



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

ROSIÊNE VIEIRA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E SUAS REPERCUSSÕES NA
COGNIÇÃO, NOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS:
UM ESTUDO OBSERVACIONAL**

CAMPINA GRANDE
2019

ROSIÊNE VIEIRA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E SUAS REPERCUSSÕES NA
COGNIÇÃO, NOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS: UM
ESTUDO OBSERVACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Psicologia da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharelado em Psicologia.

Área de concentração: Neurociências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Eulálio

CAMPINA GRANDE
2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586a Silva, Rosiêne Vieira da.
Avaliação da qualidade do sono e suas repercussões na cognição, nos sintomas de ansiedade e depressão em idosos [manuscrito] : um estudo observacional / Rosiêne Vieira da Silva. - 2019.
34 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Maria do Carmo Eulálio, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."
1. Qualidade do sono. 2. Idosos. 3. Ansiedade. 4. Depressão. I. Título

21. ed. CDD 155.6

ROSIÊNE VIEIRA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E SUAS REPERCUSSÕES NA
COGNIÇÃO, NOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS: UM
ESTUDO OBSERVACIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Psicologia da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharelado em Psicologia.

Área de concentração: Neurociências.

Aprovada em: 18/10/2019.

BANCA EXAMINADORA

Maria do Carmo Eulálio

Prof. Dr. Maria do Carmo Eulálio (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Edivan Gonçalves da Silva Júnior

Prof. Me. Edivan Gonçalves da Silva Júnior

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Nayron Medeiros Soares

Prof. Me. Nayron Medeiros Soares

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Influência do sono na qualidade de vida dos idosos	5
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	7
2.1 Delineamento	7
2.2 Local da Pesquisa	7
2.3 Amostra	7
2.4 Critérios de inclusão e exclusão	7
2.5 Instrumentos de Coleta de dados	7
2.6 Procedimento de coleta de dados	8
2.7 Processamento e análise dos dados	9
2.8 Aspectos éticos	9
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	9
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
REFERÊNCIAS	13
APÊNDICES	17
ANEXOS	21

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E SUAS REPERCUSSÕES NA COGNIÇÃO, NOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS: UM ESTUDO OBSERVACIONAL

Rosiêne Vieira da Silva*

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do sono e verificar suas repercussões na cognição, nos sintomas de ansiedade e depressão em idosos. Trata-se de um estudo transversal, realizado na Universidade Aberta à Maturidade (UAMA). A amostra foi do tipo não probabilística por acessibilidade, composta por 105 idosos, que não possuíam comorbidades neurológicas. Utilizou-se a Ficha de Avaliação Sociodemográfica e Clínica, Escala de Sonolência de Epworth (ESS), Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), e Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os resultados mostram que a sonolência diurna esteve presente em 35,2% dos idosos participantes e as alterações no padrão do sono estiveram presentes em 53,3% da amostra, referindo-se a comprometimento ou dificuldades em dois ou mais componentes ou dificuldades moderadas em três componentes da PSQI. A regressão linear mostra uma influência significativa de sintomas depressivos na qualidade do sono ($r^2 = 0,1188$; $p = 0,0003$), como também, influência significativa da ansiedade na qualidade do sono ($r^2 = 0,2404$; $p < 0,0001$). Conclui-se que os sintomas de ansiedade e depressão podem influenciar na qualidade do sono dos idosos.

Palavras-chave: Qualidade do sono. Idosos. Ansiedade. Depressão.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the quality of sleep and verify its repercussions on cognition, anxiety and depression symptoms in the elderly. This is a cross-sectional study conducted at the Universidade Aberta a Maturidade. The sample was non-probabilistic by accessibility, consisting of 105 elderly, who did not have neurological comorbidities. The Sociodemographic Assessment Form, Epworth Sleepiness Scale (ESS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Beck Anxiety Inventory (BAI), and The Beck Depression Inventory (BDI). The results show that sleepiness was present in 35.2% of the elderly participants and that changes in sleep pattern were present in 53.3% of the sample, referring to impairment or difficulties in two or more components or moderate difficulties in three components of PSQI. Linear regression shows a significant influence of depressive symptoms on sleep quality ($r^2 = 0.1188$; $p = 0.0003$), as well as a significant influence of anxiety on sleep quality ($r^2 = 0.2404$; $p < 0, 0001$). It is concluded that anxiety and depression symptoms may influence the sleep quality of the elderly.

Keywords: Quality of sleep. Elderly. Anxiety. Depression.

* Graduanda em Psicologia, pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Graduada em Teologia pela Universidade Católica do Pernambuco (UNICAP) em 2012. Pós-graduada, lato-sensu em Psicologia Clínica e Hospitalar (UNICORP) em 2019. E-mail: rosieneu88@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que atinge a população mundial no século XXI, resultado de conquistas sociais, políticas e da incorporação de novas tecnologias, que ocupam grande destaque dentre os acontecimentos deste século. A expectativa de vida aumentou e a diminuição da fecundidade caiu de 60% entre 1970 e 2000, chegando a 2,2 filhos por mulher (CHAIMOWICZ, 2013).

A expectativa é de que em 2050, haverá cerca de dois bilhões de idosos no mundo (BODSTEIN; LIMA; BARROS, 2014), isso significa que será um grande desafio para tomadas de decisões na prevenção de doenças e no bem-estar dos idosos (WORLD, 2005). Falando de modo particular do Brasil até 2025, será o sexto país com o maior número de pessoas idosas do mundo (BODSTEIN, et al. 2014). Isso implica em uma mudança de hábito e políticas públicas e sociais que possam atender melhor essa população envelhecida (CHAIMOWICZ, 2013).

Um estudo demonstra que o processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, tendo, assim um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos, afetando mais da metade dos adultos com idade acima de 65 anos de idade (VALADARES NETO, 1994). Contudo vale salientar, que essa redução na qualidade do sono não implica necessariamente em uma doença, pois mesmo os idosos saudáveis demonstram certa redução da capacidade de manter um sono constante, marcado por breves despertares durante a noite (RAPOSO, 2015).

Algo que se pode observar é a qualidade do sono, pois o dormir bem, possibilita um bom desempenho das atividades diárias, contudo, precisa-se levar em consideração a faixa etária, e sua necessidade diária de sono (FONTES; NERI, 2004). As autoras afirmam que é a partir do sono que organizar nossa vida social, como trabalho, lazer, estudo, de modo que, um distúrbio no sono poderá afetar de modo geral as atividades do indivíduo, alterações essas, muito comuns entre os idosos.

Tais alterações mediante o padrão de sono e repouso alteram o equilíbrio homeostático, passando a emergir repercussões sobre o desenvolvimento dos fatores psicológico, igualmente afetando o sistema imunológico, do funcionamento e do desempenho das atividades, como ainda, influencia nos fatores como: comportamento, humor e habilidades de adaptação (GEIB et al. 2003). Constata-se ainda, que, o processo de envelhecimento associado aos outros déficits relacionados à idade, como memória e cognição tem uma maior tendência em considerar essas mudanças do sono como algo que acarreta prejuízos e comprometimentos no cotidiano dos idosos (GEIB et al. 2003).

1.1 Influência do sono na qualidade de vida dos idosos

Levando em consideração que os distúrbios do sono torna-se mais comuns com a idade, uma vez que, apresenta-se como forma de deterioração e redução nos ritmos do sistema circadiano de cronometragem (GARFINKEL et al, 2005). Havendo uma diminuição no percentual do que chamamos sono REM (*Rapid Eye Movement* ou movimento rápido dos olhos), ocasionando um menor tempo no sono profundo e restaurador NREM (*Non Rapid Eye Movement* ou "movimento não rápido dos olhos"), isso implica na maior fragmentação do sono, como os despertares noturnos, cochilos, fazendo com que, a latência do sono seja encurtada durante o dia (SÁ et al., 2007).

Nesse sentido, é plausível destacar que a escassez de sono poderá trazer sérias consequências, em particular, nos idosos, em outras palavras: sono de má qualidade e os distúrbios do sono têm particular relevância entre os idosos, pois além de muito frequentes podem causar prejuízos ao cotidiano e à saúde. Dificuldade em manter a atenção, redução da

velocidade de resposta, prejuízos da memória, da concentração e do desempenho, fatores estes que podem ser resultado, do sono de má qualidade (ARAÚJO; CEOLIM, 2009).

Essas alterações no padrão do sono, podem desencadear sérios problemas de saúde, como por exemplo: síndromes encefálicas e alterações do fluxo sanguíneo cerebral, aumento dos problemas respiratórios durante o sono e atividade mioelétrica noturna e ainda, outras condições (GEIB et al. 2003). Com esses transtornos advindos da má qualidade do sono, destaca-se que, em especial nos idosos, esses sinais podem ser interpretados como indicativos de prejuízo cognitivo ou de demência (ARAÚJO; CEOLIM, 2009).

Quando essas alterações acontecem em um público idoso, as consequências disso são bastante visíveis. Dentre elas pode destacar-se: redução quantitativa dos estágios de sono profundo; redução do limiar para o despertar devido a ruídos, tais sintomas acontecem associados ao aumento quantitativo do sono superficial (DOS SANTOS; ARIENE, 2013). Com isso, conseqüentemente há uma maior latência para o início do sono; que resulta no aumento dos cochilos durante o dia; redução da duração total do sono noturno maior número de transições de um estágio para outro e para a vigília; maior frequência de distúrbios respiratórios durante o sono (DOS SANTOS; ARIENE, 2013).

Assim, portanto, dormir 7 a 8 horas por dia, promove melhor capacidade cognitiva, maior sociabilidade, menor número de doenças crônicas e melhor capacidade física, por outro lado, dormir menos de 5 horas ou superior a 10 horas, aumenta o risco de desenvolvimentos de patologias como por exemplo, a depressão (RAPOSO, 2015).

A má qualidade e os distúrbios do sono têm repercussões que afetam negativamente a vida do idoso e pode ter grande impacto na qualidade de vida, pois, além de muito frequentes nessa faixa etária, podem prejudicar a execução de suas tarefas diárias e sua saúde (SILVA et al. 2011).

Compreendendo, que cada idoso é um ser único que, ao longo da sua trajetória de vida, foi influenciado por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural e econômica, os quais podem atuar sobre a qualidade de vida na velhice (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2000).

Considera-se, além do que já foi exposto, auxiliar os indivíduos para que possam conviver mais tranquilamente com a realidade da velhice, pois com a diminuição da vitalidade, normalmente os idosos passam a ser ignorado no cenário da economia, da família, da educação e outros espaços.

Nesse sentido, este trabalho poderá contribuir com um conhecimento científico, junto a psicologia do desenvolvimento, sobre o comportamento do ciclo vital, levando em consideração os aspectos cognitivos do envelhecimento. Desse modo a qualidade do sono em idosos tem implicações direta na qualidade de vida, seja por um fator positivo como dormir bem, traz inúmeros benefícios como disposição, melhor produtividade, sensação de bem-estar. Seja como um fator negativo como não dormir bem, acarreta distúrbios e doenças psicológicas e demais patologias. Demonstrando-se assim uma série de impactos psicológicos e social no processo do envelhecimento causados pelas alterações do sono (GABINETE DE ESTUDOS TÉCNICOS, 2015).

Nesse processo, portanto, se faz necessário compreender que cada idoso é um ser único que, ao longo da sua trajetória de vida e influenciado por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural e econômica, os quais podem atuar sobre a qualidade de vida na velhice (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2000). Dessa forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade do sono e verificar suas repercussões na cognição, nos sintomas de ansiedade e depressão em idosos.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 Delineamento

Foi realizada uma pesquisa do tipo transversal, analítica, quantitativa e exploratória. As diretrizes estipuladas pelo STROBE (von Elm, et al. 2008) serão utilizadas para caracterização dos aspectos transversais desta pesquisa.

2.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada entre outubro de 2018 à setembro 2019, na Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) com os estudantes idosos, localizada no Campus I da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no município de Campina Grande – PB.

2.3 Amostra

A amostra foi do tipo não probabilística por acessibilidade, composta por 105 pessoas com idade a partir de 60 anos, dos dois sexos, matriculados e frequentam as aulas da UAMA.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados os seguintes critérios para inclusão:

- Ter idade igual ou maior que 60 anos;
- Concordar em participar da pesquisa;
- Ter matriculado e frequentar as aulas da UAMA.

Foram considerados os seguintes critérios para exclusão:

- Possuir comorbidades neurológicas;
- Dependência química e etilista.

2.5 Instrumentos de Coleta de dados

Avaliação Sociodemográfica

- Ficha de avaliação Sociodemográfica

Alterações do sono:

- Escala de Sonolência de Epworth
- Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Função cognitiva:

- Avaliação Cognitiva Montreal

Transtornos comportamentais:

- Inventário de Ansiedade de Beck
- Inventário de Depressão de Beck II

A Ficha de Avaliação Sociodemográfica (APÊNDICE A), para a caracterização dos participantes, incluiu os itens gênero, idade, escolaridade, estado civil, dados sociais e atividades ocupacionais, entre outros.

A Escala de Sonolência de Epworth (ESS - ANEXO A), foi desenvolvida por Johns em 1991, através da observação da natureza e da ocorrência da sonolência diurna. É um questionário auto-administrado se refere à possibilidade de cochilar em oito situações cotidianas. Para graduar a probabilidade de cochilar, o indivíduo utiliza uma escala 0 (zero) a

3 (três), onde 0 corresponde a nenhuma e 3 a grande probabilidade de cochilar. É possível identificar indivíduos com grande possibilidade de Sonolência Diurna Excessiva (SDE), utilizando uma pontuação total de corte maior que 10 pontos. Já pontuações maiores de 16, são indicativas de sonolência grave, mais comumente encontradas nos pacientes com Síndrome da Apnéia Hipopnéia Obstrutiva do Sono (SAHOS) moderada grave, narcolepsia ou hipersônia idiopática.

O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI - ANEXO B), elaborado por Buysse et al. 1989, é um instrumento amplamente utilizado em avaliações e tratamentos clínicos de vários transtornos do sono. Avalia a qualidade do sono em relação ao último mês incluindo a latência e duração do sono e pode determinar os padrões de distúrbios de sono ao longo de um período de um mês, através da avaliação de dados qualitativos e quantitativos, e expressa pontuações relativas a gravidade dos problemas do sono.

A Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA - ANEXO C), é um instrumento de triagem breve para rastreio de declínio cognitivo leve, desenvolvido por Nasreddine et al. em 2005. Avalia funções executivas, habilidades visuo-espaciais, nomeação, recuperação da memória, dígitos, sentença, raciocínio abstrato e orientação. O tempo estimado para aplicação é de 10 minutos e tem pontuação máxima de 30 pontos, sendo escore ≥ 26 considerado indivíduos normais.

O Inventário de ansiedade de Beck (BAI II - ANEXO D), foi desenvolvido por Beck et al. 1988, para avaliar severidade de sintomas de ansiedade. O instrumento contém 21 itens que apresentam sintomas comuns de ansiedade, fornece um conjunto de critérios seguros e válidos que podem ajudar na diferenciação entre sintomas de ansiedade e depressão. Avalia os sintomas durante a semana que se passou, dentro de uma escala de 4 pontos, variando de 0 (não a todas) a 3 (severamente). Os itens somados resultam em escore total que pode variar de 0 a 63 (MALUF, 2002)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI- ANEXO E) é uma medida de auto avaliação de depressão criada por Beck et al., 1988. Consiste de 21 itens, incluem sintomas e atitudes, variando em uma intensidade de 0 a 3. É composta por itens referentes a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido.

2.6 Procedimento de coleta de dados

Após a concordância da realização da pesquisa na instituição (ANEXO F). Os indivíduos que frequentam a Universidade Aberta à Maturidade, e que estiverem dentro dos critérios de inclusão, foram convidados a participar da pesquisa e assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APENDICE G). Em seguida, a coleta de dados foi feita em uma única entrevista de forma igual para cada participante, na qual foram aplicadas as escalas e questionários de avaliação como mostra a Figura 1.

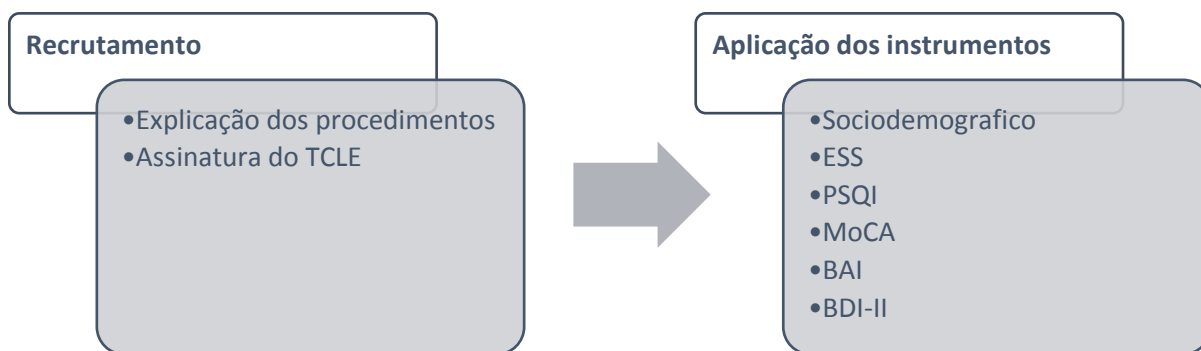


Figura 1. Organograma do recrutamento e avaliações

2.7 Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram expressos em porcentagem, média e desvio padrão da média. A análise inferencial foi feita através do Programa Estatístico *IBM SPSS Statistics 20*. Para verificar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de *Kolmogorov Smirnov*. A qualidade do sono avaliada pela PSQI foi correlacionada com as variáveis clínicas do BDI-II, BAI, MOCA e ESS usando a análise de correlação de Spearman. Para estabelecer causalidade entre as variáveis, foi realizada regressão linear. Em todas as análises foi considerado o nível de significância correspondente a $p < 0,05$.

2.8 Aspectos éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de seres humanos do Comitê de Ética do Centro Universitário UNIFACISA (nº2.792.134) e seguiu fielmente as diretrizes da resolução 466/2012.

Os voluntários receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo uma retida pelo voluntário e uma arquivada pelo pesquisador. Os que se recusarem, não participaram do estudo. A instituição responsável assinou o Termo de Autorização Institucional (ANEXO F), autorizando a realização da pesquisa no local.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo objetivou avaliar a qualidade do sono e associação com aspectos cognitivos, sintomas de ansiedade e depressão em idosos. A amostra foi composta por 105 idosos, com média de idade de $69,64 \pm 0,66$ anos. Houve predomínio do sexo feminino 89 (84,8%), sendo 16 (15,5%) do sexo masculino.

Apesar de 35,3% dos participantes apresentarem sintomas depressivos importantes, cerca 48,6%, apresentaram algum grau de ansiedade, que variou de leve a grave (Tabela 1). A ansiedade é um dos sintomas mais comuns observados em idosos e apresenta associações com risco de declínio cognitivo e comprometimento de distúrbios do sono nesta população (PEREZ et al, 2019; RAMOS; STANLEY, 2018; SUBRAMANYAM et al., 2018; KASSEM et al, 2017).

A sonolência diurna esteve presente em 35,2% dos idosos participantes, e foram avaliadas as chances de adormecer ou adormecer em oito situações diferentes comumente encontradas na vida cotidiana. Esse achado corrobora com outros estudos que mostram que há uma alta prevalência de sonolência diurna em idosos (ONEN et al., 2013; GOONERATNE et al., 2003). Além disso, a sonolência diurna tem associações com diversos problemas de saúde

(incluindo doenças cardíacas e depressão), problemas noturnos do sono, limitações das atividades da vida diária e uso de pílulas para dormir (WHITNEY et al., 1998).

As alterações no padrão do sono estiveram presentes em 53,3% dos participantes, referindo-se ao comprometimento ou dificuldades em dois ou mais componentes ou dificuldades moderadas em três componentes da PSQI. Esse achado corrobora com outros estudos que mostram a qualidade do sono está prejudicada nesta população, uma vez que, a má qualidade de sono resulta em sonolência diurna, estado depressivo, sintomas depressivos e baixa qualidade de vida, do mesmo modo como a diminuição da satisfação com a vida, humor e desempenho no trabalho (EMAMI et al, 2012; ULFBERG et al, 1996).

A qualidade do sono é um construto clínico relevante e parte essencial da qualidade de vida (LUO et al, 2013). Desse modo, a má qualidade do sono está associada em implicações negativas aos aspectos físicos, mentais e sociais do bem-estar (THICHUMPA et al, 2018), assim como fatores sociodemográficos, de integração social e de comportamento em saúde podem ter impacto à qualidade e duração do sono em idosos (GU et al, 2010).

Tabela 1. Caracterização clínica dos idosos estudados: sintomas depressivos, ansiedade, sonolência diurna e qualidade do sono (n = 105).

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA n (%)
BDI-II	
Não deprimido	68 (64,7)
Levemente deprimido	28 (26,7)
Moderadamente deprimido	9 (8,6)
Gravemente deprimido	0 (0)
BAI	
Ansiedade mínima	54 (51,4)
Ansiedade leve	28 (26,7)
Ansiedade moderada	18 (17,1)
Ansiedade grave	5 (4,8)
ESS	
Sono normal	68 (64,8)
Sonolência média	14 (13,3)
Sonolência anormal	23 (21,9)
PSQI	
Sono normal	49 (46,7)
Alterações no padrão do sono	56 (53,3)

Legenda: PSQI = Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; BDI = Inventário de Depressão de Beck II; BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; ESS = Escala de Sonolência Diurna de Epworth. Alterações no padrão do sono = Comprometimento ou dificuldades em dois ou mais componentes ou dificuldades moderadas em três componentes da PSQI.

Quanto às correlações, pode-se verificar associações significativas entre ansiedade e qualidade do sono ($r = 0,490$; $p < 0,000$), sintomas depressivos e qualidade do sono ($r = 0,345$; $p < 0,000$) e entre ansiedade e sintomas depressivos ($r = 0,543$; $p < 0,000$), como mostra a Tabela 2. Não houve relação entre a rastreio cognitivo global e aspectos relacionados ao sono. A regressão linear mostra uma influência significativa de sintomas depressivos na qualidade do sono ($r^2 = 0,1188$; $p = 0,0003$), como também, influência significativa da ansiedade na qualidade do sono ($r^2 = 0,2404$; $p < 0,0001$) (Figura 2).

Os transtornos de ansiedade constituem a classe mais comum de transtornos psiquiátricos (RAMSAWH et al 2009; KESSLER et al, 2005), relatos dos últimos anos apresentam uma atenção sobre questões peculiares de queixas de sono e seus correlatos, em comparação com queixas de sono ruim (RAMSAWH et al 2009; OHAYON, 2008). Cerca de 90% dos pacientes com depressão terão queixas de qualidade do sono (TSUNO AND RITCHIE, 2005). Achados apresentam associações entre problemas de sono com a presença de condições comorbidas relacionadas ao um risco significativo de depressão que por si só pode causar problemas no sono (HAYASHINO et al, 2010; JINDAL; BUYSSSE; THASE, 2004).

Achados recentes investigam relações entre os distúrbios do sono e comorbidades psiquiátricas e, demonstram que indivíduos com qualquer problema de sono comórbido, sobretudo o sono não restaurador, são mais propensos a prejuízos nas atividades diurnas (OH et al, 2019; ROTH et al, 2006), os dados ainda fazem associações de altas taxas da qualidade do sono com prevalência entre indivíduos com diagnóstico principal de transtorno de humor em relação a comorbidade de diagnóstico primário de transtornos de ansiedade (SOEHNER; HARVEY, 2012; ZIMMERMAN; CHELMINSKI; MCDERMUT, 2002; LAMERS et al, 2011).

Tabela 2. Correlação entre qualidade do sono, sonolência diurna, sintomas depressivos, ansiedade e aspectos cognição em idosos (n = 105).

		Escore Total					
		ESS	MoCA	BDI-II	BAI	PSQI	
Escore total	ESS	r	1				
		valor <i>p</i>					
	MoCA	r	.004	1			
		valor <i>p</i>	.964				
	BDI-II	r	.063	-.122	1		
		valor <i>p</i>	.525	.217			
	BAI	r	.161	-.059	.543**	1	
		valor <i>p</i>	.101	.551	.000		
	PSQI	r	.010	-.125	.345**	.490**	1
		valor <i>p</i>	.917	.203	.000	.000	

Legenda: r = correlação de Person; p = valor de significância p; MoCA = Avaliação Cognitiva Montreal; BDI-II = Inventário de Depressão de Beck; BAI = Inventário de Ansiedade de Beck; PSQI = Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; ESS = Escala de Sonolência Diurna de Epworth.

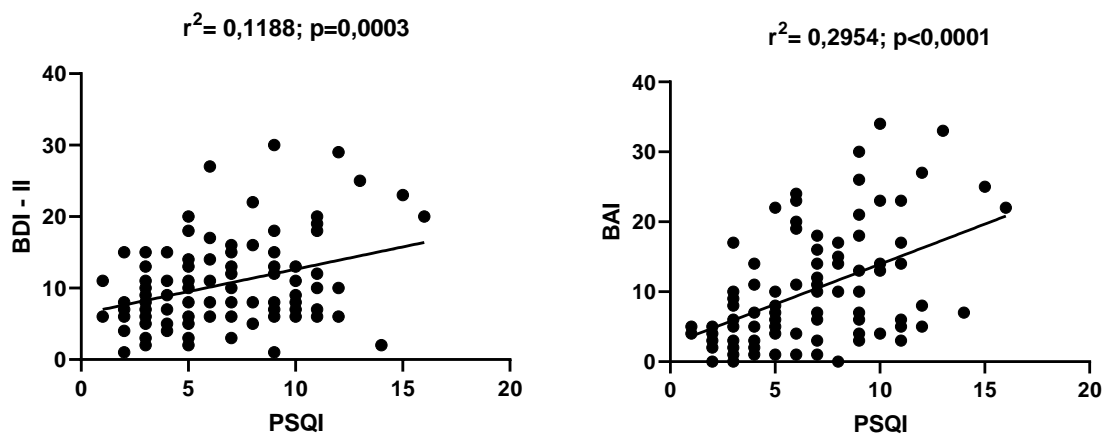


Figura 2. Regressão Linear entre a PSQI, sintomas depressivos e a ansiedade.

Legenda: PSQI = Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; BDI-II = Inventário de Depressão de Beck; BAI = Inventário de Ansiedade de Beck.

Este estudo apresentou resultados sobre a qualidade do sono e associação de distúrbios em alterações cognitivas de transtorno de humor nos idosos. Embora os instrumentos utilizados para avaliação sejam confiáveis e validados nacional e internacionalmente, permitindo uma investigação direta e eficaz dessa população, essas medidas fornecem dados de autorrelato que podem tornar os resultados mais subjetivos. Outra limitação refere-se ao número pequeno de homens na amostra, que poderia fornecer resultados mais concisos quanto à influência da condição investigada.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, pode confirmar que os transtornos de ansiedade e depressão influenciam na qualidade do sono dos indivíduos estudados. No entanto, não houve relação entre a cognição e os aspectos do sono estudado. Deve-se considerar que a predominância do sexo

feminino destacou-se pela disponibilidade dos participantes. Estudos futuros deverão ser realizados de forma que incluam uma maior amostra do sexo masculino, onde se tenha condições de comparar os dados levando em consideração as proporções equiparadas entre os sexos feminino e masculino nas investigações da qualidade do sono em idosos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Claudia Lysia de Oliveira; CEOLIM, Maria Filomena. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Revista especialista em enfermagem**, Guaratinguetá; nº 44, p. 619-26, 2010.

BECK AT; STEER RA, GARBIN MG. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: *Twenty-Five Years of Evaluation*. **Clin. Psych. Rev**, nº 8 p. 77-100, 1988.

BECK, Aaron T .; STEER, Robert A .; CARBIN, Margery G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review Volume**, v. 8, n. 1, p. 77-100, 1988.

BODSTEIN, Airton; LIMA, Valéria Vanda Azevedo de; BARROS, Angela Maria Abreu de. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Revista: Ambient. soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 157-174, 2014.

BUYSSE, DJ; REYNOLDS, CF 3RD; MONK, TH; BERMAN, SR; KUPFER, DJ. **The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research**, v 28, nº 2, p. 193-213,1989.

CEOLIM, Maria Filomena et al. Implantação do Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 85-90, 2000.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

DIOGO, Maria José D. et al. Implantação do Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2000.

DOS SANTOS; ARIENE Angelini et al. Perfil dos idosos que cochilam. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, 2013.

EMAMI, E. et al. Qualidade do sono percebida entre idosos desdentados. **Gerodontologia** , v. 29, n. 2, p. e128-e134, 2012.

FONTES, Andréa Cristina; NERI, Liberalesso Anita. **Eventos de vida e envelhecimento humano**. In. Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. (Org.). Anita Liberalesso Neri, Mônica Sanches Yassuda, (Colab.) Meire Cachioni. Papirus, Campinas, 2004.

GABINETE DE ESTUDOS TÉCNICOS. O papel dos psicólogos no envelhecimento. **Revista de dados e literatura científica**. Ordem dos psicólogos. Lisboa, n 15, p. 2-6, 2015.

GARFINKEL, D. et al. Melhoria da qualidade do sono em idosos por melatonina de liberação controlada. **The Lancet** , 1995, 346.8974: 541-544.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter; NETO, Alfredo Cataldo; WAINBERG; Ricardo; NUNES, Magda Lahorgue. Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, vol.25 nº.3, 2003.

GOONERATNE, Nalaka S. et al. Functional outcomes of excessive daytime sleepiness in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 5, p. 642-649, 2003.

GU, Danan et al. Sociodemographic and health correlates of sleep quality and duration among very old Chinese. **Sleep**, v. 33, n. 5, p. 601-610, 2010.

HAYASHINO, Yasuaki et al. Association between number of comorbid conditions, depression, and sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index: results from a population-based survey. **Sleep medicine**, v. 11, n. 4, p. 366-371, 2010.

JINDAL, Ripu D.; BUYSSE, Daniel J.; THASE, Michael E. Maintenance treatment of insomnia: what can we learn from the depression literature?. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 1, p. 19-24, 2004.

JOHNS, MW. **A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale**, dec;14, p. 540-545, 1991.

KASSEM, Ahmed M. et al. Anxiety symptoms and risk of cognitive decline in older community-dwelling men. **International psychogeriatrics**, v. 29, n. 7, p. 1137-1145, 2017.

KESSLER, Ronald C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of general psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 593-602, 2005.

LAMERS, F. et al. Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 72, n. 3, p. 341-348, 2011.

LUO, Jianfeng et al. Prevalence and risk factors of poor sleep quality among Chinese elderly in an urban community: results from the Shanghai aging study. **PloS one**, v. 8, n. 11, p. e81261, 2013.

MALUF, Thais Pugliani Gracie. *Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos*. 2002. Tese (mestre em ciência da saúde) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

NASREDDINE ZS; PHILLIPS NA; Bédirian V; CHARBONNEAU S; WHITEHEAD V, COLLIN I; CUMMINGS JL; CHERTKOW H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. **J Am Geriatr Soc**, v 53 nº 4, p. 695-9, 2005.

OH, Chang-Myung et al. O efeito da ansiedade e depressão na qualidade do sono de indivíduos com alto risco para insônia: um estudo de base populacional. **Fronteiras em neurologia**, v. 10, p. 849, 2019.

OHAYON, Maurice M. Nocturnal awakenings and comorbid disorders in the American general population. **Journal of psychiatric research**, v. 43, n. 1, p. 48-54, 2008.

ONEN, Fannie et al. Limites da escala de sonolência de Epworth em idosos. **Sono e respiração**, v. 17, n. 1, p. 343-350, 2013.

PEREZ, Elliottnell et al. Anxiety and executive functions in mid-to-late life: the moderating role of sleep. **Aging & mental health**, p. 1-7, 2019.

RAMOS, Katherine; STANLEY, Melinda A. Anxiety disorders in late life. **Psychiatric Clinics**, v. 41, n. 1, p. 55-64, 2018.

RAMSAWH, Holly J. et al. Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. **Journal of psychiatric research**, v. 43, n. 10, p. 926-933, 2009.

RAPOSO, Francisco Miguel de Ornelas. **As alterações do sono no idoso**. 2015. Dissertação de Mestrado.

ROTH, Thomas et al. Sleep problems, comorbid mental disorders, and role functioning in the national comorbidity survey replication. **Biological psychiatry**, v. 60, n. 12, p. 1364-1371, 2006.

SÁA, Renata Maria Brito de; MOTTAB, Luciana Branco da; OLIVEIRA, Francisco José de. Insônia: prevalência e fatores de risco relacionados em população de idosos acompanhados em ambulatório. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, vol. 10, núm. 2. p. 217-230, 2007.

SILVA, Nunes de, et al. Avaliação da qualidade de sono em idosos não institucionalizados. **ConScientiae Saúde**. Universidade Nove de Julho. São Paulo, vol. 11, nº 1, p. 29-36, 2012.

SOEHNER, Adriane M.; HARVEY, Allison G. Prevalence and functional consequences of severe insomnia symptoms in mood and anxiety disorders: results from a nationally representative sample. **Sleep**, v. 35, n. 10, p. 1367-1375, 2012.

SUBRAMANYAM, Alka A. et al. Clinical practice guidelines for geriatric anxiety disorders. **Indian journal of psychiatry**, v. 60, n. Suppl 3, p. S371, 2018.

THICHUMPA, Weerakorn et al. Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand. **Epidemiology and health**, v. 40, 2018.

TSUNO, Norifumi; Besset, Alain; RITCHIE, Karen. Sono e depressão. **O Jornal de psiquiatria clínica**, 2005.

ULFBERG, Jan, et al. Sonolência excessiva durante o dia no trabalho e desempenho subjetivo no trabalho na população em geral e entre roncadores pesados e pacientes com apneia obstrutiva do sono. **Chest**. p.659-663; 1996.

VALADARES, Neto, D. C. **Distúrbios de sono no idoso**. In: CANCADO, F. A. X. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: Coopmed Editora; 1994.

von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008 Apr;61(4):344-9.

WHITNEY, Coralyn W. et al. Correlates of daytime sleepiness in 4578 elderly persons: the Cardiovascular Health Study. **Sleep**, v. 21, n. 1, p. 27-36, 1998.

WORLD Health. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização **Pan-Americana da Saúde**. 2005.(Tradução Suzana Gontijo).

ZIMMERMAN, Mark; CHELMINSKI, Iwona; MCDERMUT, Wilson. Transtorno depressivo maior e comorbidade diagnóstica no eixo I. **O Jornal de psiquiatria clínica**, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A - FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Nome: _____	
DN: _____	Idade: _____
Telefone: _____	Cidade onde vive: _____
Sexo: _____	Estado civil: _____
Nº de pessoas que vive: _____	Nº de filhos: _____
Profissão (ou ocupação): _____	Cor declarada: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Outro (qual?): _____
<p style="text-align: center;">Escolaridade:</p> <input type="checkbox"/> 1º incompleto <input type="checkbox"/> 1º completo <input type="checkbox"/> 2º incompleto <input type="checkbox"/> 2º completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Outros _____ (se possível, anotar os anos de estudos de todos os participantes).	Usa algum auxiliar para locomoção? <input type="checkbox"/> Sim! Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não
Residência:	
<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Aluguel <input type="checkbox"/> Próprio ou cedido	
Serviços:	
Para cuidados pessoais? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	Para cuidados domésticos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____
Reabilitação? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	Renda familiar: _____
Outros serviços de saúde (privado, posto de saúde): _____	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Aprovação CEP: nº 2.792.134

Título do Projeto: Avaliação da Qualidade do Sono e suas Repercussões na Cognição, nos Sintomas de Ansiedade e Depressão em Idosos: um Estudo Observacional.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo Avaliação Da Qualidade Do Sono E Suas Repercussões Na Cognição, Nos Sintomas De Ansiedade E Depressão Em Idosos: Um Estudo Observacional. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba.

Se você aceitar participar da pesquisa realizará uma entrevista, a fim de conhecer as informações sobre seu estado de saúde e suas condições sociodemográficas. Após, você responder um questionário onde terão perguntas relacionadas: a qualidade do sono, se faz uso de medicação, probabilidade de cochilar ou adormecer, hábitos de sonos com relação ao último mês. Sobre habilidades viso-espaciais, memória, através do rastreo cognitivo leve.

Esta avaliação terá duração de aproximadamente quarenta minutos e será realizada na Universidade Aberta à Maturidade da Universidade Estadual da Paraíba, localizada no Campus I, no município de Campina Grande – PB.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa envolvem cansaço devido ao tempo de avaliação, fadiga muscular, constrangimento relacionado aos questionários. Estes riscos serão minimizados pelo preparo e acompanhamento constante por parte do pesquisador responsável e equipe da pesquisa.

Os benefícios diretos aos pacientes estão relacionados ao resultado das avaliações, que serão disponibilizados individualmente para cada paciente, através de contato pessoal ou por telefone. Os benefícios indiretos, poderão oferecer melhores esclarecimentos sobre a qualidade do sono e suas repercussões em alterações cognitivas e transtorno de humor em idosos.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento a qualquer momento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta em publicações científicas, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvida, poderá entrar em contato com a pesquisadora Rosiêne Vieira da Silva, pelo telefone (83) 986647948, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, pelo telefone (83) 3315-3373, ou na rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB, Prédio Administrativo da Reitoria, 2º andar Sala 214, Segunda, Terça, Quinta e Sexta-feira das 07:00 horas às 15:00.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

e do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e data

ANEXO

ANEXO A - ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH (ESS)

Qual é a probabilidade de você “cochilar” ou adormecer nas situações que serão apresentadas a seguir, em contraste com estar sentindo-se simplesmente cansado? Isto diz respeito ao seu modo de vida comum, nos tempos atuais. Ainda que você não tenha feito, ou passado por nenhuma destas situações, tente calcular como poderiam tê-lo afetado. Utilize a escala apresentada a seguir para escolher o número mais apropriado para cada situação.

- 0 = nenhuma chance de cochilar
- 1 = pequena chance de cochilar
- 2 = moderada chance de cochilar
- 3 = alta chance de cochilar

SITUAÇÃO	CHANCE DE COCHILAR
Sentado e lendo	_____
Vendo TV	_____
Sentado em um lugar público (ex. sala de espera, igreja.)	_____
Como passageiro de trem, carro ou ônibus	_____
Andando uma hora sem parar.	_____
Deitando-se para descansar à tarde, quando As circunstâncias permitem.	_____
Sentado e conversando com alguém	_____
Sentado calmamente após almoço sem álcool	_____
Se você tiver carro, enquanto para por alguns Minutos quando pega trânsito intenso	_____
TOTAL	_____

ANEXO B - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI)

As questões seguintes referem-se aos seus hábitos de sono durante o mês passado. Suas respostas devem demonstrar, de forma mais precisa possível, o que aconteceu na maioria dos dias e noites apenas desse mês. Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, a que horas você foi habitualmente dormir? Horário habitual de dormir:.....

2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) habitualmente você levou para adormecer à cada noite: Número de minutos.....

3) Durante o mês passado, a que horas você habitualmente despertou? Horário habitual de despertar:.....

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono realmente você teve à noite? (isto pode ser diferente do número de horas que você permaneceu na cama) Horas de sono por noite:.....

Para cada uma das questões abaixo, marque a melhor resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas de sono porque você...

a. não conseguia dormir em 30 minutos

nunca no mês passado

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

b. Despertou no meio da noite ou de madrugada

nunca no mês passado

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

c. Teve que levantar à noite para ir ao banheiro

nunca no mês passado

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

d) Não conseguia respirar de forma satisfatória

nunca no mês passado

uma ou duas vezes por semana

menos de uma vez por semana

três ou mais vezes por semana

e) Tossia ou roncava alto

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

f) Sentia muito frio

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

g) Sentia muito calor

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

h) Tinha sonhos ruins

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

i) Tinha dor

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

j) outra razão (por favor, descreva)

k) Durante o mês passado, com que frequência você teve problemas com o sono por essa causa acima?

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

6) Durante o mês passado, como você avaliaria a qualidade geral do seu sono?

- muito bom
- bom
- ruim
- muito ruim

7) Durante o mês passado, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudar no sono?

- nunca no mês passado
- uma ou duas vezes por semana
- menos de uma vez por semana
- três ou mais vezes por semana

8) Durante o mês passado, com que frequência você teve dificuldades em permanecer acordado enquanto estava dirigindo, fazendo refeições, ou envolvido em atividades sociais? ()nunca no mês passado

()uma ou duas vezes por semana

()menos de uma vez por semana

()três ou mais vezes por semana

9) Durante o mês passado, quanto foi problemático para você manter-se suficientemente entusiasmado ao realizar suas atividades?

()nunca no mês passado

()uma ou duas vezes por semana

()menos de uma vez por semana

()três ou mais vezes por semana

10) Você divide com alguém o mesmo quarto ou a mesma cama?

() mora só

()divide o mesmo quarto, mas não a mesma cama

()divide a mesma cama

Se você divide com alguém o quarto ou a cama, pergunte a ele(a) com qual frequência durante o último mês você tem tido:

a) Ronco alto

()nunca no mês passado

()uma ou duas vezes por semana

()menos de uma vez por semana

()três ou mais vezes por semana

b) Longas pausas na respiração enquanto estava dormindo

()nunca no mês passado

()uma ou duas vezes por semana

()menos de uma vez por semana

()três ou mais vezes por semana

c) Movimentos de chutar ou sacudir as pernas enquanto estava dormindo

()nunca no mês passado

()uma ou duas vezes por semana

()menos de uma vez por semana

()três ou mais vezes por semana

d) Episódios de desorientação ou confusão durante a noite?

()nunca no mês passado

()uma ou duas vezes por semana

()menos de uma vez por semana

()três ou mais vezes por semana

e) Outras inquietações durante o sono (por favor, descreva):

	Nenhuma chance de cochilar	Pequena chance de cochilar	Moderada chance de cochilar	Alta chance de cochilar
Sentado e lendo	0	1	2	3
Vendo TV	0	1	2	3
Sentado em um lugar público, sem atividade (sala de espera, cinema, teatro, reunião)	0	1	2	3
Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar	0	1	2	3
Deitado para descansar a tarde quando as circunstâncias permitem	0	1	2	3
Sentado e conversando com alguém	0	1	2	3
Sentado calmamente, após o almoço sem álcool	0	1	2	3
Se você estiver de carro, enquanto para por alguns minutos no trânsito intenso	0	1	2	3
TOTAL				

ANEXO D - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Dificilmente pude suportar
Dormência ou formigamento				
2.Sensação de calor				
Tremores nas pernas				
Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9.Aterrorizado				
10.Nervoso				
11.Sensação de sufocação				
12.Tremores nas mãos				
13.Trêmulo				
14.Medo de perder o controle				
15.Dificuldade de respirar				
16.Medo de morrer				
17.Assustado				
18.Indigestão ou desconforto no abdômen				
19.Sensação de desmaio				
20.Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO E - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI - II)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1.

- 0 Não me sinto triste.
- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

- 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3.

- 0 Não me sinto um fracasso.
- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4.

- 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5.

- 0 Não me sinto especialmente culpado.
- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6.

- 0 Não acho que esteja sendo punido.
- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7.

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

8.

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9.

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10.

0 Não choro mais que o habitual.

1 Choro mais agora do que costumava.

2 Agora, choro o tempo todo.

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11.

0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12.

0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.

3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

1 Adio minhas decisões mais do que costumava.

2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.

3 Não consigo mais tomar decisões.

14.

0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.

2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.

3 Considero-me feio.

15.

0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16.

0 Durmo tão bem quanto de hábito.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado que de hábito.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.

0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19.

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20.

0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21.

0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.


3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO F - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Termo de Autorização Institucional

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E SUAS REPERCUSSÕES EM ALTERAÇÕES COGNITIVAS E TRANSTORNO DE HUMOR EM IDOSOS" desenvolvida pela aluna Rosiêne Vieira da Silva do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Maria do Carmo Eulálio.

Campina Grande - PB, 20 / 06 / 2018


Universidade Estadual da Paraíba
Universidade Aberta e Inclusiva
Prof. Manoel Freire de Oliveira Neto
Coordenador de Curso
Assinatura e cargo do responsável institucional

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado sabedoria e motivação para superar as dificuldades.

A Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

A minha orientadora Maria do Carmo Eulálio, que sempre esteve à disposição para trocar ideias a respeito da temática abordada a qual, busca aprofundar com grande compromisso.

Aos amigos Nayron Medeiros e Gabriela Magalhães, pelo apoio da construção e elaboração deste trabalho, além da paciência e incentivo.

A minha família, em particular Ijaelson Clidório e Sofia Vieira pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao Grupo Pizza (G8), Alanna, Jaqueline, Laura, Louise, Rainny, Bianca e Glorivânia, por tantos momentos bons em busca de conhecimentos que foram experimentados, e apoiemo-nos nas dificuldades, quando possível.

A Universidade aberta à Maturidade (UAMA), onde realizei a pesquisa, e pude confrontar a teoria com a prática. Agradeço a suas diversas representações que constitui o corpo da Instituição.

E a todos que diretamente ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.