0,00	0,00		
	DP	0,43	0,49	0,46		
TOTAL DE DEPRESSÃO	Média	3,09	4,41	3,72	10427,50	0,000**
	Mediana	2,00	4,00	3,00		
	DP	2,52	2,92	2,80		

*Mann-Whitney; **Significativo

5. DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo identificar associação entre variáveis emocionais (estresse e depressão) e o autorrelato de dificuldade para dormir em idosos. Os resultados obtidos identificaram que os idosos com dificuldade para dormir eram indivíduos mais tristes, nervosos, irritados e com percepção negativa de afazeres, controle e gasto de tempo, sendo que, as mulheres apresentam maior dificuldade para dormir que os homens.

A amostra de idosos assistidos pelas USF's do município de São Carlos tinha o perfil descrito na maioria dos estudos recentes publicados no mesmo contexto. Trata-se de indivíduos com 75 anos ou menos de idade (80,6%), do sexo feminino (76,8%), de cor de pele branca (69,8%), casado ou vivendo com companheiro (90,3%). Os estudos recentes de Silva et al. (2019), Augusto et al. (2019) e Dias et al. (2018) descrevem o idoso da comunidade atendidos na atenção primária à saúde com características demográficas consonantes.

A predominância de idade inferior a 75 anos pode ser explicada pela expectativa de vida do brasileiro que na época da coleta de dados, 2014, era de 75,2 anos (IBGE, 2015). Desta forma, é esperado que os usuários da atenção básica sejam mais jovens. Além do mais, os idosos mais longevos irão necessitar de serviços mais especializados de saúde (SILVA et al., 2019).

De maneira geral, a literatura traz que os homens vivem menos, pois são mais expostos a hábitos deletérios abusivos como fumo e álcool, além de riscos ocupacionais, de trânsito e violência, bem como, apresentam maior incidência de condições severas de saúde. Paradoxalmente, a busca por ações de cuidados e prevenção se mostra reduzida na população masculina (WHO, 2001). Consequentemente, homens podem ter “*o aumento de riscos de problemas à longo prazo, e maior utilização dos serviços de saúde de média e alta complexidade*” quando comparados às mulheres que usam mais a atenção básica (BIBIANO et al., 2019, p. 2276). Além disso, a mortalidade aumentada entre os homens fica mais evidente nas últimas etapas do ciclo vital. Este fenômeno é descrito como feminilização da velhice (LINS; ANDRADE, 2018). Isso explica a proporção alta de idosas na amostra estudada.

A feminilização acarretou na baixa escolaridade da amostra. Isso se deve ao fato de que anteriormente, na década de 70, os modelos de família tradicionais colocavam o homem como provedor e a mulher como cuidadora dos filhos e do lar. Não se esperava alto nível de instrução das mulheres, mas habilidades de cuidado e destreza para os afazeres domésticos (SOARES, 2019). Neste presente estudo, os idosos tiveram em média 3,6 anos de estudo, variando entre zero e 15 anos de escolaridade. De acordo com dados do IBGE, no ano de 2016, a taxa de analfabetismo no país foi estimada em 7,2%, sendo 11,8 milhões de analfabetos. Entre a população idosa, ressalta-se que 81,8% dos idosos brasileiros apresentam em média 3,7 anos de estudo, ou seja, frequentaram apenas o ensino fundamental (IBGE, 2016).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2015, a maioria dos brasileiros (45,22%) se declaravam como brancos e, dentre os idosos, 75,6% eram aposentados e/ou pensionistas (IBGE, 2016; 2017). A etnia branca e a aposentadoria da amostra estão em consonância com dados demográficos dos idosos brasileiros.

Embora os grupos estejam pareados, o convite de participação dos idosos para esta pesquisa foi realizado de maneira aleatória. Assim, vale destacar uma alta incidência de idosos que apresentam dificuldade para dormir autorrelatada (47,5%). O número relativo de mulheres com dificuldade para dormir foi maior (83,3%). Dados semelhantes foram publicados por Moreno et al. (2018) e Raposo e Veríssimo (2015). Estes últimos, em uma revisão recente, apontaram que mais de 50% dos indivíduos com idade superior a 65 anos apresentam queixas relacionadas ao sono, com maior incidência sobre o sexo feminino. O estudo de Oliveira et al. (2012) e de Zanuto et al. (2015) também indicam que as mulheres estão mais propensas à depressão e estressores relacionados a conflitos familiares que podem causar distúrbios do sono.

Em consonância, Rodriguez (2014) verificou que sexo feminino, baixa escolaridade, situação profissional não ativa e o aumento da idade são fatores de risco para pior qualidade de sono. A associação entre a saúde do idoso e a qualidade de seu sono tem sido estabelecida em diversos estudos e é uma variável de preocupação para o sistema de saúde (RAPOSO; VERÍSSIMO, 2015).

De acordo com o IBGE, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais aumentou para 9,52% em 2018 no Brasil, sendo que 11,1% desses idosos foram diagnosticados com depressão (IBGE, 2019). Gutiérrez (2015) descreveu o impacto que a depressão possui nos transtornos do sono, sendo que, aproximadamente, 80% dos indivíduos com depressão possuem alguma alteração ou queixa, tanto na qualidade do sono como na quantidade do sono.

Uma pobre qualidade de sono pode se associar a queixas de humor, como por exemplo, a fadiga, ansiedade, irritabilidade e humor depressivo, assim como pode haver déficit no nível do funcionamento, como um decréscimo de atenção, motivação e eficiência (SERRÃO; KLEIN; GONCALVES, 2007).

Raposo e Veríssimo (2015) apresentam a relação entre a insônia e a depressão com evidências que a insônia matinal prediz o aparecimento de depressão, mas é necessário excluir a existência de relação entre os despertares noturnos, ou seja, má eficiência do sono e o surgimento de depressão. A hipótese que sustenta a relação entre

qualidade do sono e depressão é a resposta positiva contra a insônia quando há a administração de antidepressivos, e a da depressão quando a qualidade de sono é melhorada.

Além disso, Smagula et al. (2013) estudou a relação entre as alterações da arquitetura de sono e doenças psiquiátricas no idoso, nomeadamente a distúrbio depressivo e ansioso, por meio de estudo polissonográfico. As conclusões apontam para a existência de uma relação entre a presença de sintomas depressivos e o incremento de tempo total de sono passado na fase II do sono NREM, em detrimento de uma menor percentagem de tempo passada em fase de sono REM, alteração frequentemente identificada entre indivíduos idosos e que indicam prejuízo da qualidade do sono.

Nessa mesma linha de investigação, Quinhones et al. (2011) trazem que depressão e transtornos de ansiedade são frequentes entre pessoas com mais de 65 anos de idade. Perda do cônjuge, aposentadoria, isolamento social, doenças e declínio cognitivo, que são fatores de risco para depressão em idosos. A depressão e os transtornos de ansiedade por sua vez, contribuem para insônia e outros distúrbios do sono.

Um estudo recente de Marques (2016) descreveu associação do ambiente hormonal modificado na transição menopáusicas e prevalência de sintomas vasomotores, humor deprimido e distúrbios do sono. Nas fases que circundam a velhice, comumente se observam fatores documentados como causas de distúrbios do sono, a saber: má higiene do sono, humor depressivo, artrite, dor crônica, reduzida atividade física, hábitos deletérios, baixo nível socioeconômico, baixa felicidade matrimonial, fraca qualidade de vida e saúde autopercebida debilitada (MARQUES, 2016).

Quando levamos em consideração os níveis de estresse, ansiedade e depressão em relação à qualidade de sono, Galvão et al. (2017) demonstram que existe uma relação significativa entre eles. Perturbações do sono influenciam negativamente a qualidade de vida, gerando situações de estresse, irritabilidade, impaciência e indisponibilidade, agressividade, distrações e apatia, bem como situações de hiperatividade, desconforto, dificuldade de interação, tristeza, isolamento, falta de ânimo e de energia.

6. CONCLUSÃO

Diante dos objetivos propostos para este estudo, pode-se trazer as seguintes conclusões:

- O perfil do idoso assistido pelas USF's do município de São Carlos está em consonância com a maioria dos estudos recentes publicados no mesmo contexto. Trata-se de um indivíduo com 75 anos ou menos de idade, do sexo feminino, de cor de pele branca, casado ou vivendo com companheiro.
- As mulheres apresentam maior dificuldade para dormir que os homens.
- Os idosos com dificuldade para dormir eram indivíduos mais tristes, nervosos, irritados e com percepção negativa de afazeres, controle e gasto de tempo.
- Os idosos sem dificuldade para dormir são mais satisfeitos com a vida, têm interesses e atividades, se aborrecem menos, valorizam a vida, se sentem com energia, têm esperança e se comparam positivamente em relação às outras pessoas.
- O nível de estresse do grupo de idosos com dificuldade para dormir é mais elevado que no grupo sem dificuldade para dormir.
- O grupo de idosos com dificuldade para dormir apresentava maior número de sintomas depressivos.

Os resultados podem ser úteis para a atenção básica, de modo a agir na promoção e prevenção de agravos, buscando formas de intervir positivamente na saúde do idoso.

7 REFERÊNCIAS

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua – 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua – 2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017/IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 147p.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Continua – 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015/IBGE**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 2013. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 285-289, 2007.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL (Org.). **Demografia e Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2015/>>. Acesso em: abr. 2019.

AUGUSTO, D.K. et al. Fatores associados à avaliação da qualidade da atenção primária à saúde por idosos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 1, p. e2018128, 2019.

BARRETO, M.S.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o sistema de saúde pública. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.

BIBIANO, A.M.B. et al. Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2263-2278, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** [texto na Internet]. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012. 12p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: fev. 2020.

CHELLAPPA, S.L.; ARAÚJO, J.F. O sono e os transtornos do sono na depressão. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, n. 6, p. 285-289, 2007.

CLARES, B. W. J. et al. Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 54-59, 2012.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385-396, 1983.

CORRÊA, C.C. et al.. Qualidade de sono em estudantes de medicina: comparação das diferentes fases do curso. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [s. l.], v. 43, n. 4, p. 285–289, 2017.

DANTAS.L. H. M. C. et al.. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 914–920, 2013.

DIAS, J.R.P. et al. Análise do perfil clínico-epidemiológico dos idosos portadores de hipertensão arterial sistêmica nas micro áreas 4, 6 e 7 da USF Tenoné. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 1, p. 2-41, 2018.

DINGES, D. F. et al. Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4–5 hours per night. **Sleep**, v. 20, n. 4, p. 267-277, 1997.

FIGUEIRAS. C. J, HIPPERT. S. I. M. A polêmica em torno do conceito estresse. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 19, n. 3, p. 40-51, 1999.

FORTES-BURGOS G.; NERI, L. A.; CUPERTINO, B. F. P. A. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 74-82, 2008.

GALVÃO, A. et al. Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, s/v, n. spe5, p. 8-12, 2017.

GEIB C. T. L. et al.. Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 453-465, 2003.

GUTIÉRREZ, T. A. **Saúde mental e qualidade do sono em pessoas com transtornos mentais – Unidade Básica de Saúde Bernardina Augusta Braga de Betim**. 2015. 35 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização Estratégia Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Betim, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Número de idosos cresce**, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia->

[noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce](https://www.gazetadopovo.com.br/noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce). Acesso em: fev. 2020.

LINS, I.L.; ANDRADE, L.V.R. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 23, n. 3, p. 436-465, 2018.

LORENZINI, L. M. ; COELHO, A. T. ; ROSSINI, S. ; PROENCA, C. ; OLIVEIRA, J. C. ; ROVERE, H. H. D. ; REIMAO, R. . Sono e Atividade Física: Considerações Atuais. In: Associação Paulista de Medicina. (Org.). **Distúrbios do Sono**. 1ed.São Paulo: Setor de Editoração & Diagramação da APM, 2003, v. 1, p. 32-35.

LUFT, C. D. B. et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606-615, 2007.

MAIA, R. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. 8. ed. Brasília: Edições Câmara, 2017. (Estudos Estratégicos).

MALTA C. D. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, 2017. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2017.v51suppl1/4s/en> >. Acesso em: abr. 2019.

MARQUES, F.D.B.M. **Abordagem da síndrome vasomotora, perturbações psíquicas e do sono na menopausa**. 2016. 34 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2016.

MORENO, C.R.C. et al. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 21, n. 2, p. E180018, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s2/1980-5497-rbepid-21-s2-e180018.pdf>>. Acesso em: fev. 2020.

MUGEIRO M.J.C. **Qualidade do sono nos idosos**. 2011. 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Reabilitação) – Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, 2011.

NEIKRUG B.A.; ANCOLI-ISRAEL, S. Sleep disorders in the older adult – a mini-review. **Gerontology**, v. 56, n. 2, p. 181-189, 2010.

NEVES, G.S.M.L. et al. Transtornos do sono: visão geral. **Revista Brasileira de Neurologia**, [s. l.], v. 49, n. 2, p. 57–71, 2013.

OLIVEIRA M.F. et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 17, n. 8, p.2191-2198, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução de GONTIJO, S. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: abr. 2019.

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PAZA D.L.S. et al. Hair cortisol as an analytical measure of chronic stress. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 3, p.773-788, 2017.

QUINHONES, M.S.; GOMES, M.M. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 47, n. 1, p. 31-42, 2011.

RAPOSO, F. M. O.; VERISSÍMO, M. T. M. **As alterações do sono no idoso**. 2015. 74 f. Dissertação (Mestrado Integral em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

RODRIGUES, M.; NINA, S.; MATOS, L. Como dormimos? – Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 30, n. 1, p. 16-22, 2014.

SÃO CARLOS. **Prefeitura Municipal de São Carlos** [internet]. São Carlos (SP).

Disponível em: <www.saocarlos.sp.gov.br>. Acesso em: abr. 2019.

SARAIVA. M.E; FORTUNATO. S.M.J.; GAVINA C. Oscilações do cortisol na depressão e sono/vigília. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 7, n. 1-2, p. 89-100, 2005.

SERRAO, F.; KLEIN, J.M.; GONCALVES, A. Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. **Psico-USF**, v. 12, n. 2, p. 257-268, 2007.

SILVA A.A. et al. Sleep duration and mortality in the elderly: a systematic review with meta-analysis. **BMJ Open**, v. 6, n. 2, p. 1-13, 2016.

SILVA, H.S.; GUTIERREZ, B.A.O. Complexidade assistencial em idosos hospitalizados conforme desempenho cognitivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 134-139, 2019b.

SILVA, L.G.C. et al. Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, e190086, 2019a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n5/pt_1809-9823-rbgg-22-05-e190086.pdf>. Acesso em: fev. 2020.

SMAGULA, S.F. et al. Sleep architecture and mental health among community-dwelling older men. **The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences**, v. 70, n. 5, p. 673-681, 2013.

SOARES, C. A distribuição do tempo dedicado aos afazeres domésticos entre homens e mulheres no âmbito da família. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XVI, 2019, Caxambú, MG. **Anais [...]**. Caxambu: ABEP, 2019. Disponível em:

<<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/3375/3234>>.

Acesso em: fev. 2020.

STEPNOWSKY JUNIOR, J.C.; ANCOLI-ISRAEL, S. Sleep and Its Disorders in Seniors. **Sleep Medicine Clinics**, v. 3, n. 2, p. 281-293, 2008.

TÉLLEZ, A.; JUÁREZ-GARCÍA, D. M.; JAIME-BERNAL, L.; GARCÍA-CADENA, C. Prevalencia de trastornos de sueño en relación con factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México. **Revista Colombiana de Psicología**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 95–106, 2016.

VALLE, R.E.L.; REIMAO, R.; MALVEZZI, S. Reflexões sobre psicopedagogia, estresse e distúrbios do sono do professor. **Revista Psicopedagogia**, v.28, n. 87, p. 237-245, 2011.

VILELA, M.H.L.; JURUENA F.M. Avaliação do funcionamento do eixo HPA em deprimidos por meio de medidas basais: revisão sistemática da literatura e análise das metodologias utilizadas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 3, p. 232-241, 2014.

VIVELA, Ana Lúcia de Sousa. Depressão In: FREITAS, Elizabete Viana et al. **Manual prático de Geriatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2017. p. 55-76.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Men, ageing and health: Achieving health across the life span. World Health Organization, 2001. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf>. Acesso em: fev. 2020.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

ZANUTO, C.A.E. et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 42-53, 2015.

8. ANEXOS

8.1 ANEXO A - Escala de Estresse Percebido

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável.

Neste último mês, com que frequência...

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Pontuação		0	1	2	3	4
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?					
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?					
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?					
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?					
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?					
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?					
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?					
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?					
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?					
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?					
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?					
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?					
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?					

8.2 ANEXO B - Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

QUESTÕES		Pontos	
		Sim	Não
1	Você está satisfeito com sua vida?	0	1
2	Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4	Você se aborrece com frequência?	1	0
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6	Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13	Você se sente cheio de energia?	0	1
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0

8.3 ANEXO C - Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores

Pesquisador: Sofia Cristina Iost Pavarini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22956313.6.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 711.592

Data da Relatoria: 08/07/2014

Apresentação do Projeto:

O pesquisador solicita autorização para adicionar pesquisadores ao projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer 416.467

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer 416.467

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer 416.467

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com a Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 711.592

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 07 de Julho de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE A - Ficha de Caracterização do Idoso com Questão Específica de Dificuldade para Dormir Autorrelatada

Nome: _____

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
Data de Nascimento: ____/____/____ (____ anos)	
Estado Civil: (1) Casado (a) ou vive com companheiro(a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado/ separado/ desquitado (4) Viúvo (99) NR	
Aposentado ou pensionista: (1) Sim (2) Não (99) NR	
Escolaridade: Número de anos de estudo: _____ anos (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos) (2) Curso de alfabetização de adultos (3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série) (4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série) (5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico) (6) Curso superior (7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor (99) NR	
Religião: (1) Católico (6) Protestante (2) Evangélico (7) Budista (3) Congregação Cristã (8) Umbanda (4) Adventista (9) Não possui (5) Espírita (99) NR	
Praticante: (1) Sim (0) Não (99) NR	
Raça/ Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Mulata/ cabocla/ parda (4) Indígena (5) Amarela/ orientada (99) NR	
Renda familiar mensal (em reais): _____ (99) NR	
O Sr(a) tem dificuldade para dormir? (1) Sim (0) Não (99) NR	

9.2 APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Cognição e fragilidade: um estudo com idosos cuidadores

Pesquisador responsável: Sofia Cristina Iost Pavarini

Instituição/Departamento: Universidade Federal de São Carlos/ Departamento de Gerontologia

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa Cognição e Fragilidade: um estudo com idosos cuidadores de forma totalmente voluntária.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder perguntas desses instrumentos, é muito importante que o (a) senhor (a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que o (a) senhor (a) decida participar. O (a) Senhor (a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

1. O objetivo desta pesquisa é analisar a relação entre cognição e fragilidade em idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de São Carlos.

2. O (a) Senhor (a) foi selecionado por ser usuário de uma Unidade de Saúde da Família do município, ter mais de 60 anos, morar com uma pessoa idosa e cuidar dela. Sua participação nesta pesquisa consistirá de responder algumas perguntas com relação a sua idade, escolaridade, quem cuida, quais as atividades que realiza, qual a sua percepção sobre sua saúde, se toma medicamentos, seu estado de humor, sua cognição e fragilidade física. Além disso, deverá apertar um aparelho manual para medirmos a sua força e andar alguns metros para avaliarmos sua marcha.

3. Ao responder as perguntas os participantes poderão se expor a riscos mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação ou relembrar algumas sensações diante das perguntas. Se isto ocorrer, o (a) Senhor (a) poderá interromper a entrevista e retirar o seu consentimento ou retomar em outro momento se assim o desejar. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

4. Os benefícios para os integrantes da pesquisa são indiretos pois ajudarão a entender a situação do cuidado ao idoso pelo familiar cuidador que também é idoso. Também poderemos identificar alguns sintomas como alteração de memória ou sinais de depressão que, caso isso ocorra, o (a) senhor (a) será imediatamente encaminhado a equipe da Unidade de Saúde da Família para avaliação mais aprofundada de sua saúde.

5. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

6. Não haverá qualquer despesa decorrente da participação do (a) senhor (a) na pesquisa.

7. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, o (a) senhor (a) será encaminhado e atendido pelo serviço de saúde do município.

8. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sofia Cristina Iost Pavarini
Rua Paraguai, 642, Nova Estancia- São Carlos- SP 21
16- 33066661

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data: _____

Sujeito da pesquisa