



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO PSICOLOGIA**

JOSÉ MARCOS DA SILVA FILHO

**A RELAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E O BEM-ESTAR
SUBJETIVO NOS IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE - PB**

CAMPINA GRANDE – PB
2014

JOSÉ MARCOS DA SILVA FILHO

**A RELAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E O BEM-ESTAR
SUBJETIVO NOS IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Psicologia.

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

CAMPINA GRANDE – PB
2014

É expressamente proibida 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 da dissertação.

S586r Silva Filho, Jose Marcos da.

A relação da qualidade do sono e o bem-estar subjetivo nos idosos residentes no município de Campina Grande - PB [manuscrito] / Jose Marcos da Silva Filho. - 2014.
23 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Dr. Maria do Carmo Eulálio, Departamento de Psicologia".

1. Idoso. 2. Qualidade do sono. 3. Bem-estar subjetivo. I.
Título.

21. ed. CDD 616.849 8

JOSÉ MARCOS DA SILVA FILHO

**A RELAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E O BEM-ESTAR
SUBJETIVO NOS IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Psicologia da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de
Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Aprovado em 18/07/2014.

Maria do Carmo Eulálio

Profª Drª Maria do Carmo Eulálio / UEPB
Orientadora

Rômulo Lustosa P. de Melo

Prof. Ms. Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo / UEPB
Examinador

Adrianna Ribeiro Lacerda

Profª Ms. Adrianna Ribeiro Lacerda/ FCM-CG
Examinadora

A RELAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E O BEM-ESTAR SUBJETIVO NOS IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB

SILVA FILHO, Jose Marcos¹.

RESUMO

O objetivo central deste trabalho foi verificar os índices e as correlações entre a qualidade do sono e o Bem-estar subjetivo de pessoas idosas. Participaram 381 idosos, com idade de 60 a 96 anos ($M= 71,50$; $DP= 8,0$) houve predominância do sexo feminino (73,5%). Foram aplicados os seguintes instrumentos: Mini-Exame do Estado Mental, Mini-Questionário do Sono, Escala de Satisfação com a Vida, Escala de Afetos Positivos e Negativos. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, correlações de Pearson, regressão linear, análises fatoriais confirmatórias. Os resultados indicaram que a qualidade do sono (QS) obteve padrão de sono com média de 27,61 ($DP=10,39$) e os dados da estatística descritiva da dimensão do BES alcançou média global de $M=4,28$ ($DP=0,54$), para o afeto positivo a média foi $M=5,07$ ($DP=1,10$), afeto negativo de 2,19 ($DP=1,10$) e a satisfação com a vida foi $M=5,58$ ($DP=1,14$). Houve uma correlação significativa da QS com a satisfação com a vida e os afetos, notou-se também que a qualidade do sono explica o bem-estar subjetivo. Sendo assim, a QS exerceu influência no BES (satisfação com a vida e os afetos), especialmente no afeto negativo.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Qualidade de Sono. Bem-Estar Subjetivo.

ABSTRACT

The central objective of this study was to determine the rates and the correlations between sleep quality and subjective well-being of older people. Participated in 381 individuals aged 60-96 years ($M = 71.50$, $SD = 8.0$) were predominantly female (73.5%). The following instruments were applied: Mini-Mental State Examination, Mini-Sleep Questionnaire Scale, Satisfaction with Life Scale, Positive and Negative Affects. Were performed descriptive statistical analyzes, Pearson correlations, linear regression, confirmatory factor analyzes. The results indicated that the quality of sleep (QS) sleep pattern obtained with an average of 27.61 ($SD = 10.39$), and data descriptive statistics on the size of the BES reached global average of $M = 4.28$ ($SD = 0.54$) for the positive affect the mean was $M = 5.07$ ($SD = 1.10$), negative affect of 2.19 ($SD = 1.10$) and satisfaction with life was $M = 5.58$ ($SD = 1.14$). There was a significant correlation of QS with life satisfaction and affects, it was noted that the quality of sleep explains subjective well-being. Thus, the QS exerted influence on SWB (life satisfaction and affects), especially in negative affect.

KEYWORDS: Elderly. Quality of Sleep. Subjective Well-Being.

¹ José Marcos da Silva Filho
E-mail: piedromarcos@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

1.1. QUALIDADE DO SONO

O sono é um estado comportamental de desligamento reversível da percepção e afastamento do meio ambiente. Tal conceito entende-se por uma combinação complexa de processos psicológicos e comportamentais (KRYGER, ROTH, DEMENT, 2011).

De acordo com Lorenzini et al. (2003), o sono consiste em um estado de inconsciência reversível, de onde o sujeito pode retornar a condição de vigília, através de estímulos sensoriais ou outras formas de estimulação. Para Casal (1990) é um estado funcional, reversível e cíclico, possuindo aparecimentos de comportamentos característicos, por exemplo, imobilidade relativa e o aumento do limiar de resposta aos estímulos externos. Segundo Velluti et al. (1990), o sono surge como um conjunto de mudanças fisiológicas, na qual participam vários sistemas do organismo gerido pelo sistema nervoso central (SNC).

No tocante aos aspectos fisiológicos o sono, pode acarretar para o ser humano a restauração do equilíbrio em diversas regiões do SNC; discreta redução da pressão arterial sistólica; diminuição da temperatura e do metabolismo; relaxamento muscular; pequeno declínio da oxigenação neuronal; e processamento de várias memórias (LORENZINI, 2003; VAN SOMEREN, 2000), sendo de suma importância o sono para a preservação da homeostase do organismo humano.

O sono é composto pela intercalação de dois ciclos: sono nREM (não-REM) e o sono REM. O primeiro alude pela falta de movimentos rápidos dos olhos, pela redução do tônus muscular, da frequência cardíaca e respiratória, e é subdividido em quatro estágios: sonolência ou estágio 1, sono leve ou estágio 2, e sono profundo ou estágios 3 e 4 (componentes restaurativos do sono com predominância de sono de ondas lentas). No que diz respeito ao sono REM, ele compreende rápidos movimentos dos olhos, presença de sonhos, maior profundidade na respiração e intensificação da diminuição do tônus muscular (VELLUTI, 1990).

A escassez do sono pode acarretar problemas a nível emocional, social, acadêmico e profissional (GAULTNEY, 2010). As principais queixas que a privação de sono ocasiona são: sonolência, fadiga, mal-estar, insônia, irritabilidade e diminuição das capacidades cognitivas (KRYGER, ROTH, DEMENT, 2011). A privação do sono parcial tem como efeitos a diminuição do desempenho psicomotor, lapsos de atenção e dificuldades de concentração, redução da memória para acontecimentos recentes, tempos de reação prolongados, mau humor, sensação de fadiga, irritabilidade e até estados confusionais (PAIVA, 2008).

Boscolo et al. (2007) relata que a saúde física e mental encontra-se associadas a uma boa qualidade de sono (QS), tais qualidades levam as pessoas saudáveis a desfrutarem de ganhos nos aspectos biológicos, psicológicos, emocionais intelectuais e sociais, adquirindo satisfação e melhor rendimento nas atividades cotidianas, no trabalho, nas atividades de lazer, contribuindo assim para uma boa qualidade de vida. Buysse et al. (1989) diz que a qualidade de sono possui aspectos quantitativos e subjetivos, o quantitativo alude quanto tempo dura o sono, latência do sono ou número de despertares. Já os aspectos subjetivos referem-se à avaliação auto relatada da qualidade do sono. Os itens que qualificam a qualidade do sono também distinguem de indivíduo para indivíduo.

No decorrer dos anos o impacto do sono fica perceptível na saúde física e mental dos indivíduos (KRYGER, ROTH, DEMENT, 2011).

1.2. QUALIDADE DO SONO E ENVELHECIMENTO

O aumento expressivo no número da população de idosos caracteriza-se como um fenômeno mundial que vem chamando a atenção dos governantes e da sociedade. Neste quadro de expansão, o Brasil caracteriza-se como um país que envelhece a passos largos, ocupando o sexto lugar na classificação mundial em número de idosos (KÜCHEMANN, 2012; INOUE et al., 2008). De acordo com o último censo demográfico realizado no ano de 2010 (IBGE, 2011), dos 190.755.199 milhões de brasileiros, 11,3% da população total abrange o número de pessoas com idades a partir de 60 anos vivendo no Brasil.

Estudos epidemiológicos realizados averiguaram que 40% dos idosos acima de 65 anos estão descontentes com seu sono ou descrevem dificuldade com o sono (PANDIPERUMAL, 2002). No Brasil, Ballone e Moura (2004) indica uma prevalência de 50% de transtornos do sono em pessoas idosas. Já nos Estados Unidos, estudos têm observado que mais da metade de pessoas idosas moradoras em comunidades e dois terços das institucionalizadas apontam transtornos do sono (SHOCHAT, LOREDO, ANCOLI-ISRAEL, 2001).

O processo de envelhecimento acarreta consigo déficits cognitivos, psicológicos e fisiológicos. No que diz respeito aos déficits mais frequente relativos a esta faixa etária, são identificados aqueles causados pela redução da quantidade e qualidade do sono, tornando assim o sono cada vez mais motivo de queixa. Modificações na velhice podem ser ressaltadas em diversos níveis da arquitetura (CEOLIM, 1996) e qualidade do sono (GEIB, 2003). Segundo Geib et al., (2003) os idosos que exponham queixas referentes ao sono, muitos não o

fazem por não entender como disfunções, mas compreendem como eventos normais do processo de senescência. Com o passar da idade há uma alteração no padrão normal do sono, modificações sociais e fisiológicas decorrente do processo de envelhecimento cooperam para este fato, com as transformações do padrão social, padrões familiares, diminuição dos ciclos de amizades, inatividade física e profissional colabora para maior sonolência diurna e, por conseguinte, diminuição do sono noturno (OLIVEIRA, MOTTA, SÁ, 2007).

Com o avanço da idade, um grande número de idosos, sofre alterações na qualidade do sono, incluindo dificuldades em conciliar o sono (pegar no sono), sono fragmentado/entrecortado, sono muito superficial; na qual acarreta sonolência demasiada no decorrer do dia, diminuição no estado de alerta e “cochilos” curtos, o que nos idosos pode indicar proximidade de transtornos do sono. (MUGEIRO, 2011; BALLONE, 2004).

Os transtornos do sono estão relacionados a uma piora na saúde física, cognitiva e emocional (TANAKA, 2004) e podem resultar em redução do senso de bem-estar, dificuldade no exercício de funções sociais, depressão e diminuição da qualidade de vida (QUAN, ZEE, 2004), além do mais, um aumento do potencial para morbidade e mortalidade (HOOD, BRUCK, KENNEDY; SOUZA, REIMÃO, 2004).

O transtorno do sono com maior predominância na velhice é a insônia (SOUZA, REIMÃO, 2004; CHOKROVERTY, 1994). Tal transtorno é qualificado pela dificuldade de adormecer, problema em se manter adormecido (com constantes despertares durante o período noturno) (INOCENTE, 2005). Segundo Souza e Reimão (2004), a insônia está ligada tanto ao comprometimento do sono noturno como da vigília, derivando em prejuízo na eficiência do sono, ou seja, existe um prejuízo tanto na quantidade como na qualidade do sono. Os sintomas comuns em pacientes com insônia são fadiga, cansaço fácil, ardência nos olhos, ansiedade, fobias, incapacidade de concentrar-se, déficit de atenção, dificuldade de memória, mal-estar e sonolência (INOCENTE, 2005). Configura-se como uma dificuldade em todas as etapas da vida, mas tem sua prevalência após os 65 anos idade. Afere-se que os transtornos do sono atingem 50% dos idosos e dentre estes transtornos, a insônia tem prevalência de 20% a 40% (OLIVEIRA, MOTTA, SÁ, 2007).

A apneia do sono é o segundo transtorno com maior predominância na velhice. A apneia é a interrupção do fluxo de ar pelo nariz ou pela boca por mais de 10 (dez) segundos, a qual é notada no período do sono de um indivíduo normal (sete por noite, em média). A obstrução da respiração é seguida por ronco intenso e contínuo, mais aguçada na posição supinação, melhorando com a lateralização. Considera-se patológico o acontecimento acima

de trinta apneias por noite ou mais de cinco por hora de sono (GEIT et al., 2003; MARTINEZ, 1990).

A predominância da síndrome da apneia obstrutiva do sono tem o seu aumento com a idade, podendo tratar de uma condição progressiva na qual alguns fatores do próprio envelhecimento cooperam para a sua instalação. Compreende-se que 42% dos indivíduos de ambos os sexos com idade superior aos 65 anos apresentam um índice de apneia maior que cinco, sendo que os eventos obstrutivos são muito mais frequentes que os centrais (BÁRBARA, 2003).

As parassonias têm grande ocorrência entre idosos. A parassonia com maior prevalência em idosos, comumente, é a agitação noturna das pernas (HARBISON, 2002). Os movimentos periódicos das pernas é um importante distúrbio primário de sono do idoso, definido por chutes repetidos das pernas, com um tempo de 0,5 a 5 segundos, num período de 20 a 40 segundos, na qual surge principalmente no estágio 1 e 2 do sono. Os movimentos são recorrentes, estereotipados, podendo acontecer de forma imprevista em uma ou nas duas pernas (GEIB et al., 2003). Para Sousa e Reimão (2004) existe um aumento na agitação noturna das pernas com a idade, observa-se 5% na faixa etária dos trinta aos cinquenta anos e 44% nas pessoas acima dos 65 anos. Contudo, Harbison (2002) comprova tal dado, assinalando uma prevalência de 45% deste distúrbio entre idosos.

De acordo com Geibet al. (2003) a arquitetura do sono (estágios do sono: NREM e REM) passa por mudanças com o envelhecimento, tais como:

- O tempo total de sono no período da noite é diminuído, pois os cochilos diurnos são frequentes e prolongados;
- Redução do sono profundo, ou seja, estágio 3 e 4 do sono NREM. No que diz respeito ao estágio 4 pode ser de 10% para a idade de 60 anos, podendo extinguir-se totalmente a partir dos 70 anos;
- Baixa do limite do acordar devido ao ruído (mais pronunciado na mulher);
- Acréscimo do período de latência para o início dos sonos (> 30 min em cerca de 32% das mulheres e 15% nos homens);
- Diminuição tanto na duração total do sono REM, quanto do espaço de tempo entre o início do sono e o sono REM (período de latência REM);
- Maior número de transições de um estágio para outro e para a vigília;
- Acréscimo dos problemas respiratórios durante o sono;

Neto (2007) relata que os problemas apontados com maior veracidade faz referência à dificuldade de conciliar e, sobretudo, de manter o sono noturno, ou seja, o indivíduo, uma vez deitado, há um tardamento para adormecer e acorda frequentemente à noite, sendo o sono percebido como mais “leve” e menos satisfatório.

De acordo com Reynolds e Kupfer (1992) pessoas com idade elevadas de ambos os sexos, são mais propensas às alterações na má distribuição temporal do sono REM, durante a noite. Do mesmo modo, o sono na fase 4 diminui expressivamente ocasionando um maior número de despertares durante a noite.

Destarte o sono é um elemento essencial para a manutenção do bem estar. Sua privação e limitações podem acarretar em comprometimentos cognitivos e queda no desempenho intelectual. Mudanças quantitativas e qualitativas do sono são problemas que não estão diretamente associados somente ao envelhecimento, mas que podem ter impacto direto sobre os idosos, como o aumento do uso de psicotrópicos, transtornos afetivos, emocionais e orgânicos (GEIB et al., 2003).

1.3.QUALIDADE DO SONO E BEM-ESTAR SUBJETIVO (BES)

O BES procura entender a avaliação que as pessoas estabelecem de suas próprias vidas e é composto pelos componentes afetivo e cognitivo (ALBUQUERQUE, TROCOLI, 2004). O componente afetivo envolve aspectos emocionais e/ou sentimentais, podendo ser de cunho positivo ou negativo (DIENER, 1984). O cognitivo alude a aspectos racionais ou intelectuais acerca da satisfação com a vida que o indivíduo experimenta (DIENER et al., 1999; DIENER, BISWAS, DIENER, 2000). Essa dimensão pode ajustar tanto a um julgamento cognitivo de algum aspecto específico da vida do sujeito, quanto a um processo de juízo e avaliação geral de sua vida como um todo (EMMONS, 1986).

O BES é composto por: satisfação com a vida e afetos positivos e negativos (ANGUAS, 1997; MARTINEZ, GARCIA, 1994). À medida de Satisfação com a Vida tem sido definida como uma avaliação geral, e também pode ser relacionado com o nível de satisfação que as pessoas possuem através da reflexão sobre o quanto elas se sentem bem humoradas, em contrapartida ao tempo em que se sentiram mal humoradas (DIENER, 1984). Mediante esta afirmação Pavot e Diener (1993) relata que há uma relação entre os afetos e o julgamento de satisfação com a vida.

Segundo Emmons (1986) a dimensão “satisfação com a vida” é um julgamento cognitivo de algum domínio particular na vida da pessoa; um processo de discernimento e

avaliação global da própria vida; um juízo sobre a vida de acordo com um critério próprio (SHIN, JOHNSON, 1978). O componente afetivo do BES é formado pelos afetos positivos e negativos. O afeto positivo é um contentamento hedônico puro, vivenciado em um determinado momento, como um estado de alerta, de entusiasmo e de atividade. Constitui um sentimento efêmero de prazer ativo, sendo mais uma descrição de um estado emocional do que um julgamento cognitivo. Pode ser conceituado por emoções como felicidade, amor e orgulho (DIENER, 1984). Já os afetos negativos fazem referência a um estado de distração e engajamento desprazível, também é transitório, mas que inclui emoções desagradáveis, como ansiedade, depressão, agitação, aborrecimento, pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes. Pode ser medido por meio de emoções ou sentimentos como desilusão, angústia e tensão (DIENER, 1984).

Este trabalho tem como objetivo verificar os índices e as correlações entre a qualidade do sono e o Bem-estar subjetivo de pessoas idosas.

2. MÉTODO

O presente estudo se caracterizou por ser transversal, de base domiciliar, e fez parte de uma pesquisa maior intitulada “Perfil de saúde mental de idosos da cidade de Campina Grande-PB²”.

2.1. PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 381 idosos, que apresentaram desempenho cognitivo acima do ponto de corte em conformidade com a escolaridade por meio Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). O valor da amostra foi considerado a partir de um erro amostral de 5% e um $\sigma = 1,96$ (representa o intervalo de confiança em desvios padrões). O estabelecimento desse valor foi estimado com base no tamanho amostral necessário para que se tenha uma proporção de 50% de ocorrência de uma determinada característica da população idosa (valor em que o tamanho amostral obtido é o máximo possível para $p=0.50$ e $q=0.50$). Considerando uma população de idosos de 42.817 (IBGE, 2010), foi utilizada a fórmula para populações finitas: $n = \sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N / e^2 \cdot (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q$. O método amostral se deu por conglomerado. A idade dos participantes foi de 60 a 96 anos ($M= 71,50$; $DP= 8,0$) e prevalência do sexo feminino (73,5%). Quanto à escolaridade, 53,3% alegaram ter cursado até o ensino fundamental. Houve

² Este estudo teve objetivo de traçar um perfil de saúde mental dos idosos de Campina Grande-PB, teve o auxílio do Programa de Incentivo à Pós-Graduação e Pesquisa (PROPESQ-UEPB). Esta pesquisa foi realizada nos anos de 2010 a 2012.

predominância dos que afirmaram ser casados ou viverem com companheiro (44,1%), 92,7% declararam ter pelo menos um filho ($M= 6,39$; $DP= 9,23$) e 63% falaram que moram com os filhos. A renda mensal pessoal mais frequente foi até um salário mínimo (60,8%). No tocante a religião, a maioria declarou católica (71,9%) e menor parcela se considerou religiosa (58,8%).

2.2.PROCEDIMENTOS

A pesquisa teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UEPB – protocolo nº 0655.0.133.000-11), seguiu os critérios éticos postulados pela Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Para o recrutamento a equipe foi dividida em oito duplas do curso de graduação em Psicologia da UEPB, onde todos foram adequadamente treinados. Os estudantes realizaram visitas domiciliares, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apresentado o protocolo a ser aplicado. Após aceitação da participação e assinatura do TCLE, os idosos foram submetidos à avaliação do *status* cognitivo perante o teste de rastreio cognitivo (Mini-Exame do Estado Mental – MEEM, proposto por Folstein, Folstein, McHugh, 1975). Os que pontuaram abaixo do ponto de corte foram excluídos, tal medida é recomendada para obter maior confiabilidade das respostas. A coleta de dados teve duração média de 45 minutos.

2.3.INSTRUMENTOS

2.3.1. *Questionário Demográfico*

Com a finalidade de caracterizar a amostra estudada foi utilizado um questionário demográfico. O instrumento possui itens relacionados à idade, sexo, estado civil, escolaridade, religião, renda mensal, número de filhos, arranjo familiar.

2.3.2. *Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)*

O MEEM foi validado por Folstein, Folstein, McHugh (1975) esse caracteriza como um exame cognitivo do estado mental, simplificado. Desde sua criação tem sido um dos instrumentos de rastreio cognitivo mais utilizado mundialmente. Já validado para a população

brasileira (Bruckiet al., 2003), o teste é composto por 30 questões e avalia sete aspectos do estado cognitivo. Sua pontuação total pode variar de 0 (indicando comprometimento cognitivo) a 30 (melhor capacidade cognitiva) pontos; distribuídos em orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação atrasada de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e praxia construtiva (1 ponto). No presente estudo foram utilizadas as seguintes pontuações para o corte da população estudada: 17 (analfabetos); 22 (escolaridade entre 1 e 4 anos); 24 (escolaridade entre 5 e 8 anos); 26 (9 anos ou mais de escolaridade) (Brucki et al., 2003).

2.3.3. *Mini-Questionário do Sono (MSQ)*

O Mini-Questionário do Sono (Mini-SleepQuestionnaire - MSQ) foi criado por Zomeret al.(1985) e foi traduzido para o português por Goresteinet al. (2000) e validado por Falavigna et al. (2009). Possui o intuito de avaliar de, forma mais ampla, os aspectos que caracterizam o padrão de sono, tal como a frequência que ocorre cada item do construto. Foi desenvolvida originalmente para populações clínicas e sua pontuação pode variar de 10 a 70. A pontuação total na escala permite a classificação do padrão de sono entre sono bom (10 a 24 pontos), sono levemente alterado (25 a 27), sono moderadamente alterado (28 a 30), e sono muito alterado (acima de 30), e o α de Cronbach de 0,77.

O Bem-Estar Subjetivo é a junção da Escala de Satisfação com a Vida (ESV) e Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN).

2.3.4. *Escala de Satisfação com a Vida (ESV)*

Foi desenvolvida por Dieneret al. (1985), com o objetivo de avaliar o julgamento que as pessoas fazem sobre o quão satisfeitas estão com suas vidas. A versão original é composta por cinco itens, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A ESV foi adaptada e validada para o contexto paraibano por Albuquerque et al. (2007), em uma amostra de 284 idosos residentes nos ambientes urbano e rural, encontrou-se α de Cronbach de 0,76, com variância explicada de 53%, ratificando a estrutura unifatorial da escala.

2.3.5. Escala de Afetos Positivos e Negativos

Foi elaborada por Diener e Emmons (1984), para avaliar a valência dos afetos. É composta por nove tipos de afeto, sendo quatro positivos (feliz, alegre, satisfeito e divertido) e cinco negativos (deprimido, preocupado, frustrado, raivoso e infeliz). Para equilibrar a quantidade de adjetivos, adotou-se o procedimento usado nos estudos de Chaves (2003; 2007), ou seja, foi incluído mais um, otimista, ao conjunto de afetos positivos. O objetivo da escala é avaliar quanto o sujeito tem experimentado cada um dos dez adjetivos que se encontram distribuídos no instrumento, em ordem numérica. A escala é formada por sete pontos que variam de 1 (nada) a 7 (extremamente). Chaves (2007) realizou nova validação, encontrando os dois fatores, sendo identificado *eigenvalue* de 4,22 para o primeiro fator (afetos positivos) ($\alpha = 0,84$) e de 1,40 para o segundo fator (afetos negativos) ($\alpha = 0,71$), que conjuntamente explicam 56,2% da variância total.

2.4. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise e tabulação dos dados foram utilizados o software PASW e AMOS (versões 18). No que diz respeito ao primeiro software, calculou-se estatísticas descritivas, correlações de Pearson e Regressão Linear. O erro aceito para todas as medidas foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$. Já o segundo software (AMOS) foi utilizado para verificação de análises fatoriais confirmatórias (AFC) considerando os seguintes indicadores de ajuste (Byrne, 1989; Garson, 2003; Hu, Bentler, 1999):

- A razão $\chi^2/g.l.$ (graus de liberdade) é considerada uma qualidade subjetiva de ajuste. Um valor entre dois e três é recomendável, sendo aceitos valores de até cinco, como indicando a adequação do modelo teórico para descrever os dados.
- O *Goodness-of-Fit Index (GFI)* e o *Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI)* são indicadores de ajuste que refletem a proporção de variância-covariância nos dados explicada pelo modelo. Seus valores variam de 0 a 1, sendo recomendáveis aqueles de 0,90 ou superiores.
- O *Comparative Fit Index (CFI)* é um índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo, com valores mais próximos de 1 expressando melhor ajuste. Admitem-se, comumente, valores próximos a 0,90 como referência de um modelo ajustado.
- A *Root-Mean-Square Error of Approximation (RMSEA)* e seu intervalo de confiança de 90% (*IC90%*), baseia-se nos residuais; valores altos são indicação de um modelo não

ajustado. Portanto, valores entre 0,05 e 0,08 são recomendáveis, admitindo-se até 0,10.

3. RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram distribuídos de forma hierárquica, segundo a precedência daquilo que concerne à objetivação deste trabalho. Portanto, inicialmente, averiguaram-se os padrões psicométricos das escalas. Posteriormente, buscou-se averiguar os índices de frequência de cada instrumento e por fim os seus correlatos.

3.1. PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DAS MEDIDAS DE QUALIDADE DO SONO, SATISFAÇÃO COM A VIDA E AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS.

A Escala Mini-Questionário de Sono (MQS) apresentou índice de consistência interna (Alfas de Cronbach, α) satisfatória para o desenvolvimento da pesquisa $\alpha = 0,67$. Foi realizada uma AFC ($\chi^2 / gl = 15,02$, GFI = 0,95, AGFI = 0,92; CFI = 0,90 e RMSEA = 0,067). Os resultados apresentaram ajuste que estiveram dentro do aceito pela literatura (BYRNE, 1989; GARSON, 2003; HU & BENTLER, 1999).

No tocante a Escala de Satisfação com a Vida (ESV) o α de Cronbach foi 0,71. Já o instrumento Afetos Positivos e Negativos (EAPN) apresentou um índice de consistência interna $\alpha = 0,77$ para os afetos positivos e $\alpha = 0,73$ para os afetos negativos. A AFC do Bem-Estar Subjetivo (BES) testou uma estrutura trifatorial e apresentou os seguintes valores ($\chi^2 / gl = 16,26$, GFI = 0,94, AGFI = 0,91; CFI = 0,93 e RMSEA = 0,055); Satisfação com a Vida sua composição é unifatorial ($\chi^2 / gl = 39,03$, GFI = 0,98, AGFI = 0,96; CFI = 0,98 e RMSEA = 0,061); a estrutura da escala dos Afetos Positivos e Negativo é bifatorial ($\chi^2 / gl = 23,38$, GFI = 0,95, AGFI = 0,92; CFI = 0,95 e RMSEA = 0,068).

Tabela 1. Indicadores de Ajuste do MSQ, BES, ESV, EAPN.

	Modelos	χ^2 (gl)	GFI	AGFI	CFI	RMSEA (IC 90%)
MSQ	Unifatorial	675,980 45	0,95	0,92	0,90	0,067 (0,051 – 0,084)
BES	Trifatorial	1707,750 105	0,94	0,91	0,93	0,055 (0,044 – 0,066)
ESV	Unifatorial	390,354 10	0,98	0,96	0,98	0,061 (0,016 – 0,106)
EAPN	Bifatorial	1052,465 45	0,95	0,92	0,95	0,068 (0,051 – 0,085)

Notas: N = 381. χ^2 = chi-quadrado, gl = graus de liberdade, GFI = Goodness-of-Fit Index, AGFI = Adjusted Goodness-of-Fit Index, CFI = Comparative Fit Index, RMSEA = Root-Mean-Square Error of Approximation, IC90% = Intervalo de Confiança de 90%.

3.2.DESCRICÃO DAS ESCALAS DE QUALIDADE DO SONO, SATISFAÇÃO COM A VIDA E AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS.

No que concerne à qualidade do sono (QS), constatou-se que a amostra apresentou um padrão de sono com média de 27,61 (DP=10,39). De acordo com a categorização da escala, os pontos foram distribuídos da seguinte forma: de 10 a 24 – sono bom (F=165; 43,3%); de 25 a 27 – sono levemente alterado (F=44; 11,5%); 28 a 30 – sono moderadamente alterado (F=39; 10,2%); e acima de 30 – sono muito alterado (F=133; 34,9%). A amostra em questão teve uma amplitude de 10 a 60 pontos.

A Tabela 2 exibe a frequência de todos os pontos da escala para cada item. O domínio que obteve a indicação como “sempre” entre os idosos foram: O senhor acorda durante a noite (45,7%). Em contrapartida, o item de resposta “nunca” recebeu os maiores valores nos demais itens.

Tabela 2. Frequência dos itens da escala

	Nunca	Muito raramente	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
1. O senhor tem dificuldade para dormir a noite	46,7%	6,0%	6,3%	16,5%	4,2%	5,8%	14,4%
2. O senhor acorda de madrugada e tem dificuldade de dormir de novo	40,9%	6,3%	9,2%	19,7%	7,6%	4,7%	11,5%
3. O senhor toma remédios para dormir ou tranquilizantes	84,8%	0,8%	1,6%	4,5%	0,3%	0,5%	7,6%
4. O senhor dormi durante o dia (sem contar os cochilos programados)	54,1%	7,1%	5,5%	12,1%	3,9%	3,4%	13,9%
5. Ao acordar de manhã o senhor ainda se sente cansado	70,3%	2,9%	4,2%	11,8%	3,4%	1,6%	5,8%
6. Dizem que o senhor ronca a noite	42,5%	3,9%	4,2%	17,3%	5,2%	4,5%	22,3%
7. O senhor acorda durante a noite	11,8%	5,2%	5,2%	18,9%	7,6%	5,5%	45,7%
8. O senhor acorda com dor de cabeça	70,9%	8,1%	5,0%	11,8%	1,8%	0,8%	1,6%
9. O senhor se sente cansado sem nenhum motivo aparente	64,3%	2,1%	5,2%	16,0%	4,7%	2,1%	5,5%
10. O senhor tem sono agitado (se mexe muito durante a noite)	60,6%	4,7%	2,9%	6,6%	3,4%	4,2%	17,6%

Verificou-se que os dados da estatística descritiva referentes à dimensão do teve média global de M=4,28 (DP=0,54). Já o afeto positivo possuiu média de 5,07 (DP=1,10), o afeto negativo média de 2,19 (DP=1,10) e a satisfação com a vida média de 5,58 (DP=1,14).

Destarte, tem-se demonstrado que as médias das três dimensões evidenciaram valores que apontam para manutenção do BES, uma vez que o mesmo depende de experimentar intensamente afetos positivos, em contrapartida aos negativos e avaliar positivamente a satisfação com a vida.

Tabela 3. Descrições dos escores Qualidade de Sono, Satisfação com a Vida e Afetos Positivos e Negativos

Domínio	N	M	DP	Intervalo
Qualidade do Sono	381	27,61	10,39	10-70
Domínio	N	M	DP	Intervalo
Satisfação com a Vida	381	5,58	1,14	5-35
Fatores da EAPN	N	M	DP	Intervalo
Afetos Positivos	381	5,07	1,10	10-70
Afetos Negativos	381	2,19	1,10	10-70

3.3. CORRELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DO SONO E BEM-ESTAR SUBJETIVO (SATISFAÇÃO COM A VIDA E AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS)

Pode se observar que a QS não se correlaciona significativamente com a pontuação total do BES ($r = -0,07$; $p=0,12$). No entanto, quando se correlaciona a QS com as facetas do BES, nota-se que a satisfação com a vida se correlaciona negativamente e significativamente com a qualidade do sono ($r = -0,29$; $p < 0,01$), no que diz respeito aos afetos, o afeto positivo apresentou uma correlação ($r = -0,28$; $p < 0,01$) e os negativos ($r = 0,47$; $p < 0,01$).

Tabela 4. Correlação entre Qualidade do Sono, Bem-Estar Subjetivo, Satisfação com a Vida e Afetos Positivos e Negativos.

	Bem-Estar Subjetivo	Satisfação com a Vida	Afetos Positivos	Afetos Negativos
Sono Total	-0,078	-0,295**	-0,288**	0,476**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Com a finalidade de averiguar se a qualidade do sono (QS) explica o Bem-Estar Subjetivo (Satisfação com a Vida Afetos Positivos e Negativos), utilizou-se três regressões lineares simples, tendo como variáveis independentes a QS e como variáveis dependentes a Satisfação com a Vida e os Afetos positivos e negativos. Os resultados apontam que a Qualidade do Sono explica 8% da variância da Satisfação com a Vida ($\beta = -0,29$; $t(380) = 43,080$; $p < 0,01$), 8% dos afetos positivos ($\beta = -0,28$; $t(380) = 38,682$; $p < 0,01$) e 22% dos afetos negativos ($\beta = 0,47$; $t(380) = 107,042$; $p < 0,001$), como mostra a tabela 5.

Tabela 5. Regressões lineares simples entre Qualidade de Sono, Afetos Negativos e Afetos Positivos e Negativos.

Satisfação com a Vida (VD)							
	B	SE	β	GI	r²	t	p
Qualidade do Sono	-0,32	1,09	-0,29	380	0,08	-6,01	$\geq 0,01$
Afetos Positivos (VD)							
Qualidade do Sono	-0,31	1,06	-0,28	380	0,08	-5,86	$\geq 0,01$
Afetos Negativos (VD)							
Qualidade do Sono	0,51	0,97	0,47	380	0,22	10,61	$\geq 0,01$

SE = erro padrão; VD = variável dependente.

4. DISCUSSÃO

Este trabalho possui como objetivo central verificar os índices e as correlações entre a qualidade do sono e o Bem-Estar Subjetivo de uma amostra por conglomerado de pessoas idosas residentes no município de Campina Grande - PB. O índice da QS apresentou uma $M=27,61$ ($DP=10,39$). Um estudo de Oliveira et al. (2007) averiguou o padrão de sono em 158 idosos no município de Juiz de Fora (MG) e obteve média de $M=22,6$ ($DP = 7,8$). Araújo e Ceolim (2007) estudou a qualidade do sono em idosos institucionalizados, observando que 63,1% dos 38 idosos apresentaram má qualidade de sono, 36,9% apresentaram boa qualidade de sono. Lallukka et al., (2010) relata que a escassez de qualidade do sono está associado com problemas mentais, físicos, em particular, com a insônia, e esta por sua vez pode causar doenças, acidentes e reformas antecipadas.

Foi realizada frequência dos pontos da escala, obtendo a indicação “sempre” com maior frequência (45,7%) no enunciado “O senhor acorda durante a noite”. No entanto, o item de resposta “nunca” foi à maioria nos demais itens. Quando comparado com os estudos de Oliveira et al. (2007) houve uma divergência de resultados encontrados, por exemplo, aspectos do sono que mais ocorreram “sempre” entre os idosos foram: acordar e voltar a dormir (41,1%), roncar (23,4%), uso de medicamentos para dormir (19,6%) e dificuldade para adormecer (18,4%). Já os sintomas mais assinalados com frequência “nunca”, foram: acordar com dor de cabeça (84,8%) e apresentar cansaço sem ter nenhum motivo aparente (82,9%).

Em estudos de Araújo e Ceolim (2007) apontam que 90% dos idosos se queixam de acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo. O sono fragmentado e o despertar precoce

são mudanças características observadas no padrão do sono dos idosos, que podem ter como consequências a redução do tempo total dormido e queixas de sono não restaurador.

A estatística descritiva do BES apresentou escore geral $M=4,28$ ($DP=0,54$), afetos positivos $M=5,07$ ($DP=1,10$), afeto negativo média de $2,19$ ($DP=1,10$) e a satisfação com a vida $M=5,58$ ($DP=1,14$). Quando confrontados tais resultados com os estudos de Albuquerque, Sousa e Martins (2010), que utilizaram uma amostra 342 idosos com idades entre 60 e 80 anos, houve uma pequena diferença desta pesquisa, pois as médias obtidas foram de $7,21$ ($DP=2,19$) para a Satisfação com a Vida e de $6,92$ ($DP=1,88$) para os afetos, sendo que $7,16$ ($DP=2,23$) para o afeto positivo e $5,48$ ($DP=1,50$) para o negativo. Já o estudo realizado por Faro (2012) obteve valores na escala do BES bem similares ao presente estudo, à média da satisfação com a vida foi de $2,7$ pontos ($DP = 0,65$), dos afetos positivos ($M = 2,1$; $DP = 0,66$) e dos negativos ($M = 1,7$; $DP = 0,81$).

A relação entre a QS e o Bem-estar pôde ser observada através dos resultados ($r = -0,29$; $p < 0,01$) para a relação entre QS e Satisfação com a vida, o afeto positivo apresentou uma correlação ($r = -0,28$; $p < 0,01$) e os negativos ($r = 0,47$; $p < 0,01$). No intuito de esclarecer como a QS explica o BES utilizaram-se três regressões lineares simples, na qual os resultados assinalaram que a QS explica 8% da variância da Satisfação com a Vida ($\beta = -0,32$; $t(380) = 43,080$; $p < 0,01$), 8% dos afetos positivos ($\beta = -0,31$; $t(380) = 38,682$; $p < 0,01$) e 22% dos afetos negativos ($\beta = 0,47$; $t(380) = 107,042$; $p < 0,001$). Segundo Ong et al. (2013) a perda progressiva de sono contribui de forma negativa na saúde e no bem-estar, no entanto os afetos positivos podem ser favoráveis para melhores padrões de sono. Dement (2000) relata que para se obter um bem-estar físico e psicológico é importante ter um sono de qualidade/bom.

A saúde é uma das dimensões base do bem-estar geral dos idosos. Questões como o regime alimentar, o exercício físico ou os comportamentos aditivos, têm uma influência direta na saúde dos idosos. No entanto, o modelo da saúde comportamental alterar-se no aspecto mais relevante, com o acumulo de experiências consideradas adequadas ou adversas para a sua saúde, vividas pelo sujeito que envelhece (OLIVEIRA, 2008).

A saúde é um fator chave para a QS, considerando que será dificultoso alcançar qualidade de sono, quando existe alguma patologia que provoca dor ou sofrimento. O sono é uma das propriedades biológicas fundamentais, é um estado que oferece ao indivíduo uma sensação de bem-estar, descanso físico e mental, possibilitando-lhe executar em boas condições físicas e mentais as tarefas do dia seguinte (BARROS, 2013).

Correa e Ceolim (2008) relatam que a maior parte dos idosos tem queixas associadas ao sono decorrentes de alterações fisiológicas específicas do processo de envelhecimento ou

de doenças que podem causar distúrbios secundários de sono. A experiência de um sono insatisfatório ou insuficiente é bastante desagradável e tem reflexos no desempenho, no comportamento e no bem-estar, durante as atividades da nossa vida diária. Arber et al., (2009) relata que o sono é fundamental para a saúde e o bem-estar, no entanto, pouca atenção tem se dado a esta temática.

5. CONCLUSÃO

Os resultados apontaram que a média da QS possuiu um padrão de “sono levemente alterado”, quando comparados com estudo de Oliveira et al. (2007) e Araújo e Ceolim (2007). Pôde-se observar a frequência dos pontos da escala na qual indicaram que 45,7% da amostra acorda durante a noite. Ocorreu manutenção satisfatória da qualidade do bem-estar subjetivo. No que diz respeito à relação entre os construtos, pôde-se observar que o sono influencia o Bem-Estar Subjetivo (Satisfação com a Vida e os Afetos), especialmente no afeto negativo, chegando assim àquilo que propõe o estudo.

O estudo apresentou algumas limitações, por exemplo, o delineamento transversal, dificultando a inferência sono e bem-estar subjetivo. Trabalhos que sirvam de parâmetro para tal relação. Utilização da escala MQS voltada para a população idosa, pois há uma escassez de trabalhos direcionada a esta população, baseando-se no levantamento bibliográfico. A escala Mini-Questionário do Sono, ser de base clínica, dificultando o poder de inferência do estudo.

Por fim, faz-se necessários estudos que deem continuidade a temática trabalhadas. Um desafio que poderia ser estudado para trabalhos vindouros é de utilizar uma terceira variável como moderadora desta relação, por exemplo, saúde percebida. Contudo, o estudo apresentou resultados que valeram de base, complementação da literatura e parâmetro para os demais trabalhos que possam surgir.

6. REFERENCIA

- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. **Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo**. *Psicol. teor. pesqui.*, ed. 20 (2), ed. 153-164, 1999.
- ALBUQUERQUE, F. J. B. et al. Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida para Idosos de Baixa Renda na Paraíba. III Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, João Pessoa – PB, 2007. Disponível em: <<http://www.ibapnet.org.br/congresso2007/index.html>>. Acesso em: 14 Jun. 2014.
- ANGUAS, A. **El significado del bienestar subjetivo, su valoración en México**. Dissertação (Mestrado) - Universidad Nacional Autónoma de México, Madrid, 1997.
- ARAÚJO, M.; CEOLIM, M. F. **Avaliação do grau de Independência de idosos residentes em instituições de longa permanência**. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, ed. 41(3), 2007.
- BALLONE, G. J.; MOURA, E. C. **Transtornos do Sono em Idosos**. [Site Internet], revisado em 2004. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=122>. Acessado 14 Jun. 2014.
- BÁRBARA, C. **Fisiopatologia da síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)**. Tratado de Pneumologia. Lisboa: [s.n.]; Vol I, secção K, Cap 77, p. 1036-9, 2003.
- BARROS, M. F. G. Determinantes sociais da qualidade de sono dos idosos. 99f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Portugal, 2013.
- BOSCOLO, R. et al. **Avaliação do Padrão do Sono Actividade Física e Funções Cognitivas em idosos**. *Revista Portuguesa de Ciência e Desporto*, ed. 7(1), p.18-25, 2007.
- BUYSSE, D. J. et al. **The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research**. *Psychiatry Research*: [s.n], ed.28, 193-213, 1989.
- BRUCKI, S. M. et al. **Sugestões para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil**. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. v. 61, n. 3-B. 2003.
- BYRNE, B. M. **A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models**. New York: Springer-Verlag, 1989.
- CASAL, G. B. **Avaliação dos distúrbios de iniciar e manter o sono**. São Paulo Ed. Atheneu, p. 33-40, 1990.
- CEOLIM, M. F. **O sono do idoso**. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1ª ed. p. 190-205, 1996.
- CHOKROVERTY, S. **Sleep disorders medicine: basic science considerations, and clinical aspects**. Washington, D.C.: Butterworth-Heinman, 1994.
- CHAVES, S. S. S. **Valores como preditores do bem-estar subjetivo**. Dissertação (Mestrado – não publicado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB, 2003.

CHAVES, S. S. S. **O bem-estar subjetivo e os valores humanos em músicos e advogados da cidade de João Pessoa.** Tese (Doutorado – não publicado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal - RN, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** DOU de 13/06/2013 (nº 112, Seção 1, pág. 59).

CORRÊA, K.; CEOLIM, M. F. **Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas.** Rev Escola Enfermagem da USP, ed. 42, p. 12- 8, 2008.

DIENER, E. EMMONS, R. A. **The independence of positive and negative affect.**[s.l.]: Journal of Personality and Social Psychology, ed. 47, p. 105-117, 1984.

DIENER, E. **Subjective Well-Being.** Psychol. bull., ed. 95, p. 542-575, 1984.

DIENER, E. et al. **The Satisfaction With Life Scale.** J. personal. assess., ed. 49(1), p. 71-75, 1985.

DIENER, E. et al. **Subjective well-being: Three decades of progress.** Psychol. bull., ed. 125, p. 276- 302, 1999.

DIENER, E., BISWAS-DIENER, R. **New directions in subjective well-being research: The cutting edge.** [s.l.]: Journal of Clinical Research, ed. 31, p. 103-157, 2000.

EMMONS, R. A. **Personal Strivings: An approach to personality and subjective well-being.** [s.l.]: Journal of Personality and Social Psychology, ed. 51, p. 1058-1068, 1986.

FALAVIGNA A. et al. **Consistency and reliability of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Sleep Questionnaire in undergraduate students.**[s.l.]: Sleep Breath, ed.15 (3), p. 351-5, 2011.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. **Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** Journal of Psychiatric Research. v.12, n. 3. 1975.

GARSON, G. D. PA 765 Statnotes: An online textbook, 2003. Retirado em 14 de Jun de 2014, de <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm>

GAULTNEY, J. F. **The prevalence of sleep disorders in college students: Impact on academic performance.** Journal of American College Health, ed. 59(2), p. 91-97, 2010.

GEIB, L. T. C. et al. **Sono e envelhecimento.** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [online], v.25, n.3, 2003, pp. 453-465. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 02 de novembro de 2010.

GORESTEIN, C.; TAVARES, S.; ALÓE, F. **Questionários de auto-avaliação de sono.** Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos, p. 423-434, 2000.

HARBISON, J. **Sleep disorders in older people**. [s.l.]: Age and Ageing, ed.31 (s2), p. 6-9, 2002.

HOOD, B.; BRUCK, D.; KENNEDY, G. **Determinants of sleep quality in the healthy aged: the role of physical, psychologic, circadian and naturalistic light variables**. [s.l.]: Age Ageing, ed. 33(2), p. 159-165, 2004.

HU, L. T.; BENTLER, P. M. **Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives**. [s.l.]: StructuralEquationModeling, ed. 6, p. 1-55, 1999.

INOCENTE, J. I. **Síndrome de burnout em professores universitários do Vale do Paraíba (SP)**. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 2005.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. **Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida**. IN: Texto contexto – Enfermagem, v.17, n.2, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> (Acessado em 17 de Fevereiro de 2012).

KRYGER, M.; ROTH, T.; DEMENT, W. **Principles and practice of sleep medicine**. Normal human sleep: An overview, Saunders 5^o ed., p. 16-26, 2011.

KÜCHEMANN, B. A. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios**. Revista Sociedade e Estado. v.27, n.1, p.165-180, 2012.

LALLUKKA, T. et al. **Complaints of insomnia among midlife employed people: The contribution of childhood and present socioeconomic circumstances**. [s.l.]: Sleep Medicine, ed. 11, p. 828 – 836, 2010.

LORENZINI, L. M.; COELHO, A. T.; ROSSINI. **Sono e atividade física: considerações atuais**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, p. 32–35, 2003.

MARTINEZ, D. **A respiração normal e patológica durante o sono**. Sono: Aspectos atuais, São Paulo: Ed. Atheneu, p. 71-86, 1990.

MARTINEZ, M.; GARCIA, M. **La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez**. [s.l.]: Revista de Psicología de la Salud, ed. 6(1), p. 55-74, 1994.

NETO, P. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, ed. 2^a edição, 2007.

OLIVEIRA, B. H. D. **Relações entre padrão de sono e desempenho cognitivo em uma amostra de idosos residentes na comunidade – Estudo PENSA. 143f**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação (UNICAMP), Campinas - SP, 2006.

- OLIVEIRA, F. J.; MOTTA, L. B.; SÁ, R. M. B. **Insônia: Prevalência e fatores de Risco Relacionados em população de Idosos acompanhados em ambulatório.** Rio de Janeiro: Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia, volume. 10, nº 2, 2007.
- OLIVEIRA, J. H. B. **Psicologia do envelhecimento e do idoso.** Porto: Edições Livpic, 2008.
- ONG, A. D. et al. **Linking Stable and Dynamic Features of Positive Affect to Sleep.** The USA: Society of Behavioral Medicine, p. 1-10. 2013.
- PAIVA, T. **Bom Sono, Boa Vida.** Faculdade de Medicina de Lisboa: Oficina do Livro, 2008.
- PANDI-PERUMAL, S. R. et al. **Senescence, sleep, and circadian rhythms.** Res Ver: Ageing, ed. 1, p. 559-604, 2002.
- PAVOT, W.; DIENER, E. **Review of the satisfaction with Life Scale.** [s.l.]: Psychological Assessment, ed. 5, p. 164-172, 1993.
- QUAN, S.F.; ZEE, P.A **sleep review of systems: Evaluating the effects of medical disorders on sleep in the patient.** [s.l.]: Geriatrics, ed. 59(3), p. 37-42, 2004.
- REYNOLDS, C. F., KUPFER, D. **Transtornos do sono, in “Tratado de Psiquiatria”.** Porto Alegre: Artes Médicas, p. 545-557, 1992.
- SHIN, D. C.; JOHNSON, D. M. **Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life.** [s.l.]: Social Indicators Research, ed. 5, p. 475-492, 1978.
- SHOCHAT, T.; LOREDO, J.; ANCOLI-ISRAEL, S. **Sleep disorders in the elderly.** Curr Treat Options Neurol, ed. 3, p. 19-36, 2001.
- SOUZA, J. C.; REIMÃO, R. **Epidemiologia da insônia.** [s.l.]: Psicol. Estud, ed. 9(1), p. 3-7, 2004.
- VAN SOMEREN, E. J. W. **Circadian and sleep disturbances in the elderly.** Experimental Gerontology, ed. 35, p. 1229-1237, 2000.
- VELLUTI, R. **Fisiologia do sono.** São Paulo: Ed. Atheneu, p. 1-16, 1990.
- ZOMER, J. et al. **Mini-sleep questionnaire (MSQ) for screening large populations for EDS complaints.** Basel, Switzerland: Krager, ed. Sleep, p. 467-470, 1985.