



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

PEDRO HENRIQUE MACHADO GUIESI

**INFLUÊNCIA DO ESTRESSE NA QUALIDADE DO
SONO DE IDOSOS DA COMUNIDADE**

SÃO CARLOS - SP

2021

PEDRO HENRIQUE MACHADO GUIESI

**INFLUÊNCIA DO ESTRESSE NA QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS
DA COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Gerontologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Keika Inouye
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ariene Angelini dos Santos Orlandi

SÃO CARLOS - SP

2021

INFLUÊNCIA DO ESTRESSE NA QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS DA
COMUNIDADE

PEDRO HENRIQUE MACHADO GUIESI

Trabalho de Conclusão de Curso - Monografia apresentada e defendida
em 28 de Outubro de 2021 como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em
Gerontologia.

Prof^a. Dr^a. Keika Inouye
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Ariene Angelini dos Santos Orlandi
Co-orientadora

Prof^a. Ms. Élen dos Santos Alves

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, em especial:

A minha mãe, que a vida toda esteve ao meu lado me dando suporte e me encorajando a seguir meus sonhos.

Ao meu pai, que desde muito cedo me proporcionou uma educação de qualidade e ainda hoje é minha inspiração para seguir com os estudos.

A minha orientadora, Prof^a. Keika Inouye, que tem sido uma mentora inigualável.

Ao meu irmão Miguel, que me motiva todos os dias a acreditar em um futuro melhor.

E aos meus amigos de turma e companheiros do grupo de pesquisa por me auxiliarem durante minha trajetória acadêmica.

“Se olhar para trás, estou perdida”

Daenerys Targaryen

RESUMO

O sono é uma função vital que tem ação reparadora e reguladora dos sistemas orgânicos. Vários estudos apontam que o sono é modificado de forma negativa com o envelhecimento. O estresse leva a um estado de alarme, resistência e exaustão com alterações físicas e emocionais. Considerada uma variável que, assim como o envelhecimento, pode trazer alterações nos padrões do sono. O presente estudo teve como objetivo identificar associação entre estresse e qualidade do sono em idosos da comunidade. Trata-se de uma pesquisa de delineamento quantitativo, descritivo e transversal. A amostra foi constituída por idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família do município de São Carlos, São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com aplicação de questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde (esta incluirá uso de medicamentos para dormir, prática de atividade física, tempo de atividade física semanal, período das atividades e comorbidades), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Escala de Estresse Percebido e Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). Foram realizadas análises estatísticas descritivas e comparativas. O perfil sociodemográfico da amostra era jovem ($M=69,88$; $Md=70,00$; $DP=6,92$). A escolaridade era baixa ($M=3,03$; $Md=3,00$; $DP=2,92$). As rendas individual e familiar eram inferiores a 1,5 e 2,5 salários mínimos, respectivamente (renda individual: $M=1201,87$; $Md=998,00$; $DP=886,50$; renda familiar: $M=2328,39$; $Md=2000,00$; $DP=1121,93$). Os idosos eram predominantemente do sexo feminino (54,4%, $n=67$), casados (92,7%, $n=114$), mulatos ou pardos (68,3%, $n=166$), católicos (53,7%, $n=66$), aposentados (79,7%, $n=98$) e com percepção de renda insuficiente para suprir as demandas do cotidiano (57,7%, $n=71$). No que tange à variável presença de comorbidades segundo a qualidade do sono, as análises apontaram diferenças na qualidade do sono de idosos com hipertensão arterial ($p=0,019$), artrite ($p=0,026$), ansiedade ($p=0,000$) e depressão ($p=0,006$). O escore total relacionado à má qualidade do sono era significativamente mais elevado entre os idosos com estresse elevado (Grupo com estresse baixo: $M=6,05$; $Md=6,00$; $DP=3,28$; Grupo com estresse alto: $M=9,06$; $Md=9,00$; $DP=4,29$) ($U=1117,50$, $p=0,000$). A análise de covariância revelou que há efeito dos sintomas depressivos sobre os escores gerais de qualidade do sono [$F(1, 120)=6,381$, $p=0,013$]. No entanto, mesmo considerando sintomas depressivos como co-variável, a diferença de qualidade do sono segundo o nível de estresse se manteve significativa [$F(1, 120)=5,820$, $p=0,017$]. Conclui-se que níveis elevados de estresse levam à pior qualidade do sono.

Palavras-chave: Estresse. Sono. Idoso.

ABSTRACT

Sleep is a vital function that has a restorative and regulatory action on organic systems. Several studies indicate that sleep is negatively modified with aging. Stress leads to a state of alarm, resistance and exhaustion with physical and emotional changes. Considered a variable that, like aging, can bring about changes in sleep patterns. The present study aimed to identify the association between stress and sleep quality in community-dwelling elderly. This is a research with a quantitative, descriptive and transversal design. The sample was found by elderly people registered in Family Health Units in the city of São Carlos, São Paulo. Data collection was performed according to the application of a sociodemographic and health characterization questionnaire (this will include the use of sleeping medications, physical activity, weekly physical activity time, period of activities and comorbidities), Scale of Geriatric Depression (GDS-15), Perceived Stress Scale and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Descriptive and comparative statistical analyzes were performed. The sociodemographic profile of the sample was young (M=69.88; Md=70.00; SD=6.92). Education was low (M=3.03; Md=3.00; SD=2.92). Individual and family income were less than 1.5 and 2.5 minimum wages, respectively (individual income: M=1201.87; Md=998.00; SD=886.50; family income: M=2328.39; Md=2000.00; SD=1121.93). The elderly were predominantly female (54.4%, n=67), married (92.7%, n=114), mulatto or brown (68.3%, n=166), Catholic (53.7%, n=66), retired (79.7%, n=98) and with a perception of insufficient income to meet the demands of daily life (57.7%, n=71). Regarding the variable presence of comorbidities according to sleep quality, the analyzes showed differences in the quality of sleep of elderly people with arterial hypertension (p=0.019), arthritis (p=0.026), anxiety (p=0.000) and depression (p =0.006). The total score related to poor sleep quality was significantly higher among the elderly with high stress (Low stress group: M=6.05; Md=6.00; SD=3.28; High stress group: M= 9.06; Md=9.00; SD=4.29) (U=1117.50, p=0.000). Analysis of covariance revealed that there is an effect of depressive symptoms on overall sleep quality scores [F (1, 120)=6.381, p=0.013]. However, even considering depressive symptoms as a covariate, the difference in sleep quality according to the level of stress remained significant [F (1, 120)=5.820, p=0.017]. It is concluded that high levels of stress lead to worse sleep quality.

Keywords: Stress. Sleep. Aged.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Comparativo do escore geral de qualidade do sono segundo o nível de estresse dos idosos (n=123) – São Carlos, 2019.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas contínuas segundo o nível de estresse dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

Tabela 2 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas categóricas segundo o nível de estresse dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

Tabela 3 – Análises descritivas e comparativas de variáveis de saúde segundo a qualidade do sono dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

Tabela 4 – Análises descritivas e comparativas da presença de comorbidades segundo a qualidade do sono dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

Tabela 5 – Análises descritivas e comparativas de sintomas depressivos segundo a qualidade do sono de idosos da comunidade (n=123). São Carlos, 2019.

Tabela 6 – Análises descritivas de estresse dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

Tabela 7 – Análises descritivas e comparativas da qualidade do sono segundo os níveis de estresse dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

Tabela 8 – Análises descritivas e comparativas do escore geral de qualidade do sono segundo os níveis de estresse dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIBRA	Estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros
GDS-15	Escala de Depressão Geriátrica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
M	Média
Md	Mediana
NREM	Non-Rapid Eye Movement
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSQI	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh
REM	Rapid Eye Movement
SABE	Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3. MÉTODOS.....	18
3.1 Delineamento do estudo	18
3.2 Local e período do estudo.....	18
3.3 Amostra	18
3.4 Procedimento de coleta de dados.....	19
3.5 Instrumentos para coleta de dados.....	19
3.5.1 Caracterização sociodemográfica e de saúde do idoso (APÊNDICE A)	19
3.5.2 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (ANEXO A).....	19
3.5.3 Escala de Estresse Percebido (ANEXO B).....	20
3.5.4 Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (ANEXO C).....	20
3.6 Aspectos éticos	20
4. ANÁLISE DOS DADOS	21
5. RESULTADOS	21
5.1 Caracterização do perfil sociodemográfico e comparação segundo o nível de estresse dos idosos	21
5.2 Caracterização de saúde segundo a qualidade do sono dos idosos da comunidade	24
5.3 Caracterização geral de sintomas depressivos de idosos da comunidade segundo sua qualidade do sono	26
5.4 Caracterização geral do estresse de idosos da comunidade.....	28
5.5 Caracterização e análise comparativa da qualidade do sono segundo os níveis de estresse dos idosos da comunidade.....	30
6. DISCUSSÃO.....	32
7. CONCLUSÕES	38
8. REFERÊNCIAS	39
9. ANEXOS.....	46
ANEXO A - Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15).....	46
ANEXO B – Escala de Estresse Percebido	47

ANEXO C - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)	48
ANEXO D - Parecer Consubstanciando do Comitê de ética em Pesquisa (no. 3.275.704, CAAE 08175419.5.0000.5504)	50
ANEXO E - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde	54
10. APÊNDICE	55
APENDICE A - Caracterização sociodemográfica do idoso	55

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a estrutura etária populacional do Brasil foi gradativamente modificada. Em meados do século XX, observava-se uma sociedade rural de subsistência com altas taxas de natalidade e mortalidade, cenário que mudou após a década de 1970, em decorrência da industrialização e do êxodo rural que contribuíram para a transformação do modo de vida da população (MIRANDA; MENDES, SILVA, 2016).

Os avanços no campo da tecnologia e da medicina somados à maior facilidade de acesso aos serviços de saúde permitiram aumento da expectativa de vida dos brasileiros. Nos dias atuais, nota-se um significativo contingente de pessoas com 60 anos ou mais de idade (MIRANDA; MEMDES; SILVA, 2016).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2012, a população de idosos era de 25,4 milhões e, em 2017, esse número era de 30,2 milhões. O crescimento de 4,8 milhões de idosos, neste período de 5 anos, corresponde a 18%. Dentro desse grupo, destaca-se o sexo feminino que corresponde a 56% do total de idosos (IBGE, 2018).

As mudanças demográficas acarretam em impactos importantes no perfil de saúde da população. O maior contingente de idosos causa diminuição das taxas de doenças infecciosas e aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (PEREIRA; SOUZA; VALE, 2015). Hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas acometem comumente a população acima de 60 anos. Embora exista tratamento para as mesmas, o ideal é que sejam prevenidas para evitar comprometimento funcional e emocional que afetam a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos (PEREIRA; SOUZA; VALE, 2015; SILVA et. al., 2015).

As DCNT geralmente são consequências de hábitos comportamentais não saudáveis como consumo excessivo de álcool, tabaco, má alimentação e sedentarismo, além de altos níveis de estresse (SOUSA et. al., 2019). Um estudo específico sobre o estresse aponta que este eleva os níveis do hormônio cortisol no organismo e causa hipertensão arterial, aumento da glicose sanguínea, fraqueza muscular, osteoporose, obesidade, degeneração do encéfalo e redução da imunidade (ROCHA et al., 2019). O estresse foi relacionado a sentimentos de incapacidade, alterações nos planos pessoais e distúrbios do sono (RIGONI et al., 2016).

As DCNT, uma vez diagnosticadas, podem desencadear ansiedade, angústia e insegurança sobre a efetividade do tratamento, o que gera altos níveis de estresse. Desta forma, percebe-se que a doença pode levar ao estresse e vice-versa. Fato que configura uma

espiral descendente com disfunção dos sistemas nervoso, endócrino, imune e cardiovascular. O estresse é um fator importante para doenças do sistema cardiovascular (RESENDE; TEIXEIRA, 2017; ROCHA et al., 2018).

O estresse, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID- 11), consiste no desenvolvimento de sintomas emocionais, somáticos, cognitivos ou comportamentais transitórios que ocorrem como consequência da exposição a um evento ou situação ameaçadora. O organismo reage a estes eventos com o intuito de se defender e se adaptar, reequilibrando o sistema fisiológico (FERREIRA, 2018).

A resposta ao evento estressor varia de acordo com sua intensidade e geralmente começa a diminuir dentro de algumas horas ou dias após a eliminação da situação ameaçadora. Os sintomas do estresse incluem taquicardia, sudorese, rubor, confusão, tristeza, ansiedade, raiva, desespero, hiperatividade, inatividade, retraimento social ou estupor (ICD- 11 FOR MORTALITY AND MORBIDITY STATISTICS, 2019).

Existem três tipos de estresse, o físico, o psicológico e o misto. O estresse físico, na maioria das vezes, acontece juntamente com alterações fisiológicas, ou seja, é consequência de uma lesão ou dor. O psicológico é derivado de eventos que perturbam o estado emocional do indivíduo, como luto, mudanças repentinas de vida, instabilidade no casamento, entre outros. O estresse misto é o mais comum dentre os três tipos e resulta da soma de ambos os citados anteriormente (CAPRISTE et al., 2017).

O estresse pode levar a três reações distintas – de alarme, de resistência e de exaustão. Na reação de alarme, o organismo recebe a primeira ação do agente estressor e, a partir daí, usa os recursos disponíveis para manter o equilíbrio fisiológico. A fase da resistência é caracterizada pela defesa do corpo ao agente estressor que geralmente mantém sua influência negativa sobre o indivíduo levando então a fase da exaustão, na qual a produção do hormônio cortisol aumenta causando os problemas de saúde citados anteriormente (CAPRISTE et al., 2017; RESENDE; TEIXEIRA, 2017; ROCHA et al., 2018).

É possível ainda classificar o estresse como agudo ou crônico. O estresse agudo deixa de incomodar o indivíduo quando se extingue o agente estressor. Por exemplo, após uma discussão ou resolução de um problema, o sistema nervoso retoma o controle sobre suas funções, fazendo o corpo retornar ao seu estado fisiológico habitual. No caso do estresse crônico, o indivíduo é submetido a vários fatores estressores que se acumulam e resultam em impactos sobre o sistema imunológico, tornando-o mais vulnerável a doenças (CAPRISTE et al., 2017; ROCHA et al., 2018).

Mudanças físicas, sociais e psicológicas decorrentes do processo de envelhecimento são fatores que podem desencadear estresse no idoso. A ocorrência de estresse nesta etapa do ciclo vital está comumente relacionada com presença de doença crônica, incapacidade funcional, perda do cônjuge, isolamento social e familiar, dificuldades financeiras, mudanças de papéis sociais devido a aposentadoria e morte de familiares próximos e/ou amigos queridos. Porém, a forma como o idoso percebe esses agentes estressores é o principal determinante do quão afetado ele será (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009; GARBACCIO; SILVA; BARBOSA, 2014).

Um estudo realizado com 544 idosos residentes na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, identificou que os eventos estressores mais citados foram a morte de familiares (30,7%) e problemas de saúde (12,9%). Existia ainda um grande temor dos participantes em relação ao avanço da idade e, como consequência, a perda da autonomia para a realização de atividades de vida diária (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009).

O estresse pode afetar a capacidade de concentração, a funcionalidade, o desempenho cognitivo, os relacionamentos sociais e até o sono (MORENO et al., 2019; ROCHA et al., 2018). A privação do sono e alterações em seu ritmo provocam impactos negativos como cansaço, falta de entusiasmo na realização das atividades diárias, fadiga, irritabilidade, desmotivação e estresse (PURIM et al., 2016). Os estudos apresentados evidenciam existir associação entre a qualidade do sono e fatores emocionais (MORENO et al., 2019; PURIM et al., 2016; ROCHA et al., 2018).

O sono é uma necessidade fundamental na vida do ser humano, pois possui função restaurativa, conserva a energia e auxilia no armazenamento da memória. É caracterizado como um estado comportamental, no qual o indivíduo adota uma postura relaxada, a atividade motora é reduzida e a resposta a estímulos externos é mínima. Contrariamente, a vigília é definida pela atividade motora e responsividade a estímulos externos. O ciclo sono-vigília está relacionado com a alternância da luz durante o dia e a produção de melatonina durante a noite, que atua no início da manutenção do sono. Durante a manhã, o corpo sofre influência do fator circadiano, que tem caráter excitatório e faz o indivíduo despertar (NEVES et al., 2013).

Dois estágios compõem o sono, 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: a N1 que consiste na presença de ondas cerebrais de baixa amplitude; a N2 que possui duração maior, com ondas cerebrais mais agudas; e a N3 que consiste no período de ondas lentas, sendo este o sono profundo no estágio NREM. O sono REM possui frequência mista de ondas cerebrais. Nesse

estágio, são observados movimentos rápidos dos olhos, abalos musculares, redução do controle da temperatura, queda da frequência cardíaca e pressão arterial e também a presença de sonhos (NEVES et al., 2013).

A sequência dos estágios do sono consiste em N1, N2, N3 e por fim o REM. Em idosos, é comum que os estágios profundos do sono (N3 e REM) sejam mais curtos com o aumento da duração dos estágios N1 e N2 (NEVES et al., 2013). A qualidade do sono apresenta uma piora progressiva após os 54 anos de idade. Entre os idosos, observa-se maior frequência de queixas relacionadas à dificuldade para dormir à noite toda, agitação durante a noite, sono durante o dia, aumento no número de despertares noturnos, insônia, dificuldades respiratórias, roncos e apneia (TÉLLEZ et al., 2016).

Distúrbios como apneia obstrutiva do sono e insônia, são alguns dos que mais acometem a população idosa. Esses, por sua vez, estão frequentemente associados à uma má qualidade de vida dos idosos, que desenvolvem uma piora nas funções físicas e cognitivas, o que aumenta o risco para quedas e depressão (TEIXEIRA et al., 2020).

Além disso, distúrbios do sono são uma característica presente em indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo. Cerca de 80% dos pacientes com depressão relatam queixas relacionadas a qualidade do sono e de sua duração (YOKOYAMA et al., 2010).

Segundo a literatura, existem casos em que a insônia é observada como fator de risco para depressão, já em outros, esse distúrbio do sono é um sintoma do transtorno depressivo. De qualquer forma, essa associação está presente sobretudo em idosos (YOKOYAMA et al., 2010). Alguns fatores emocionais, como tristeza, agitação, preocupação e estresse, além de hábitos contemporâneos como acessar a internet, assistir televisão, fazer uso de tabaco e ingerir bebidas alcoólicas também interferem na qualidade do sono (CORRÊA et al., 2017). Outra variável importante a ser considerada para a qualidade do sono dos idosos é a utilização de medicamentos. Medicamentos para dormir ou medicamentos de uso contínuo não relacionados à indução do sono podem alterar de forma significativa o padrão do sono dos indivíduos (TÉLLEZ et al., 2016).

A literatura aponta que o estresse pode modificar a qualidade do sono de idosos. A partir dos estudos apresentados, existe a hipótese de que fatores estressantes do cotidiano influenciam a qualidade do sono na velhice. Porém, estudos sobre estresse cotidiano e qualidade do sono em idosos da comunidade são escassos. Apenas dois estudos com estas variáveis foram encontrados, todavia estes não são recentes e os objetivos e métodos são diferentes. Um deles faz avaliação por meio de polissonografia e tem enfoque no sono de idosos que sofreram estresse relacionados à guerra em período antecedente de 28 a 50 anos.

As conclusões apontam o sono foi clinicamente semelhante entre idosos que apresentavam transtorno de estresse pós-traumático e idosos que não apresentavam (ENGDAHL et al., 2000). O outro estudo descreve problemas relacionados ao sono de ex-prisioneiros de guerra e a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático. As conclusões apontam que oitenta por cento dos entrevistados ainda relatam sonhos angustiantes recorrentes de eventos de guerra ou de cativeiro após mais de 45 anos (GUERRERO; CROCQ, 1994).

O presente estudo pretende levantar dados acerca da influência do estresse cotidiano percebido na qualidade do sono de idosos da comunidade residentes em regiões de vulnerabilidade. Este recorte metodológico se justifica pela susceptibilidade destes idosos a fatores estressores devido às dificuldades financeiras, de habitação, de acesso a atendimentos de saúde e, às vezes, de um bom convívio social e familiar. Os resultados podem ser úteis para a atenção básica, de modo a agir na promoção e prevenção de agravos, buscando formas de intervir na saúde do idoso, com enfoque na qualidade e higiene do sono e estresse.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar associação entre estresse e qualidade do sono em idosos da comunidade inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde de uma amostra de idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas em regiões de alta vulnerabilidade social do município de São Carlos;
- Descrever a qualidade do sono desta amostra;
- Descrever e comparar a qualidade do sono dos idosos segundo a presença de morbidades;
- Descrever os sintomas depressivos da amostra e a prevalência de depressão leve e severa;
- Descrever e comparar a qualidade do sono dos idosos segundo o estresse percebido considerando a depressão como co-variável.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, baseado no método quantitativo de investigação.

3.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado em São Carlos, município do interior do Estado de São Paulo. Segundo dados do IBGE, a população no ano 2000 era de 192.998 habitantes, sendo 11,0% de pessoas com 60 anos de idade ou mais. Em 2010, havia 221.950 habitantes, sendo 12,9% de idosos (IBGE, 2017). Atualmente, o município conta com 23 Unidades de Saúde da Família (USF) sendo duas em área rural e as demais na área urbana, com uma cobertura de aproximadamente 39.768 habitantes, ou seja, 17,9% da população (SÃO CARLOS, 2021).

Dentre as USF localizadas na região urbana de São Carlos (SP), oito se encontram em região de alta vulnerabilidade social segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) (SEADE, 2010)¹.

A partir do número total aproximado de idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família – 5130, 123 idosos constituíram uma amostra com nível de confiança de 95% e margem de erro de 10%. Cálculo realizado por meio da plataforma Survey Monkey®, disponível em <<https://pt.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/#>>. Desta forma, a amostra teve 123 idosos.

A coleta de dados teve duração de sete meses (de julho de 2019 a março de 2020).

3.3 Amostra

A amostra foi constituída por idosos que atenderam os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais e ser cadastrado nas áreas de abrangência das USF localizadas em região de alta vulnerabilidade social segundo o IPVS. Os critérios de exclusão foram apresentar problemas auditivos e/ou de linguagem que impedissem a aplicação dos instrumentos.

¹ O IPVS foi criado pelo Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) com base nas características socioeconômicas e demográficas dos residentes no conjunto do estado de São Paulo comparáveis entre si para os municípios. Existem sete níveis de vulnerabilidade captados pelo IPVS: Grupo 1 (baixíssima vulnerabilidade), Grupo 2 (vulnerabilidade muito baixa), Grupo 3 (vulnerabilidade baixa), Grupo 4 (vulnerabilidade média), Grupo 5 (vulnerabilidade alta – setores urbanos), Grupo 6 (vulnerabilidade muito alta) e Grupo 7 (vulnerabilidade alta – setores rurais). São Carlos não tem regiões urbanas com vulnerabilidade social muito alta (Grupo 6), somente regiões com vulnerabilidade social alta (Grupo 5).

O poder da amostra foi calculado a partir do número de idosos que aceitaram participar do estudo. Todos os idosos apontados pela USF como possíveis participantes foram visitados e convidados a compor a amostra.

Para as análises comparativas de qualidade do sono, os participantes foram divididos em dois grupos a partir da mediana de estresse percebido. Isso resultou em dois grupos assim nomeados: (a) Grupo de idosos com estresse alto; (b) Grupo de idosos com estresse baixo.

3.4 Procedimento de coleta de dados

Foi agendada visita às USF para solicitar uma lista dos idosos cadastrados em suas respectivas áreas que poderiam participar da pesquisa. A partir de listas fornecidas pelos serviços de saúde, os idosos foram contatados nos domicílios para verificar os critérios de inclusão e exclusão. Quando preenchidos os critérios, os idosos foram convidados a participar da pesquisa, e após o aceite foram coletadas informações de caracterização sociodemográfica e de saúde.

Ao término da primeira etapa, foi agendado um horário para a coleta dos demais instrumentos referentes à qualidade do sono e estresse percebido.

A entrevista foi realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 Instrumentos para coleta de dados

3.5.1 Caracterização sociodemográfica e de saúde do idoso (APÊNDICE A)

Este questionário incluiu as variáveis sociodemográficas sexo (masculino ou feminino), idade (em anos), estado civil (...), escolaridade (em anos), raça/cor da pele (...), aposentadoria (sim ou não), renda individual e familiar (em reais). Foi levantado junto aos idosos sobre uso de medicamentos para dormir (...), prática de atividade física (...), tempo de atividade física semanal e período das atividades. Além disso, foram solicitados dados sobre comorbidades, a saber: morbidades (depressão, diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer, artrite, ansiedade, problemas pulmonares - enfisema, bronquite e asma).

3.5.2 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (ANEXO A)

Esta escala tem 15 perguntas para rastreio de sintomas depressivos em idosos. Foi construída por Yesavage et al. (1982) e validada para uso no Brasil por Almeida e Almeida (1999) e Paradela, Lourenco e Veras (2005). A soma das respostas dicotômicas (sim ou não)

gera um escore que varia entre 0 a 15, sendo consideradas normais as pontuações que variam de 0 a 5; depressão leve de 6 a 10 pontos e depressão severa de 11 a 15 pontos.

3.5.3 Escala de Estresse Percebido (ANEXO B)

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).

3.5.4 Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (ANEXO C)

Trata-se de um questionário padronizado, elaborado por Buysse (1989), que é amplamente utilizado no meio acadêmico científico para medir a qualidade do sono no último mês. No Brasil, o instrumento foi traduzido, adaptado e validado para o contexto brasileiro por Bertolazi et al. (2011). Constituído por questões em auto-relato, agrupadas em sete componentes, são eles: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. O escore global varia de 0 a 21 pontos. Quanto mais elevado o valor obtido, pior a avaliação da qualidade do sono do respondente, sendo que o escore global de cinco pontos constitui o ponto de corte que permite distinguir entre sujeitos com sono de boa qualidade (cinco pontos ou menos) e aqueles com sono de má qualidade (cinco a 10 pontos) e distúrbios do sono (acima de dez pontos) (BUYSSSE, 1989).

O instrumento como um todo foi usado para caracterizar a qualidade do sono da amostra e para as análises comparativas.

3.6 Aspectos éticos

Todas as etapas deste trabalho seguiram as diretrizes éticas da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Parecer no. 3.275.704, CAAE 08175419.5.0000.5504 – ANEXO D) e tem autorização da Secretaria Municipal de Saúde para ser realizado (ANEXO E).

Os idosos foram informados dos objetivos, 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 utilizados em diversas pesquisas publicadas.

A qualquer momento durante a coleta de dados, foi assegurado ao participante, o direito de interromper sua participação sem compromisso de justificativa.

4. ANÁLISE DOS DADOS

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

- Teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a aderência ou não à distribuição normal das variáveis;

- Análises descritivas – frequência absoluta e relativa, média (M), mediana (Md) e desvio padrão (DP), para caracterizar o perfil demográfico, de sintomas depressivos e de saúde dos idosos da amostra;

- Análises descritivas – frequência absoluta e relativa, M, Md e DP, para caracterizar o estresse percebido pelos idosos;

- Teste de Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher para comparar as proporções das variáveis categóricas e Teste de Mann-Whitney ou Teste de Kruskal-Wallis para comparar as variáveis numéricas relacionadas ao perfil demográfico, de sintomas depressivos e de saúde dos grupos;

- Teste de Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher para comparar a qualidade do sono por domínios (qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir, disfunção diurna) segundo o nível de estresse dos idosos;

- Análise de covariância para comparar a qualidade do sono geral nos grupos com baixo e alto nível de estresse considerando a possível influência da depressão nas variáveis.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização do perfil sociodemográfico e comparação segundo o nível de estresse dos idosos

Foram entrevistados 123 idosos. Estes foram divididos em dois grupos a partir da mediana do estresse percebido (M=23,89; Md=24,00; DP=9,77; x_{\min} =4,00; x_{\max} =47,00). O perfil sociodemográfico da amostra era jovem, ou seja, tinha idade média inferior a 70 anos (M=69,88; Md=70,00; DP=6,92; x_{\min} =60,00; x_{\max} =88,00). A escolaridade era baixa (M=3,03; Md=3,00; DP=2,92; x_{\min} =0,00; x_{\max} =15,00). O salário mínimo vigente na época da coleta de

dados, 2018 e 2019, era de R\$ 954,00 e 998,00, respectivamente². Portanto, as rendas individual e familiar eram inferiores a 1,5 e 2,5 salários mínimos, respectivamente (renda individual: M=1201,87; Md=998,00; DP=886,50; x_{\min} =0,00; x_{\max} =6000,00; renda familiar: M=2328,39; Md=2000,00; DP=1121,93; x_{\min} =300,00; x_{\max} =6998,00).

As análises comparativas não revelaram diferenças significativas entre os grupos exceto no que tange a escolaridade e a renda familiar ($p>0,05$). Os idosos com estresse mais alto eram menos escolarizados e tinham rendas familiares inferiores quando comparados aos idosos com níveis de estresse mais baixo. Os dados descritivos e comparativos completos de variáveis sociodemográficas contínuas segundo o nível de estresse são apresentados detalhadamente na Tabela 1.

Tabela 1 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas contínuas segundo o nível de estresse dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

GRUPO	Grupo com estresse baixo	Grupo com estresse alto	Todos os Grupos	Análises Comparativas	
				U	p
VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS				Mann-Whitney	
Idade (anos)	n=60	n=63	n=123	1649,00	0,222
Média	70,57	69,22	69,88		
Mediana	70,00	69,00	70,00		
DP	6,89	6,93	6,92		
Mínimo	60,00	60,00	60,00		
Máximo	88,00	87,00	88,00		
Escolaridade (anos)	n=60	n=63	n=123	1267,00	0,001
Média	3,73	2,37	3,03		
Mediana	4,00	2,00	3,00		
DP	3,02	2,68	2,92		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		
Máximo	15,00	14,00	15,00		
Renda Individual (reais)	n=59	n=60	n=119	1409,00	0,131
Média	1386,88	1019,93	1201,87		
Mediana	1045,00	998,00	998,00		
DP	923,78	771,26	866,50		
Mínimo	0,00	0,00	0,00		
Máximo	6000,00	14,00	6000,00		

² BRASIL. Decreto nº 9.255, de 29 de dezembro de 2017. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, DF, 29 dez. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9255.htm. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. Decreto nº 9.661, de 1 de janeiro de 2019. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, DF, 1 jan. 2019. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto9661-2019.htm>. Acesso em: 22 set. 2020.

Renda Familiar (reais)	n=59	n=57	n=116	1543,50	0,040
Média	2407,46	2246,54	2328,39		
Mediana	2090,00	2000,00	2000,00		
DP	1048,13	1197,37	1121,93		
Mínimo	300,00	680,00	300,00		
Máximo	6998,00	6878,00	6998,00		

No que tange às variáveis sociodemográficas categóricas, os idosos eram predominantemente do sexo feminino (54,4%, n=67), casados (92,7%, n=114), mulatos ou pardos (68,3%, n=166), católicos (53,7%, n=66), praticantes de uma religião (74,8%, n=92), aposentados (79,7%, n=98) e com percepção de renda insuficiente para suprir as demandas do cotidiano (57,7%, n=71).

As análises comparativas não revelaram diferenças significativas entre os grupos com baixo e alto nível de estresse, exceto para sexo e a percepção de suficiência da renda (p=0,000 e p=0,040). Os idosos com estresse mais alto eram predominantemente do sexo feminino e, em sua maioria, tinham renda considerada insuficiente. Os dados descritivos e comparativos completos de variáveis sociodemográficas contínuas segundo o nível de estresse dos idosos encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Análises descritivas e comparativas de variáveis sociodemográficas categóricas segundo o nível de estresse dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

GRUPO	Grupo com estresse baixo	Grupo com estresse alto	Todos os Grupos	Análises Comparativas		
VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	n (%)	n (%)	n (%)	Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher^F		
				X²	gl	p
Sexo				14,974	1	0,000
Feminino	22 (36,7)	45 (71,4)	67 (54,5)			
Masculino	38 (63,3)	18 (28,6)	56 (45,5)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100,0)			
Estado Civil				5,965	3	0,113
Casada/Com companheiro	58 (96,6)	56 (88,9)	114 (92,6)	5,541 ^F		0,117 ^F
Solteira	1 (1,7)	0 (0,0)	1,0 (0,8)			
Separada/Divorciada	0 (0,0)	4 (6,3)	4 (3,3)			
Viúva	1 (1,7)	3 (4,8)	4 (3,3)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100,0)			
Raça/Cor da Pele				2,755	4	0,600
Branca	23 (38,3)	18 (28,6)	41 (33,3)	2,784 ^F		0,632 ^F
Preta	9 (15,0)	10 (15,9)	19 (15,4)			
Parda	26 (43,3)	33 (52,4)	59 (48,0)			
Indígena	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (0,8)			
Amarela	1 (1,7)	2 (3,2)	3 (2,4)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100,0)			
Religião				1,619	4	0,805
Católica	33 (55,0)	33 (52,4)	66 (53,7)	1,665 ^F		0,891 ^F

Evangélica	18 (30,0)	22 (34,9)	40 (32,5)			
Congregação Cristã	5 (8,3)	6 (9,5)	11 (8,9)			
Espírita	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (0,8)			
Não tem religião	3 (5,0)	2 (3,2)	5 (4,1)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100,0)			
Praticante				1,682	1	0,195
Não	12 (20,0)	19 (30,2)	31 (25,5)			
Sim	48 (80,0)	44 (69,8)	92 (74,8)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100,0)			
Aposentada				0,287	1	0,592
Não	11 (18,3)	14 (22,2)	25 (20,3)			
Sim	49 (81,7)	49 (77,8)	98 (79,7)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100,0)			
Renda Suficiente				4,233	1	0,040
Não	29 (48,3)	42 (66,7)	71 (57,7)			
Sim	31 (51,7)	21 (33,3)	52 (42,3)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100,0)			

5.2 Caracterização de saúde segundo a qualidade do sono dos idosos da comunidade

No que tange às variáveis de saúde segundo a qualidade do sono, predominavam idosos que não faziam uso de medicamentos para dormir (81,3%, n=100) e que não praticavam atividade física (72,4%, n=89). As análises comparativas não revelaram diferenças significativas entre os grupos, exceto no que tange ao uso de medicamentos para dormir (p=0,004). Idosos com boa qualidade do sono quase não faziam uso de medicamentos (3,3%, n=1) e proporções maiores de idosos com qualidade do sono ruim ou distúrbio faziam uso de medicamentos para dormir (17,5%, n=11 e 36,7%, n=36,7%, respectivamente). Os dados descritivos e comparativos completos de variáveis da saúde segundo a qualidade do sono dos idosos encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 – Análises descritivas e comparativas de variáveis de saúde segundo a qualidade do sono dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

QUALIDADE DO SONO	Boa	Ruim	Distúrbio	Todos os Grupos	Análises Comparativas		
VARIÁVEIS DE SAÚDE	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Qui-Quadrado de Pearson ou FisherF		
					X ²	gl	p
Medicamentos para dormir					11,093	2	0,004
Não	29 (96,7)	52 (82,5)	19 (63,3)	100 (81,3)	10,988 ^F	2	0,004 ^F
Sim	1 (3,3)	11 (17,5)	11 (36,7)	23 (18,7)			
Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
Prática de atividade física					4,492	2	0,106
Não	19 (63,3)	44 (69,8)	26 (86,7)	89 (72,4)	4,618 ^F	2	0,114 ^F
Sim	11 (36,7)	19 (30,2)	4 (13,3)	34 (27,6)			

Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
Tempo de atividade física semanal					0,434	2	0,805
≥ 150 minutos/semana	4 (36,4)	8 (42,1)	1 (25,0)	13 (38,2)	0,469 ^F		1,000 ^F
< 150 minutos/semana	7 (63,6)	11 (57,9)	3 (75,0)	21 (61,8)			
Total	11 (100,0)	19 (100,0)	4 (100,0)	34 (100,0)			
Período das atividades					8,486	4	0,075
Manhã	11 (100,0)	18 (94,7)	3 (75,0)	32 (94,2)	5,855 ^F		0,255 ^F
Tarde	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (2,9)			
Noite	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (2,9)			
Total	11 (100,0)	19 (100,0)	4 (100,0)	34 (100,0)			

No que tange à variável da presença de comorbidades segundo a qualidade do sono, as análises apontaram diferenças significativas na qualidade do sono de idosos com hipertensão arterial ($p=0,019$), artrite ($p=0,026$), ansiedade ($p=0,000$) e depressão ($p=0,006$). A maior parte dos idosos da amostra que disse ter hipertensão arterial apresentou qualidade do sono ruim (76,2%, $n=48$). O mesmo ocorria para aqueles que tinham distúrbio do sono (66,7%, $n=20$). Em contrapartida, pouco mais da metade dos idosos que não apresentaram hipertensão tinha uma boa qualidade do sono (53,3%, $n=16$). Dados parecidos foram observados em idosos com artrite em que 53,3% ($n=16$) apresentavam distúrbio do sono. Dos idosos que tinham ansiedade, mais da metade apresentaram distúrbio do sono (63,3%, $n=19$), enquanto a maioria dos idosos com boa qualidade do sono declarou não ter ansiedade (83,3%, $n=25$).

Idosos que não tinham depressão segundo os critérios da GDS-15, apresentaram uma boa qualidade do sono (80%, $n=24$). O oposto também pôde ser observado, uma vez que 60% ($n=18$) dos idosos com sintomas depressivos apresentaram distúrbios do sono. Os dados descritivos e comparativos completos da presença de comorbidades segundo a qualidade do sono dos idosos encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 – Análises descritivas e comparativas da presença de comorbidades segundo a qualidade do sono dos idosos ($n=123$). São Carlos, 2019.

QUALIDADE DO SONO	Boa	Ruim	Distúrbio	Todos os Grupos	Análises Comparativas		
MORBIDADES	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher ^F		
					X ²	gl	p
Diabetes mellitus					0,593	2	0,743
Não	21 (70,0)	39 (61,9)	19 (63,3)	79 (64,2)			
Sim	9 (30,0)	24 (38,1)	11 (36,7)	44 (35,8)			
Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	30 (100,0)			
Hipertensão arterial					7,971	2	0,019
Não	16 (53,3)	15 (23,8)	10 (33,3)	41 (33,3)			
Sim	14 (43,7)	48 (76,2)	20 (66,7)	82 (66,7)			
Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
Câncer					1,466	2	0,481
Não	29 (96,7)	60 (95,2)	30 (100,0)	119 (96,7)	1,171 ^F		0,806 ^F

Sim	1 (3,3)	3 (4,8)	0 (0,0)	4 (3,3)			
Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
Artrite					9,651	4	0,049
Não	23 (76,7)	45 (71,4)	13 (43,3)	81 (65,9)	9,306 ^F		0,026 ^F
Sim	7 (23,3)	17 (27,0)	16 (53,3)	40 (32,5)			
Não respondeu	0 (0,0)	1 (1,6)	1 (3,3)	2 (1,6)			
Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
Ansiedade					21,162	4	0,000
Não	25 (83,3)	46 (73,0)	10 (33,3)	81 (65,9)	20,019 ^F		0,000 ^F
Sim	5 (16,7)	17 (27,0)	19 (63,4)	41 (33,3)			
Não respondeu	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	1 (0,8)			
Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
Problemas pulmonares - enfisema, bronquite e asma					3,197	2	0,202
Não	28 (93,3)	52 (82,5)	23 (76,7)	103 (83,7)	3,232 ^F		0,180 ^F
Sim	2 (6,7)	11 (17,5)	7 (23,3)	20 (16,3)			
Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
Depressão (pelo GDS-15)							
Não (0 a 5 pontos)	24 (80,0)	39 (61,9)	12 (40,0)	75 (61,0)	10,133	2	0,006
Sim (6 ou mais pontos)	6 (20,0)	24 (38,1)	18 (60,0)	48 (39,0)			
Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			

5.3 Caracterização geral de sintomas depressivos de idosos da comunidade segundo sua qualidade do sono

No que tange a prevalência de depressão entre os idosos da comunidade, 61% (n=75) não tinham depressão segundo os critérios da GDS-15, 35% (n=43) apresentaram indícios de depressão leve e outros 4,1% (n=5) de depressão severa. De acordo com as análises descritivas e comparativas de sintomas depressivos segundo a qualidade do sono, idosos com boa qualidade do sono (n=30) em sua maioria não tinham depressão (80%, n=24). No grupo de qualidade ruim do sono (n=63), a porcentagem de idosos com sintomas depressivos leves e severos foi maior 34,9% (n=22) e 3,2% (n=2), respectivamente. No grupo de idosos com distúrbio do sono (n=30), metade da amostra pontuou para depressão leve (50%, n=15) e outros 10% pontuaram para depressão severa. Esta diferença de proporção entre os grupos foi significativa ($\chi^2=10,931$; $p=0,016$) (Tabela 5).

O escore total médio de sintomas depressivos foi de 4,93 pontos (Md=4,00; DP=3,21, $x_{\min}=0,00$, $x_{\max}=14,00$). No grupo com boa qualidade do sono, o escore total médio foi de 3,53 pontos (Md=3,00; DP=2,36, $x_{\min}=0,00$, $x_{\max}=10,00$), no grupo com qualidade do sono ruim foi de 4,76 pontos (Md=4,00; DP=3,20, $x_{\min}=0,00$, $x_{\max}=14,00$) e no grupo com distúrbio do sono foi de 6,70 pontos (Md=6,50; DP=3,24, $x_{\min}=1,00$, $x_{\max}=14,00$). Corroborando as análises comparativas de proporções apresentadas anteriormente, a diferença das médias dos grupos também foi significativa (U=14, 235; $g_l=2$; $p=0,001$) (Tabela 5).

Em todos os grupos, os itens 1 – “Você está satisfeito com sua vida?”, 7 – “Você se sente feliz a maior parte do tempo?” e 11 – “Você acha maravilhoso estar vivo?” foram os que

apresentaram maior frequência de respostas positivas - 90,2% (n=111); 84,6% (n=104) e 95,9% (n=118), respectivamente. Por outro lado, os itens 2 – “Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?”, 4 – “Você se aborrece com frequência?” e 9 “Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?” foram os que apresentaram maior frequência de respostas negativas - 64,3% (n=78); 52,0% (n=64) e 65,0% (n=80) (Tabela 5).

Importante destacar que os itens 1, 2, 3, 4, 7, 8 e 12 (“Você está satisfeito com sua vida?”, “Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?”, “Você sente que sua vida está vazia?”, “Você se aborrece com frequência?”, “Você se sente feliz a maior parte do tempo?”, “Você sente que sua situação não tem saída?” e “Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?”) apresentaram diferenças significativas entre grupos, O grupo com boa qualidade de sono se mostrou em uma condição favorável nestes itens.

Tabela 5 – Análises descritivas e comparativas de sintomas depressivos segundo a qualidade do sono de idosos da comunidade (n=123). São Carlos, 2019.

QUALIDADE DO SONO	Resposta	Boa	Ruim	Distúrbio	Todos os Grupos	ANÁLISE COMPARATIVA Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher ^F		
						X ²	gl	p
1- Você está satisfeito com sua vida?	Sim	30 (100,0)	57 (90,5)	24 (80,0)	111 (90,2)	6,823 6,804 ^F	2	0,033 0,034 ^F
	Não	0 (0,0)	6 (9,5)	6 (20,0)	12 (9,8)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
2- Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	Sim	18 (60,0)	35 (55,6)	25 (83,3)	78 (64,3)	6,958	2	0,035
	Não	12 (40,0)	28 (44,4)	5 (16,7)	45 (36,6)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
3- Você sente que sua vida está vazia?	Sim	4 (13,3)	21 (33,3)	17 (56,7)	42 (34,1)	12,564 12,592 ^F	2	0,002 0,002 ^F
	Não	26 (86,7)	42 (66,7)	13 (43,3)	81 (65,9)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
4- Você se aborrece com frequência?	Sim	12 (40,0)	26 (41,3)	26 (86,7)	64 (52,0)	19,082 20,189 ^F	2	0,000 0,000 ^F
	Não	18 (60,0)	37 (58,7)	4 (13,3)	59 (48,0)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
5- Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim	27 (90,0)	49 (77,8)	19 (63,3)	95 (77,2)	6,088 5,552 ^F	2	0,048 0,060 ^F
	Não	3 (10,0)	14 (22,2)	11 (36,7)	28 (22,8)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
6- Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	Sim	11 (36,7)	32 (50,8)	13 (43,3)	56 (45,5)	1,712	2	0,425
	Não	19 (63,3)	31 (49,2)	17 (56,7)	67 (54,5)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim	29 (96,7)	54 (85,7)	21 (70,0)	104 (84,6)	8,300 7,984 ^F	2	0,016 0,019 ^F
	Não	1 (3,3)	9 (14,3)	9 (30,0)	19 (15,4)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			

8- Você sente que sua situação não tem saída?	Sim	3 (10,0)	17 (27,0)	11 (36,7)	31 (25,2)	5,876 6,069 ^F	2	0,053 0,050 ^F
	Não	27 (90,0)	46 (73,0)	19 (63,3)	92 (74,8)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
9- Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	Sim	21 (70,0)	40 (63,5)	19 (63,3)	80 (65,0)	0,429	2	0,879
	Não	9 (30,0)	23 (36,5)	11 (36,7)	43 (35,0)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	11 (36,7)	25 (39,7)	11 (36,7)	47 (38,2)	0,118	2	0,943
	Não	19 (63,3)	38 (60,3)	19 (63,3)	76 (61,8)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
11- Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim	29 (96,7)	61 (96,8)	28 (93,3)	118 (95,9)	0,690 0,954 ^F	2	0,708 0,835 ^F
	Não	1 (3,3)	2 (3,2)	2 (6,7)	5 (4,1)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
12- Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Sim	1 (3,3)	19 (30,2)	12 (40,0)	32 (26,0)	11,629 13,434 ^F	2	0,003 0,001 ^F
	Não	29 (96,7)	44 (69,8)	18 (60,0)	91 (74,0)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
13- Você se sente cheio de energia?	Sim	26 (86,7)	52 (82,5)	19 (63,3)	97 (78,9)	5,947 5,430 ^F	2	0,051 0,073 ^F
	Não	4 (13,3)	11 (17,5)	11 (36,7)	26 (21,1)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
14- Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim	5 (16,7)	17 (27,0)	9 (30,0)	31 (25,2)	1,632 1,632	2	0,442 0,431
	Não	25 (83,3)	46 (73,0)	21 (70,0)	92 (74,8)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
15- Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim	11 (36,7)	26 (41,3)	19 (63,3)	56 (45,5)	5,246	2	0,073
	Não	19 (63,3)	37 (58,7)	11 (36,7)	67 (54,5)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
CATEGORIZAÇÃO						11,758 10,931 ^F	4	0,019 0,016 ^F
Normal		24 (80,0)	39 (61,9)	12 (40,0)	75 (61,0)			
Depressão leve		6 (20,0)	22 (34,9)	15 (50,0)	43 (35,0)			
Depressão severa		0 (0,0)	2 (3,2)	3 (10,0)	5 (4,1)			
	Total	30 (100,0)	63 (100,0)	30 (100,0)	123 (100,0)			
						ANÁLISE COMPARATIVA Kruskal-Wallis		
		n=30	n=63	n=30	n=123	U	gl	p
TOTAL DE DEPRESSÃO	Média	3,53	4,76	6,70	4,93	14,235	2	0,001
	Mediana	3,00	4,00	6,50	4,00			
	DP	2,36	3,20	3,24	3,21			
	Mínimo	0,00	0,00	1,00	0,00			
	Máximo	10,00	14,00	14,00	14,00			

5.4 Caracterização geral do estresse de idosos da comunidade

O escore total médio dos níveis de estresse dos idosos foi de 23,89 pontos (Md=24,00; DP=9,77, x_{\min} =4,00, x_{\max} =48,00). Os grupos comparativos, com estresse alto e baixo, foram constituídos a partir da mediana de estresse. Os dados detalhados das análises descritivas de cada item da PSS-14 encontram-se na Tabela 6.

Vale observar que as questões 3, 11 e 12 (respectivamente, “Você tem se sentido nervoso e estressado?”, “Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?” e “Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?”) foram as que apresentaram maior média. Diferente, os itens 6, 9 e 13 (respectivamente, “Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?”, “Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?” e “Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?”) foram os que apresentaram menor média (Tabela 6).

Tabela 6 – Análises descritivas de estresse dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

ITENS DE ESTRESSE	MÉDIA	MEDIANA	DP	MÍN-MÁX
1- Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	2,11	2,00	1,49	0,00 – 4,00
2- Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	1,64	2,00	1,56	0,00 – 4,00
3- Você tem se sentido nervoso e “estressado”?	2,18	2,00	1,24	0,00 – 4,00
4- Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida? ^{EI}	1,24	1,00	1,38	0,00 – 4,00
5- Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida? ^{EI}	1,30	1,00	1,31	0,00 – 4,00
6- Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais? ^{EI}	0,89	0,00	1,25	0,00 – 4,00
7- Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade? ^{EI}	2,10	2,00	1,37	0,00 – 4,00
8- Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	2,11	2,00	1,44	0,00 – 4,00
9- Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida? ^{EI}	1,10	1,00	1,24	0,00 – 4,00
10- Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? ^{EI}	1,37	1,00	1,39	0,00 – 4,00
11- Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	2,24	2,00	1,41	0,00 – 4,00
12- Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	2,89	3,00	1,33	0,00 – 4,00
13- Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo? ^{EI}	0,98	0,00	1,27	0,00 – 4,00
14- Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	1,76	2,00	1,51	0,00 – 4,00
ESCORE TOTAL	23,89	24,00	9,77	4,00 – 48,00

EI= Escala Invertida convertida no momento da digitação dos dados

5.5 Caracterização e análise comparativa da qualidade do sono segundo os níveis de estresse dos idosos da comunidade

Destaca-se entre os dados da Tabela 7 que, no grupo de idosos com estresse alto, a proporção de indivíduos com distúrbios do sono (38,1%, n=24) era significativamente maior quando comparada à proporção do grupo de idosos com nível de estresse baixo (10,0%, n=6) ($\chi^2=13,646$; gl=2; p=0,001). Em consonância, o escore geral bruto relacionado à má qualidade do sono era significativamente mais elevado entre os idosos com estresse elevado (Grupo com estresse baixo: M=6,05; Md=6,00; DP=3,28; $x_{\min}=1,00$; $x_{\max}=14,00$; Grupo com estresse alto: M=9,06; Md=9,00; DP=4,29; $x_{\min}=1,00$; $x_{\max}=19,00$) (U=1117,50, p=0,000) (Tabela 8, Figura 1).

A análise de covariância revelou que há efeito dos sintomas depressivos sobre os escores gerais de qualidade do sono [F (1, 120)=6,381, p=0,013]. No entanto, mesmo considerando sintomas depressivos como co-variável, a diferença se manteve significativa [F (1, 120)=5,820, p=0,017]. Este resultado aponta que o estresse alto leva à pior qualidade do sono (Tabela 8).

Ao observarmos as comparações por domínios, o grupo de idosos com estresse alto apresentou uma diferença significativa em relação ao grupo com baixo estresse nos componentes 1, 2 e 5 – “Qualidade subjetiva do sono”, “Latência para o sono” e “Disfunção diurna”, ou seja, idosos com altos níveis de estresse tendiam à pior qualidade subjetiva do sono ($\chi^2=18,638$; gl=3; p=0,000), maior latência ($\chi^2=13,188$; gl=3; p=0,004) e maior proporção de disfunção diurna ($\chi^2=10,714$; gl=3; p=0,011) (Tabela 8).

Tabela 7 – Análises descritivas e comparativas da qualidade do sono segundo os níveis de estresse dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

GRUPO	Grupo com estresse baixo	Grupo com estresse alto	Todos os Grupos	Análises Comparativas Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher ^F		
				χ^2	gl	p
Componentes	n (%)	n (%)	n (%)			
1.Qualidade subjetiva do sono				18,201	3	0,000
Muito boa	8 (13,3)	0 (0,0)	8 (6,5)	18,638 ^F		0,000 ^F
Boa	43 (71,7)	36 (57,1)	79 (64,2)			
Ruim	8 (13,3)	20 (31,7)	28 (22,8)			
Muito ruim	1 (1,7)	7 (11,1)	8 (6,5)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100)			
2.Latência para o sono				13,188	3	0,004
< ou = a 15 minutos	34 (56,7)	18 (28,6)	52 (42,3)			
16-30 minutos	16 (26,7)	18 (28,6)	34 (27,6)			
31-60 minutos	5 (8,3)	10 (15,9)	15 (12,2)			
+ de 60 minutos	5 (8,3)	17 (26,9)	22 (17,9)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100)			

3.Duração do sono				9,321	4	0,054
Mais de 7 horas	32 (53,3)	29 (46,0)	61 (49,6)			
6 a 7 horas	14 (23,3)	8 (12,7)	22 (17,9)			
5 a 6 horas	9 (15,0)	9 (14,3)	18 (14,6)			
Menos de 5 horas	5 (8,3)	17 (27,0)	22 (17,9)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100)			
4.Eficiência habitual do sono				5,234	3	0,155
> 85%	33 (55,0)	27 (42,9)	60 (48,8)			
75 a 84%	9 (15,0)	9 (14,3)	18 (14,6)			
65 a 74%	10 (16,7)	8 (12,7)	18 (14,6)			
< 65%	8 (13,3)	19 (30,2)	27 (22,0)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100)			
5.Transtorno/Distúrbio do sono				5,577	3	0,134
Ausência de distúrbio	5 (8,3)	3 (4,8)	8 (6,5)	5,287 ^F		0,154 ^F
Leve distúrbio	34 (56,7)	29 (46,0)	63 (51,2)			
Moderado distúrbio	21 (35,0)	27 (42,9)	48 (39,0)			
Severo distúrbio	0 (0,0)	4 (6,3)	4 (3,3)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100)			
6.Uso de medicamentos para dormir				6,021	3	0,111
Nenhuma vez	51 (85,0)	48 (76,2)	99 (80,5)	5,383 ^F		0,116 ^F
Menos de 1 x por semana	0 (0,00)	4 (6,3)	4 (3,3)			
1 a 2 x por semana	0 (0,00)	2 (3,2)	2 (1,6)			
3 x por semana	9 (15,0)	9 (14,3)	18 (14,6)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100)			
7.Disfunção diurna				10,701	3	0,013
Ausência de disfunção diurna	32 (53,3)	23 (36,5)	55 (44,7)	10,714 ^F		0,011 ^F
Leve disfunção diurna	22 (36,7)	20 (31,7)	42 (34,1)			
Moderada disfunção diurna	6 (10,0)	14 (22,2)	20 (16,3)			
Severa disfunção diurna	0 (0,0)	6 (9,5)	6 (4,9)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100)			
QUALIDADE GERAL DO SONO				13,646	2	0,001
Boa	19 (31,7)	11 (17,5)	30 (24,4)			
Ruim	35 (58,3)	28 (44,4)	63 (51,2)			
Distúrbio do sono	6 (10,0)	24 (38,1)	30 (24,4)			
Total	60 (100,0)	63 (100,0)	123 (100)			

Tabela 8 – Análises descritivas e comparativas do escore geral de qualidade do sono segundo os níveis de estresse dos idosos (n=123). São Carlos, 2019.

GRUPO	Grupo com estresse baixo	Grupo com estresse alto	Todos os Grupos	Análises Comparativas Mann-Whitney e Análise de covariância ^{AC} (controlando a presença de sintomas depressivos)	
				U	p
ESCORE GERAL DE QUALIDADE DO SONO	n=60	n=63	n=123	1117,50	0,000
Média	6,05	9,06	7,59	F	p
Mediana	6,00	9,00	7,00	5,820 ^{AC}	0,017 ^{AC}
DP	3,28	4,29	4,10		
Mínimo	1,00	1,00	1,00		
Máximo	14,00	19,00	19,00		

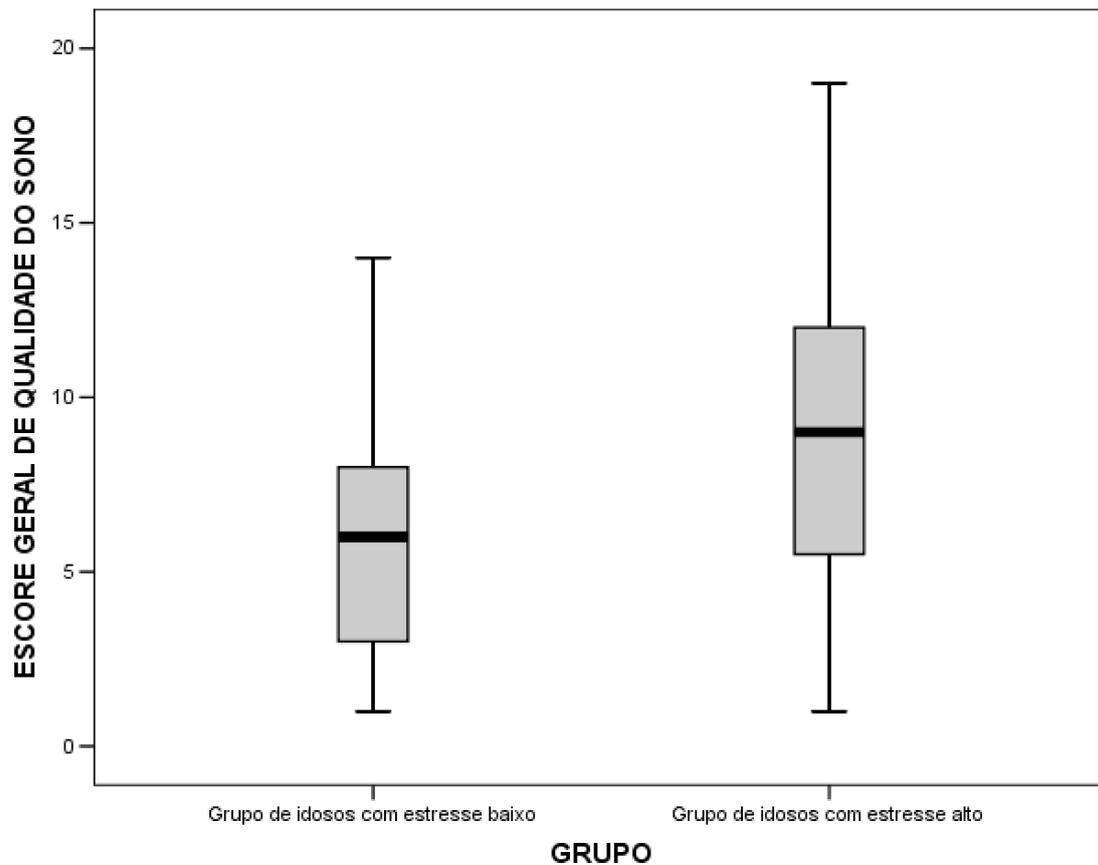


Figura 1 – Comparativo do escore geral de qualidade do sono segundo o nível de estresse dos idosos (n=123) – São Carlos, 2019.

6. DISCUSSÃO

Na amostra estudada, observou-se que a maioria dos idosos era do sexo feminino, com média de idade inferior a setenta anos, casada, aposentada, de cor parda, de religião católica e praticante, com pouca escolaridade, renda baixa e insuficiente. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas nacionais recentes com idosos da comunidade (ARAÚJO et al., 2018; BRITO et al. 2019; BUSHATSKY et al. 2018; MAIA et al., 2020; MARQUES et al. 2019, MELO; LIMA, 2020; SOUSA et al. 2019).

Como esperado, a maior parte da amostra era do sexo feminino, o que corrobora o fenômeno de feminização da velhice descrito em diversos estudos nacionais e internacionais. Quando comparadas aos homens, as mulheres vivem de quatro a sete anos a mais devido a especificidades fisiológicas, práticas de prevenção, autocuidado e utilização dos serviços de saúde, bem como menor exposição à riscos ao longo da vida (GINTER; SIMKO, 2013; NICODEMO; GODOI, 2010).

Um estudo realizado com uma amostra de 159 participantes, que representava uma população de 1209 idosos cadastrados em USF no município de Recife, Pernambuco, Brasil, descreveu que a maioria dos idosos tinha 70 anos ou menos (53,5%), era do sexo feminino (76,7%), aposentada (66,7%) e com renda baixa (71,1% recebiam até um salário mínimo). Além disso, foi relatada alta proporção de idosos não alfabetizados (33,3%) (ARAÚJO et al., 2018).

Com base em informações provenientes do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), Brito et al. (2019) analisaram dados de 1413 idosos residentes na comunidade do município de São Paulo, São Paulo, Brasil. Os autores apontaram que 59,4% dos idosos da amostra eram do sexo feminino, 58,7% tinham menos de 70 anos, 57,4% eram casados, 42,2% tinham três anos ou menos de estudo e 55,1% relataram não ter renda suficiente para as suas necessidades. Também, compondo outras partes do estudo SABE, Bushatsky et al. (2018) conduziram uma investigação com uma amostra constituída de 1226 idosos com 60 anos e mais, não institucionalizados, de ambos os sexos. Do total de participantes, 57,2% tinham menos de 70 anos, 59,6% eram do sexo feminino, 58,1% eram casados ou tinham um companheiro, 71,3% não trabalhavam ou eram aposentados, 41,6% tinham menos de 4 anos de escolaridade e 35,2% ganhavam até dois salários mínimos.

No estudo de Jesus et al. (2017) realizado na cidade de São Carlos, São Paulo, Brasil, com 247 idosos cadastrados em cinco Centros de Referência de Assistência Social, observou-se que 79,8% dos entrevistados eram do sexo feminino, 64,8% tinham menos de 70 anos, 44,1% eram casados, 81,4% tinham menos de 5 anos de escolaridade e 55,5% eram aposentados. Uma outra pesquisa conduzida em Montes Claros, Minas Geras, Brasil, caracterizou 1750 idosos acompanhados por USF. A amostra era predominantemente do sexo feminino (63,4%), de cor parda (50,3%), com menos de 70 anos de idade (48,6%), casados (54,2%), com quatro anos ou menos de escolaridade (68,3%) e renda familiar igual ou inferior a dois salários mínimos (65,6%) (MAIA et al., 2020).

Uma investigação do Estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) foi realizada com 2217 pessoas de 65 anos ou mais residentes em áreas urbanas. A amostra foi composta por idosos de sete cidades de seis estados do Brasil - Campinas (São Paulo); Belém (Pará); Poços de Caldas (Minas Gerais); Ermelino Matarazzo (São Paulo); Campina Grande (Paraíba); Parnaíba (Piauí) e Ivoti (Rio Grande do Sul). Neste, Marques et al. (2019) apontaram perfil feminino (67,6%), jovem (68,7% tinham até 74 anos de idade) e com renda inferior a três salários mínimos (68,4%).

Melo e Lima (2020), por sua vez, analisaram dados de 11.697 idosos brasileiros respondentes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). A amostra foi descrita como predominantemente do sexo feminino (60%), jovem (55,2% com idade entre 60 a 69 anos, casada (44,5%) e de baixa escolaridade (38,4% tinham ensino fundamental incompleto).

Sousa et al. (2019) publicaram uma investigação com os dados de um inquérito de base domiciliar, de âmbito nacional, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE – a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Os autores analisaram um recorte de pessoas que tinham 60 anos ou mais de idade, abarcando uma amostra de 11177 idosos. Os resultados evidenciaram que os idosos brasileiros são predominantemente do sexo feminino (56,4%), com idades entre 60 e 69 anos (56,4%) e que se declaravam brancos (53,6%) – este último dado se diverge do dado encontrado no presente estudo. A escolaridade era baixa, 32,1% possuíam menos de um ano de estudo ou eram analfabetos, enquanto 45,6% tinham cursado pelo menos uma série do ensino fundamental. Quanto à renda familiar, 43,0% dispunham de menos de meio salário mínimo per capita – fato que se configura como uma renda baixa (SOUSA et al., 2019).

Em relação às variáveis de saúde, pôde-se observar que o uso de medicamentos para dormir não era frequente e estava significativamente associado a distúrbios ou má qualidade do sono. Este último fato era esperado, uma vez que as pessoas não recorrem a medicamentos para dormir se não tiverem problemas de sono. Os estudos de Bichara et al. (2019), Alves et al. (2021) e Pereira, Ceolim e Neri (2013) evidenciaram dados semelhantes em relação à maior proporção de idosos que não utilizam medicamentos para dormir.

Bichara et al. (2019), em um estudo realizado com 177 idosos usuários de Estratégias de Saúde da Família (ESF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Divinópolis, Minas Gerais, Brasil, evidenciaram que apenas 39% da amostra utilizavam medicamentos para dormir (BICHARA et al., 2019). Alves et al. (2021) conduziram uma investigação com uma amostra de 156 idosos atendidos em USF da cidade de São Carlos, São Paulo, Brasil. Em consonância, os autores descreveram que a maioria dos idosos (76,9%) não usavam medicamentos para dormir.

Pereira, Ceolim e Neri, em estudo populacional com dados do Estudo FIBRA, envolvendo 689 idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil, apontaram uso de medicamentos para dormir em 19,7% dos idosos. Especificamente em relação aos benzodiazepínicos, classe de medicamento mais utilizada para tratamento de distúrbios do sono, a literatura aponta prevalência de consumo entre 15% e 43% em idosos com 65 anos ou

mais a depender do país em que os dados foram levantados (VICTORRI-VIGNEAU et al., 2021).

Neste estudo, a prática de atividades físicas não influenciou a qualidade do sono. Para este dado, a literatura recente aponta resultados convergentes (CHOI; SOHNG, 2018) e também divergentes (BRANDÃO et al., 2018). Wang e Boros (2019), em revisão de literatura sobre o efeito da atividade física na qualidade do sono sem recorte para idosos, reafirmam os dados ainda incipientes: “não há dados exaustivos disponíveis sobre os possíveis fatores da idade na interação entre atividade física e qualidade do sono” (WHANG: BOROS, 2019 p. 16).

Choi e Sohng (2018) realizaram um ensaio clínico controlado randomizado com 77 idosos avaliados em medidas pré e pós-teste para testar os efeitos de um programa de exercícios de solo de 12 semanas. Os participantes eram idosos que frequentavam centros comunitários da cidade de Siheung, Coreia do Sul. Os autores verificaram que a atividade física proposta não teve efeito significativo na qualidade do sono.

Por outro lado, Brandão et al. (2018) também conduziram um estudo clínico randomizado, de 12 semanas de duração, com participação de 131 idosos na cidade de Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil. O programa de atividades físicas foi baseado nas recomendações do *American College of Sports Medicine* para exercícios e atividades físicas para idosos. Os resultados evidenciaram que a atividade física levou a melhora significativa na qualidade do sono.

As doenças mais prevalentes foram, nesta ordem, hipertensão arterial, depressão e diabetes. Com base em dados populacionais advindos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e das Projeções Populacionais 2013 e 2018 disponibilizados pelo IBGE, em 2008, a prevalência de hipertensão foi de 59% entre as idosas (mulheres) e 46% entre os idosos (homens). Em 2020, foi projetado um crescimento da população de idosos com hipertensão. Em números absolutos, estima-se que há 16 milhões de idosos com hipertensão no país (ROCHA; PINHO; NOBRE, et al, 2020).

Francisco et al. (2018) apontaram estudos brasileiros, com base em dados do VIGITEL, que descrevem prevalência de hipertensão arterial variando entre 57,1% entre 60 e 69 anos e 60,3% para 70 anos ou mais. Para diabetes mellitus, a prevalência foi de 18,8% entre idosos de 60 a 69 anos e de 22% para idosos de 70 anos ou mais. A prevalência concomitante de hipertensão e diabetes mellitus nos idosos é de 16,2%, com variações entre as regiões do país (FRANCISCO et al, 2018). Estes números vão ao encontro do estudo de Maia et al. (2020), realizado com 1750 idosos cadastrados e acompanhados por equipes da

ESF na região urbana de um município do sudeste brasileiro. As morbidades mais prevalentes foram hipertensão (70,7%) e diabetes (20,7%) (MAIA et al, 2020).

Em relação a presença de sintomas depressivos, foi possível observar que 39% dos idosos tinham seis ou mais sintomas depressivos, ou seja, poderiam ter depressão leve ou severa. De acordo com Gullich, Duro e Cesar (2016), a prevalência de depressão entre os idosos varia de 2 a 50%. Especificamente entre as pesquisas brasileiras que utilizaram a GDS-15, as prevalências variaram entre 21 e 50% (GULLICH; DURO; CESAR, 2016).

Em Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil, Pereira et al. (2020) analisaram uma amostra de 818 idosos da comunidade e encontraram prevalência de depressão de 34,0% (PEREIRA et al., 2020). Em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, Silva et al. (2019) avaliaram uma amostra de 360 idosos atendidos em um Centro de Referência a Saúde do Idoso. Os autores evidenciaram prevalência de depressão de 37,2%. Em São Paulo, Brasil, Brito et al. (2019) observaram que 14,3%, de um total de 1413 idosos, apresentavam sintomas depressivos. Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, Nogueira et al. (2014) analisaram dados de 621 idosos cadastrados na ESF e a prevalência de depressão descrita foi de 30,6%.

A presença de hipertensão, artrite, ansiedade, depressão e estresse estava associada a distúrbios e má qualidade do sono. Estes resultados foram descritos na literatura. Uma revisão sistemática com 24 estudos com adultos com idades que variavam entre 18 a 106 anos e uma meta-análise com 21 estudos que totalizavam 225858 participantes foram publicadas por Guo et al. (2013). Uma relação em forma de U entre a duração do sono e hipertensão foi encontrada entre os estudos transversais. Em estudos longitudinais, a curta duração do sono foi associada a risco aumentado de hipertensão. Os resultados demonstraram existir associação entre hipertensão e sono (GUO et al., 2013).

No caso da artrite estar associada à pior qualidade do sono, entende-se que a dor crônica causada pela doença pode alterar a qualidade do sono. Um estudo realizado em um município de Santa Catarina, Brasil, com 385 idosos de ambos os sexos, objetivou avaliar a qualidade do sono em idosos com e sem dor crônica. Entre os idosos com dor, 57,6% (n=129) apresentaram qualidade do sono ruim; e entre os sem dor, 56,5% (n=91) tiveram qualidade do sono boa. Esta diferença foi significativa e evidenciou a relação entre dor crônica e qualidade do sono (FERRETTI et al., 2018).

Ansiedade e depressão, assim como o estresse, são fatores emocionais que modificaram a qualidade do sono. De acordo com Gould et al. (2018), em estudo conduzido com 109 idosos da comunidade com idades entre 66 e 92 anos, sintomas de ansiedade estão relacionados a distúrbios do sono em idosos. Em 2017, Li e colaboradores utilizaram dados de

11052 indivíduos com 45 anos ou mais para pesquisa de base comunitária do Estudo Longitudinal de Saúde e Aposentadoria da China (CHARLS). Os investigadores concluíram que a duração do sono inferior a 6 horas foi um fator de risco à presença de sintomas depressivos (Li et al., 2017).

O estudo de Hsu et al. (2021), em Taiwan, que procurou investigar a qualidade subjetiva do sono em associação com sintomas depressivos e doenças crônicas avaliou 283 pessoas com média de idade de 59 anos, sendo que 57,2% dos sujeitos tinham doenças crônicas e 6% tinham sintomas depressivos. Os autores apontaram que sintomas depressivos estavam significativamente associados à má qualidade do sono e menor duração do sono. Da mesma forma, a artrite foi significativamente associada a distúrbios do sono. As dores nas articulações, fadiga e rigidez tornaram o sono mais fragmentado, contribuindo para a diminuição de sua qualidade (HSU et al., 2021).

Blaxton et al. (2017) avaliaram uma amostra composta por duas coortes combinadas de participantes entre 33 e 64 anos e de 62 e 91 anos. Os participantes foram expostos durante 56 dias à coleta de dados acerca da qualidade do sono e estresse diário. As coortes combinadas resultaram em uma amostra com predomínio de mulheres (62%). Os resultados evidenciaram que as mulheres relataram maior estresse e pior qualidade do sono. Observou-se ainda que aqueles participantes com maior nível de educação experimentaram uma melhor qualidade do sono e menos estresse (BLAXTON et al., 2017).

Uma pesquisa realizada em São Carlos, São Paulo, Brasil, com 341 idosos da comunidade observou que 47,5% dos idosos relataram dificuldade para adormecer e que os níveis de estresse e sintomas depressivos eram mais elevados nos idosos com dificuldade para dormir. Os autores concluíram haver associação entre fatores emocionais (estresse e depressão) e dificuldade para dormir em idosos (IROLDI et al., 2020).

Um estudo realizado nos Estados Unidos, na região de Chicago (EUA), com 330 mulheres com idades entre 45 a 57 anos encontrou evidências de que altos níveis de estresse crônico estão associados ao aumento de queixas subjetivas de qualidade do sono. Dentre as queixas, as pacientes citaram o maior tempo para pegar no sono e despertares noturnos frequentes (HALL et al., 2015). Os estudos de Iroldi et al. (2020) e Hall et al. (2015) trazem resultados que se assemelham ao da presente pesquisa.

Em relação às limitações, é importante salientar que a literatura é abundante em relação ao estudo de depressão e sono. Porém, o estresse ainda é pouco estudado e raro quando contemplamos a população idosa. A escassez de estudos com foco específico em estresse e qualidade do sono de idosos limitou a discussão. Além disso, entende-se que

estudos transversais realizados com uma amostra específica de idosos residentes na comunidade não permitem generalizações. Outrossim, o desenho metodológico não outorga relações de causa e efeito. No entanto, pesquisas com delineamentos transversais, por despenderem menor quantidade de recursos e tempo, são oportunidades de levantamento de dados preliminares para o planejamento de pesquisas mais sofisticadas e robustas. Os dados descritivos são importantes para na identificação de potenciais grupos de risco e de variáveis de intervenção que vão além da queixa primária para o planejamento de intervenções em saúde.

7. CONCLUSÕES

Diante dos resultados encontrados, trazemos as seguintes considerações finais:

- O perfil do idoso assistido pelas USF inseridas no contexto de alta vulnerabilidade social do município de São Carlos era predominantemente do sexo feminino, com média de idade inferior a setenta anos, casado, aposentado, de cor parda, de religião católica e praticante, com pouca escolaridade, renda baixa e insuficiente.

- A prevalência de má qualidade do sono entre os idosos era de 51,2% e a de distúrbios do sono era 24,4%.

- A prevalência de depressão em idosos era de 39,0% - 35% apresentavam indícios de depressão leve e outros 4% de depressão severa.

- A presença de hipertensão, artrite, ansiedade, depressão e estresse estava associada a distúrbios e má qualidade do sono.

- O uso de medicamentos para dormir estava associado a distúrbios e má qualidade do sono.

- Idosos com níveis mais elevados de estresse tinham pior qualidade do sono.

Portanto, a hipótese de pesquisa foi confirmada e concluimos, diante do objetivo geral do estudo, que existe associação entre estresse e qualidade do sono em idosos da comunidade. Estas considerações finais juntamente com a conclusão podem ser úteis para ações de promoção e prevenção de agravos na atenção básica. No que tange distúrbios do sono, é preciso que os profissionais de saúde estejam atentos para além da queixa primária, investigando fatores emocionais e o contexto em que o idoso está inserido.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Osvaldo P.; ALMEIDA, Shirley 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. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>

ALVES, Élen dos Santos et al. Duração do sono noturno e desempenho cognitivo de idosos da comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, ed. 3439, p. 1-13, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4269.3439>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/js8RQDyNF5pghv9cvC8Y8Gz/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

ARAÚJO, Gleicy Karine Nascimento et al. Caracterização da saúde de idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, s/n, e28041, 2018. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.28041>

BERTOLAZI, Alessandra Naimaier et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. **Sleep Medicine**, v. 12, n. 1, p. 70-75, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>

BICHARA, Isadora Montoaneli et al. Educação e medidas não farmacológicas que promovam a qualidade do sono em idosos. **Revista brasileira de extensão universitária**, v. 10, ed. 1, p. 35-41, 2019. DOI <https://doi.org/10.24317/2358-0399.2019v10i1.8214>. Disponível em: <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/RBEU/article/view/8214/7133>. Acesso em: 27 ago. 2021.

BLAXTON, Jessica M. et al. Relationships Among Nightly Sleep Quality, Daily Stress, and Daily Affect. **Journals of Gerontology: Psychological Sciences**, Michigan - Dearborn, v. 72, n. 3, p. 363-372, 21 jun. 2017. DOI doi:10.1093/geronb/gbv060. Disponível em: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/72/3/363/2631941>. Acesso em: 16 jun. 2021.

BRANDÃO, Glauber Sá et al. The effect of home-based exercise in sleep quality and excessive daytime sleepiness in elderly people: A protocol of randomized controlled clinical trial. **Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal**, v. 16, n. 577, p. 1-6, 2018. DOI <https://doi.org/10.17784/mtprehabjournal.2018.16.577>. Disponível em: <https://submission-mtprehabjournal.com/revista/article/view/901>. Acesso em: 27 ago. 2021.

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: jan. 2020. 2017.

BRITO, Tábatta Renata Pereira de et al. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 2, p. e180003, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>

BUSHATSKY, Angela et al. Fatores associados às alterações de equilíbrio em idosos residentes no município de São Paulo em 2006: evidências do Estudo Saúde, Bem-Estar e

Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n.2, p. e180016, 2018. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180016.supl.2>

BUYSSE, Daniel J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

CAPRISTE, Maria Lucia Parizatti et al. Reflexões sobre a influência do estresse crônico na transformação de células saudáveis em células cancerígenas. **Revista de Enfermagem UFPE online**, [s. l.], v. 11, n. 6, p. 2473–79, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23412/19084>. Acesso em: 21 set. 2021.

CHOI, Min-Jung; SOHNG, Kyeong-Yae. The effects of floor-seated exercise program on physical fitness, depression, and sleep in older adults: a cluster randomized controlled trial. **International Journal of Gerontology**, v. 12, n. 2, p. 116-121, 2018. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2017.06.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959817300996?via%3Dihub>. Acesso em: 27 ago. 2021.

COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom; MERMELSTEIN, Robin. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v.24, n. 4, p. 385-396, 1983. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2136404>. Acesso em: 21 set. 2021.

CORRÊA, Camila de Castro 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. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562016000000178>

ENGDAHL, B. E.; EBERLY, R. E.; HURWITZ, T. D.; MAHOWALD, M. W.; BLAKE, J. Sleep in a community sample of elderly war veterans with and without posttraumatic stress disorder. **Biological Psychiatry**, v. 47, n. 6, p. 520-525, 2000. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10715358/>

FERREIRA, Camilla Alexandre Gomes. **Estresse, Qualidade de Vida e Adoecimento**. 2018. Centro Universitário de Brasília, [s. l.], 2018. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12370/1/21503221.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

FERRETTI, Fatima et al. Qualidade do sono em idosos com e sem dor crônica. **Brazilian Journal of Pain**, n. 2, p. 141-146, 2018. DOI <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180027>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/LkHHwb9kdF5WbPDGfNq7HDb/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

FORTES-BURGOS, Andréa Cristina Garofe; NERI, Anita Liberalesso; CUPERTINO, Ana Paula Fabrino Bretas. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estudos de Psicologia (Natal)**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 69–75, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100009>

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, SP - Brasil, n. 23, n. 11, p. 3829-3840, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1413->

[812320182311.29662016](https://www.scielo.br/j/csc/a/kYhRCLZZWpRz5qSsJvqrTXg/?lang=pt&format=pdf). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kYhRCLZZWpRz5qSsJvqrTXg/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.

GARBACCIO, Juliana Ladeira; SILVA, Alanna Gomes; BARBOSA, Morgana Michella. Evaluation of the levels of stress in the elderly living at home. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 308–315, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3240/324031263016_2.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

GINTER, E; SIMKO, V. Women live longer than men. **Bratislavske lekarske listy**, v. 114, n. 2, p. 45-49, 2013. https://doi.org/10.4149/BLL_2013_011. Disponível em: http://www.elis.sk/download_file.php?product_id=3272&session_id=ikqvnvliq5vm0qo1evnk001o06. Acesso em: 27 ago. 2021.

GOULD, Christine E et al. Association of Anxiety Symptom Clusters with Sleep Quality and Daytime Sleepiness. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 73, n. 3, p. 413–420, 2018. DOI <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx020>. Disponível em: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/73/3/413/3097903>. Acesso em: 27 ago. 2021.

GULLICH, Inês; DURO, Suele Manjourani Silva; CESAR, Juraci Almeida. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 691-701, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/pSFfRQxB6FMP8RjCJxRt55G/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

GUO, Xiaofan et al. Epidemiological evidence for the link between sleep duration and high blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **Sleep medicine**, v. 14, n. 4, p. 324-332, 2013. DOI <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.12.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945712004443?via%3Dihub>. Acesso em: 27 ago. 2021.

GUERRERO, José; CROCQ, Marc-Antoine. Sleep disorders in the elderly: Depression and post-traumatic stress disorder. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 38, n. 1, p. 141-150, 1994. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90144-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90144-9). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022399994901449>. Acesso em: 22 out. 2021.

HALL, Martica H. et al. Chronic stress is prospectively associated with sleep in midlife women: the SWAN Sleep Study. **Sleep**, [s. l.], v. 38, n. 10, p. 1645–1654, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90144-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90144-9). <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022399994901449>. Acesso em: 22 out. 2021.

HSU, Min-Fang et al. Subjective sleep quality and association with depression syndrome, chronic diseases and health-related physical fitness in the middle-aged and elderly. **BMC Public Health**, New Taipei City, Taiwan, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2021. DOI <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10206-z>. Acesso em: 16 jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico** – Cidades, São Carlos, São Paulo. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>. Acesso em: 22 out. 2021.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 22 out. 2021.

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ffid%2Fentity%2F505909942>>. Acesso em: 17 out. 2019.

IROLDI, Grazielle Ferreira et al. Associações entre estresse, sintomas depressivos e insônia em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 69, n. 4, p. 228-238, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000287>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/YKnB7hw4PdKxRzYX4SfNFSw/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

JESUS, Isabela Thais Machado de et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 6, p. 614-620, 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>. Acesso em: 16 jun. 2021.

LI, Yujie et al. Longitudinal association of sleep duration with depressive symptoms among middle-aged and older Chinese. **Scientific reports**, v. 7, n. 1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-12182-0>. Acesso em: 27 ago. 2021.

LUFT, Caroline Di Bernardi 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. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>

MAIA, Luciana Colares et al. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 5041-5050, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>

MARQUES, Priscila de Paula et al. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, e190118, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190118>

MELO, Laércio Almeida de; LIMA, Kenio Costa de. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3869-3877, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018>

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade. O envelhecimento populacional brasileiro- desafios e consequências. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>

MORENO, Claudia Roberta de Castro 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. 606-6015, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180018.supl.2>

NEVES, Gisele S. Moura L. et al. Transtornos do sono: visão geral. **Revista Brasileira de Neurologia**, [s. l.], v. 49, n. 2, p. 57-71, 2013. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2013/v49n2/a3749.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

NICODEMO, Denise; GODOI, Marilda Piedade. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/324/341. Acesso em: 9 jun. 2021.

NOGUEIRA, Eduardo Lopes et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, n. 3, p. 368-377, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660>. Acesso em: 16 jun. 2021.

PARADELA, Emylucy Martins Paiva; LOURENÇO, Roberto Alves; VERAS, Renato Peixoto. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>

PEREIRA, Alexandre Alves; CEOLIM, Maria Filomena; NERI, Anita Liberalesso. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 535-546, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n3/535-546/pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

PEREIRA, Rafael Alves; SOUZA, Rosani Aparecida Alves; VALE, Jessica de Sousa. The epidemiological transition in Brazil: a literature review. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, [s. l.], v. 6, n. 61, p. 99-108, 2015. <https://doi.org/10.31072/rcf.v6i1.322>

PEREIRA, Xiankarla de Brito Fernandes et al. Prevalência e fatores associados ao déficit cognitivo em idosos na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, e200012, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/gLNKvxJCwNqCZRGKHjh3yMG/?lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2021.

PURIM, KÁTIA SHEYLLA et al. Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. **Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes**, [s. l.], v. 43, n. 6, p. 438-444, 2016. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016006005>

RESENDE, Marineia Crosara; TEIXEIRA, Camila Pereira. Percepção da doença cardíaca e níveis de estresse em adultos internados em enfermaria. **Perspectivas em Psicologia**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 12-32, 2017. <https://doi.org/10.14393/PPv21n2a2017-03>

RIGONI, Laís et al. Quality of life impairment in patients with head and neck cancer and their caregivers: a comparative study. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, [s. l.], v. 82, n. 6, p. 680-686, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.12.012>

ROCHA, Alane Siqueira; PINHO, Breno Aloísio Torres Duarte; NOBRE, Érika Lima. Hipertensão arterial entre idosos: comparação entre indicadores do Ceará, do Nordeste e do Brasil. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, Fortaleza - Ceará - Brasil, v. 34, n. 1, p. 1-8, 2020. DOI <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.10795>. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/10795/pdf>. Acesso em: 9 jun. 2021.

ROCHA, THALITA PEREIRA DE OLIVEIRA et al. Anatomofisiologia do estresse e o processo de adoecimento. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos**, v. 13, n. 2, p. 31-37, 2018. <https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.198.vol.13.n2.2018>

SÃO CARLOS. **Prefeitura Municipal de São Carlos** [internet]. São Carlos (SP). Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html>>. Acesso em: out. 2021.

SEADE. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS. **Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.iprs.seade.gov.br/ipvs2010/view/index.php>. Acesso em: jan. 2020.

SILVA, João Victor Farias et al. A Relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis : sério desafio de saúde pública. **Ciências Biológicas e da Saúde - Cadernos de Graduação**, v. 2, n. 3, p. 91–100, 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/2079/1268>

SILVA, Patrícia Oliveira et al. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among older adults treated at a referral center. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, e190088, p. 1-10, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190088>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/rgmFtpbqY85XRRJ9PnC3MCv/?lang=en>. Acesso em: 27 ago. 2021.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva et al. Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, supl. 2, e190013, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190013.supl.2>

TEIXEIRA, Clara de Araújo Dantas *et al.* Principais distúrbios do sono na população idosa: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 2702-2709, 1 abr. 2020. DOI 10.34119/bjhrv3n2-116. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8359/7206>. Acesso em: 20 dez. 2021.

TÉLLEZ, Arnoldo et al. Prevalência 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. <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.47859>

VICTORRI-VIGNEAU, Caroline et al. Are seniors dependent on benzodiazepines? A national clinical survey of substance use disorder. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, v. 109, n. 2, p. 528-535, 2021. DOI <https://doi.org/10.1002/cpt.2025>. Disponível em: <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpt.2025>. Acesso em: 27 ago. 2021.

WANG, Feifei; BOROS, Szilvia. The effect of physical activity on sleep quality: a systematic review. **European Journal of Physiotherapy**, v. 23, n. 1, p. 11-18, 2019. DOI <https://doi.org/10.1080/21679169.2019.1623314>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21679169.2019.1623314> . Acesso em: 27 ago. 2021.

YESAVAGE, Jerome 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, 1982. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

YOKOYAMA, Eise *et al.* Association between Depression and Insomnia Subtypes: A Longitudinal Study on the Elderly in Japan. **SLEEP**, Tokyo, Japão, v. 33, n. 12, p. 1693-1702, dez. 2010. DOI 10.1093/sleep/33.12.1693. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21120150/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

9. ANEXOS

ANEXO A - 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

ANEXO B – 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?					

ANEXO C - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)

Instruções: As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado.

Por favor, responda todas as questões

1) Durante o mês passado, à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes? QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

< ou 15 minutos (0) 16-30 minutos (1) 31-60 minutos (2) >60 minutos (3)

3) Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama) HORAS DE SONO POR NOITE: _____

>7 horas (0) 6-6,9 horas (1) 5-5,9 horas (2) < 5 horas (3)

Para cada uma das questões seguintes escolha uma única resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, quantas vezes você teve problema para dormir por causa de : a) Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono: (0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo: (0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

c) Levantar-se para ir ao banheiro: (0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar: (0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

e) Tossir ou roncar muitas vezes: (0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais f) Sentir muito frio: (0) nenhum vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

g) Sentir muito calor: (0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

h) Ter sonhos ruins ou pesadelos: (0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

I) Sentir dores: (0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva:

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?
(0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

6) Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?
(0) Muito boa (1) Boa (2) Ruim (3) muito ruim

7) Durante o mês passado, você tomou remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?
(0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

8) Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?
(0) nenhuma vez (1) menos de uma vez por semana (2) uma ou duas vezes por semana (3) três vezes por semana ou mais

9) Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?
(0) Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo (1) Indisposição e falta de entusiasmo pequenas (2) Indisposição e falta de entusiasmo moderadas (3) muita Indisposição e falta de entusiasmo Comentário do entrevistador (se houver):

10) Você Cochila?
(1) sim (0) Não Comentário do entrevistador (se houver):

Caso sim - Você cochila intencionalmente, ou seja, por quê quer? (1) Sim (0) Não
Comentário do entrevistador (se houver):

ANEXO D - Parecer Consubstanciando do Comitê de ética em Pesquisa (no. 3.275.704, CAAE 08175419.5.0000.5504)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores

Pesquisador: ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08175419.5.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.275.704

Apresentação do Projeto:

Em virtude da maior longevidade da população e da maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), muitos idosos podem apresentar um declínio no seu desempenho funcional, ocasionando assim uma condição de dependência e conseqüentemente a necessidade de um cuidador. A má qualidade do sono pode ser considerada um importante problema de saúde pública devido à alta prevalência entre os idosos e aos efeitos negativos sobre o bem-estar dos indivíduos cuidadores de idosos. Sendo assim, mediante a identificação precoce dessa condição e de seus fatores associados, intervenções podem ser planejadas no sentido de reduzir os gastos com os serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar os fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os idosos cuidadores quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde.- Descrever a qualidade do sono dos idosos cuidadores. -

Determinar o fenótipo de fragilidade dos idosos cuidadores.- Avaliar a condição cognitiva, o humor, o estresse percebido, a sobrecarga, a capacidade funcional, a funcionalidade familiar, a qualidade de vida, o apoio social, o nível de felicidade, a satisfação com a vida e os afetos

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



Continuação do Parecer: 3.275.704

positivos e negativos dos idosos cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Os participantes poderão se expor a riscos mínimos ao responder as perguntas, tais como cansaço, desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação ou relembrar algumas sensações desagradáveis diante das perguntas."

Benefícios indiretos: "Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde do idoso cuidador de outro idoso e ajudará na detecção de um sono de má qualidade".

Benefício direto: Caso seja detectada má qualidade do sono, "o participante será encaminhado à equipe da Unidade de Saúde da Família."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica e social, com elucidação da interação ensino-serviço e da devolutiva para o serviço nos Resultados Esperados. O Método consta da aplicação de 17 instrumentos que podem "gerar desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação", mas foram justificados tecnicamente pelos Pesquisadores como essenciais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequações solicitadas foram adequadas pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1289359.pdf	16/03/2019 10:24:55		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Justificativa_instrumentos.docx	16/03/2019 10:24:05	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UNIVERSAL_ADEQUADO.pdf	16/03/2019 10:23:51	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
Outros	SMS_UNIVERSAL.pdf	29/01/2019 15:00:26	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito

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



Continuação do Parecer: 3.275.704

Folha de Rosto	Folha_rosto_CEP_Universal_assinada.pdf	29/01/2019 14:48:32	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_UNIVERSAL_CEP.pdf	26/01/2019 20:30:26	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 22 de Abril de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

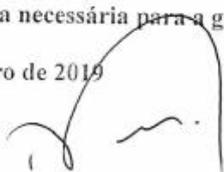
ANEXO E - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde, informo que o projeto de pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem intitulado “**Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores**” apresentado pela pesquisadora Profa. Dra. Ariene Angelini dos Santos Orlandi submetido à chamada MCTIC/CNPq no 28/2018 –Universal/ Faixa A /Vigência 2019-2021 e que tem como objetivo geral: identificar os fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

São Carlos, 21 de Dezembro de 2019



Marcos Antonio Palermo
Secretário Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

10. APÊNDICE

APENDICE A - Caracterização sociodemográfica do idoso

Sexo

Masculino Feminino

Idade: _____anos

Estado Civil

Casado(a)/companheiro Solteiro Viúvo Separado(a)

Escolaridade: _____ (anos)

Raça/Cor da pele

Branca Mulata/Cabocla/Parda Preta Amarela Indígena

Aposentadoria

Não Sim

Renda familiar: R\$ _____

Renda individual: R\$ _____

Faz uso de medicação para dormir? Exemplos: ansiolíticos, benzodiazepínicos (“faixa preta”, “calmante”). (1) Sim (0) Não (99) NR

Qual medicamento usa para dormir?

Pratica atividade física?

(1) Sim (0) Não (99) NR

Quanto tempo de atividade física pratica por semana?

(1) \geq 150 minutos / semana

(0) $<$ 150 minutos / semana

Qual período em que pratica atividade física?

(1) manhã (2) tarde (3) noite

Tem alguma dessas doenças?

	Não	Sim	NR
Diabetes mellitus	0	1	99
Hipertensão arterial	0	1	99
Câncer	0	1	99
Artrite	0	1	99
Ansiedade	0	1	99
Problemas pulmonares - enfisema, bronquite e asma	0	1	99