

COMPARAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE INSÔNIA EM IDOSAS PRATICANTE DE EXERCÍCIO FÍSICO SUPERVISIONADO E NÃO SUPERVISIONADO

CRISTIANO LÉLIS SILVA GOMES¹, ROSY AMARAL SILVA RIBEIRO², RONALDO JÚLIO BAGANHA³, FABIANO POLITTI⁴, DANIELA FRANCESCATO VEIGA⁵, LUÍS HENRIQUE SALES OLIVEIRA⁶.

brancogomes@yaho.com.br, lhfisio@yahoo.com.br

Laboratório de Fisiologia e Performance Humana- UNIVÁS

1. Graduado em Educação Física UNIVÁS, Especialista em Avaliação Física e Fisiologia do Exercício – FAGAMMOM.
2. Graduada em Educação Física PUC, Mestre em Linguagem UNIVÁS, Coordenadora do curso de Educação Física UNIVÁS.
3. Graduado em Educação Física UNIVÁS, Especialista em Fisiologia do Exercício UNICAMP, Mestre em Educação Física UNIMEP, Docente do curso de Educação Física UNIVÁS.
4. Graduado em Fisioterapia UMC, Doutor em Anatomia UNICAMP, Docente do curso de Fisioterapia UNIVÁS e UNISANTANNA.
5. Graduada em Medicina UNIVÁS, Doutora em Cirurgia Plástica UNIFESP, Docente de Pós-graduação UNIVÁS.
6. Graduado em Fisioterapia UNIP, Mestre em Ciências Biológicas UNIVAP, Doutorando em Ciências da Saúde UNIFESP, Docente do curso de Educação Física e Fisioterapia UNIVÁS e FEPI-Centro Universitário de Itajubá.

RESUMO

No mundo contemporâneo a insônia vem sendo um grande problema que afeta os seres humanos. Nos EUA, a insônia custa cerca de US\$ 30 bilhões por ano e é responsável por grandes acidentes. Tendo por bases esses dados buscamos na literatura qual era o público que sofria mais com a insônia, e ela nos mostra que era as mulheres idosas. Percebe-se que a insônia é uma característica muito forte nos idosos, principalmente nas mulheres, onde a maioria usa fármacos para dormir desenvolvendo depressão, dependência e efeito rebote. Tendo por base essa informações foram entrevistadas 24 mulheres acima de 60 anos dividida em dois grupos: Exercício físico supervisionado (EFS) e Exercício Físico não supervisionado (EFNS) para verificar qual a diferença dos grupos em relação a qualidade do sono. Foi utilizado um questionário contendo 14 perguntas já validado por Souza, Paula e Magda 2002 para verificar a qualidade do sono, ainda foi tirada a média da idades e do IMC dos grupos. O resultado foi analisados de forma descritiva agrupando os principais pontos do questionário. Conclui-se que os que praticam exercício físico não supervisionado obteve melhor resultado para a melhora da qualidade do sono

Palavra-chave: insônia, exercício físico, idoso

INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, a insônia vem sendo um grande problema que afeta os seres humanos, nas diferentes classes sociais, agravando a qualidade de vida e o rendimento do trabalho. As doenças psíquicas são freqüentemente desencadeadas ou quando a insônia se intensifica.

Com o aumento da expectativa de vida, aumenta também o número de problemas onde a insônia tem um espaço grande 25% das pessoas com 65 anos ou mais relata a dificuldade de iniciar ou manter o sono (MORIM, 1993).

Segundo a classificação internacional de distúrbios do sono, ter insônia é apresentar dificuldades repetidas para iniciar ou manter o sono em relação a sua duração (MELLO; SANTANA; PASSOS, 2007).

A média de duração de sono para os adultos é de 7 a 8 horas por noite. Porém, a diferença em relação a necessidade de sono é variável de pessoa para pessoa. O importante é sentir-se bem disposto e restabelecido fisicamente e psicologicamente (MORIM, 1993).

O sono é um estado ativo e complexo, composto por vários estágios, sem movimento oculares rápido (sono não Rem) e do sono com movimento oculares rápido (sono Rem).

O sono REM caracteriza pela amplitude das atividades cerebrais, acompanhado da perda de tônus muscular, de flutuações de pulso e da pressão arterial

Essa fase do sono é diretamente relacionada a ocorrência de sonhos, além de ser importante para a

memória e a aprendizagem, criatividade e, possivelmente, de equilíbrio emocional (MILLER, 2004, *apud* SOARES, 2006).

O sono não REM tem quatro fases ou estágios distintos: estágio 1 ou período de latência (transição do estágio de alerta para o sono); estágio 2, que é o primeiro período do sono, estágio 3 e 4, também chamado de “sono profundo” ou sono de ondas lentas. Entre indivíduos com sono normal, o sono de ondas lentas representa cerca de 80% do período de sono, sendo essencial para o processo fisiológico, como por exemplo, a produção de hormônios (SOARES, 2006).

A insônia é uma característica muito forte nos idosos e sabe-se também que, a grande população que sofre desse problema é do sexo feminino. Para Yamaguchi (1999 *apud* SOUZA *et al*, 2002) as noites de insônia por semana e a dificuldade em adormecer foram maiores nas mulheres.

Estudos epidemiológicos sugerem que cerca de 15% da população em geral sofre de insônia crônica, enquanto 20% a 40% podem apresentar sintomas de insônia de forma intermitente (SHOCHAT, *et al.*, 1999 *apud* SOARES, 2006).

Entre os adultos, as mulheres apresentam maior quadro de insônia, cerca de 30% a 80% em relação ao homem. (OBAYON, 2002; KRYSTAL, 2004 *apud* SOARES, 2006).

Ainda em relação sono, percebe-se que a diminuição do tempo de sono tem se tornado uma condição endêmica na sociedade moderna e a literatura atual tem

encontrado importantes associações epidemiológicas entre o prejuízo no padrão habitual do sono e a obesidade (CRISPIM *et al.*,2007).

Estudos provam que as mulheres idosas devem ser priorizadas, e necessitam de ajuda para evitar o problema de insônia, por acreditarem muitas vezes saná-la com fármaco. Porém, sabe-se que esse tipo de tratamento é muito caro e traz diversas conseqüências.

Segundo Kessler (*apud* Serra, 2006), o uso de fármaco para dormir desenvolve depressão, dependência e efeito rebote.

Percebe-se que a relação mais forte está com a idade, mais de 25% das pessoas com 65 anos relatam que têm insônia, 20% tomam pílulas para dormir (MORIM, 1993).

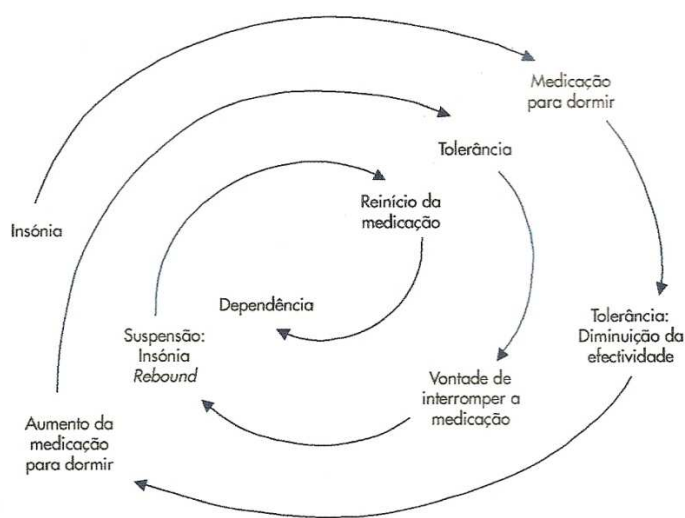


Figura 1 – Quadro da Dependência, adaptado de MORIM (1998) por SERRA (2006).

Dessa forma, a prática de exercício físico supervisionado é uma alternativa para melhorar o sono e o bem estar geral de quem o pratica.

Mello; Santana; Passos (2007), citam que o exercício físico regular é indicado para melhorar a qualidade do sono, embora o tipo, a intensidade e a duração dos exercícios ainda não estejam tão definidas.

As características individuais e o exercício físico podem influenciar ao padrão de sono quanto ao nível de condicionamento. Sabe-se que pessoas fisicamente ativas e com boa forma têm melhor qualidade de sono, enquanto pessoas inativas queixam-se de sono ruim e são mais estressados (BUCKWORTH; DISKMAN, 2002 *apud* MELLO *et al.*, 2007).

Embora o tratamento farmacológico seja mais comumente utilizado, as terapias não farmacológicas vêm sendo amplamente estudadas.

Contudo é importante criar meios para identificar os sintomas, melhorar a qualidade do sono e estabelecer os meios mais diversificados para amenizar estes transtornos.

OBJETIVO

Comparar a incidência de insônia em idosas praticantes de exercício físico supervisionado e não supervisionado.

MÉTODOS

Sujeitos da Pesquisa

Para a realização deste projeto foi selecionado um grupo de 24 mulheres idosas com idade igual ou superior a 60 anos. Onde estas foram subdivididas em 2 grupos sendo - Grupo 1: Exercício Físico não supervisionado EFNS e Grupo 2 EFS: Exercício Físico supervisionado.

As participantes da cidade de Gonçalves-MG fizeram parte do grupo EFNS.

E as participantes da cidade de Pouso Alegre – MG (Academia Ana Maria) foram convidadas pessoalmente e fizeram parte do grupo supervisionado por profissionais de Educação Física. A intensidade da atividade e o tipo de exercício físico não foram levados em consideração, apenas a frequência de 3 vezes por semana.

As 24 mulheres que foram escolhidas aleatoriamente responderam a um questionário de sono, validado por Souza, Magna e Paula (2002), contendo informações sobre insônia.

Critérios de Inclusão

Foram incluídas no estudo, mulheres com mais de 60 anos, praticantes de exercícios regulares no mínimo 3 vezes por semana, onde não foi considerado o serviço doméstico e nem a caminhada para ir ao trabalho.

Critérios de Exclusão

Foram excluídas do Projeto, as mulheres que não concordaram plenamente com o termo de consentimento, que não praticavam exercícios físicos regulares, ou sofriam qualquer transtorno familiar, que tinham menos de 60 anos e que utilizavam medicamentos de classes analgésicas, miorelaxante e ansiolítico.

Procedimentos para coleta de dados

Para que fosse possível analisar a possível influência do exercício físico na insônia foi utilizado um instrumento denominado Escala de Sonolência Epworth (ESS), adaptado e validado no Brasil por Souza; Magna e Paula, publicado pela Revista de Psiquiatria Clínica, v. 29, n.5, 2002., para avaliar se o individuo sofreu ou sofre algum tipo de incômodo ou problema relacionado ao sono. Essa escala destina-se a medir a propensão ao sono por um método simples, de baixo custo, rápido e padronizado, permitindo estudos populacionais em larga escala.

Aspectos Éticos da pesquisa

O respectivo estudo foi aprovado pelo CEP/Universidade do Vale do Sapucaí-MG, sob número de protocolo 126/08. Obedecendo às normas preconizadas pela resolução 196/96 do conselho nacional de saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos

Após a aprovação do Projeto, pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) obteve-se o consentimento das voluntárias, e foi possível a partir destes procedimentos, realizarem a coleta de dados referente ao estudo.

Os questionários foram respondidos pessoalmente pelas mulheres voluntárias. As questões eram lidas para as entrevistadas no intuito que se houvesse alguma dúvida pudessem ser explicadas.

Análise Estatística

A análise estatística foi feita de forma descritiva, com as questões agrupadas de acordo com cada categoria.

Além disso, também foram calculadas as médias e desvio padrão da idade .

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a média de idade (anos) dos grupos e o IMC (kg/m²) das participantes no estudo.

Variáveis	Idade (anos)	IMC (Kg/m ²)
Exercício Físico Supervisionado	68 ± 4,79	26,1 ± 2,8
Exercício Físico Não Supervisionado	69,5 ± 5,86	25,6 ± 4,44

GRÁFICO 1

O gráfico 1 apresenta aspectos avaliados para começar a dormir. (Questões 1,2,3).

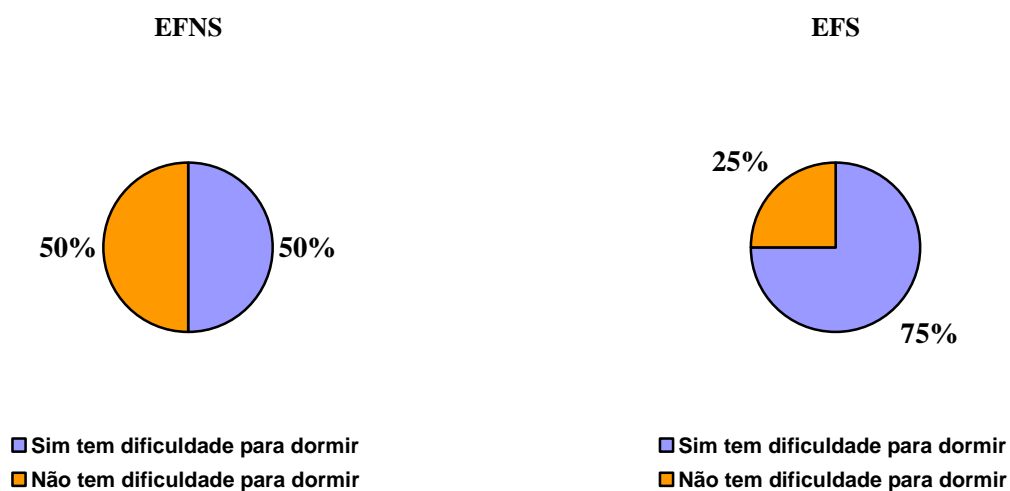


GRÁFICO 2

O gráfico 2 apresenta aspectos avaliados sobre despertares noturnos. (Questões 4,5,6).

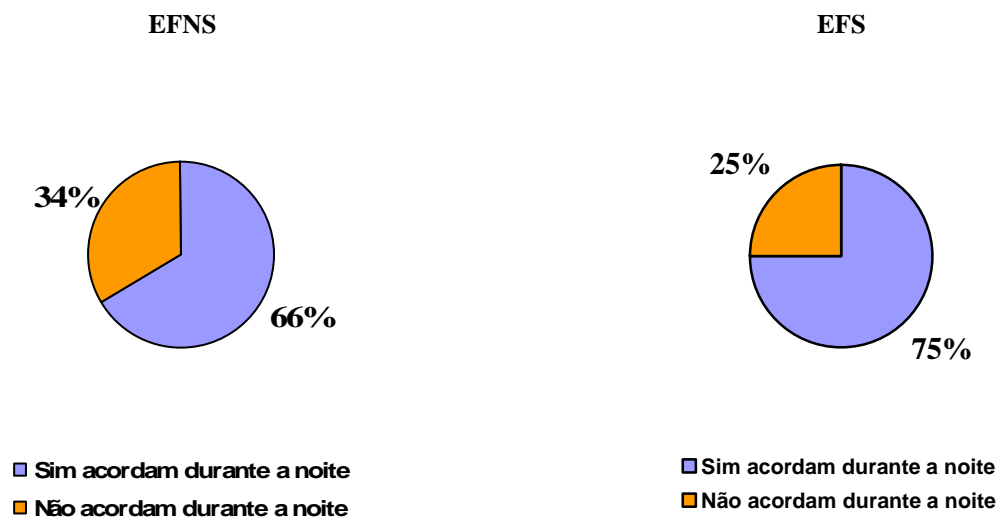


GRÁFICO 3

O gráfico 3 apresenta aspectos avaliados sobre acordar mais cedo que o desejado. (Questões 7,8,9).

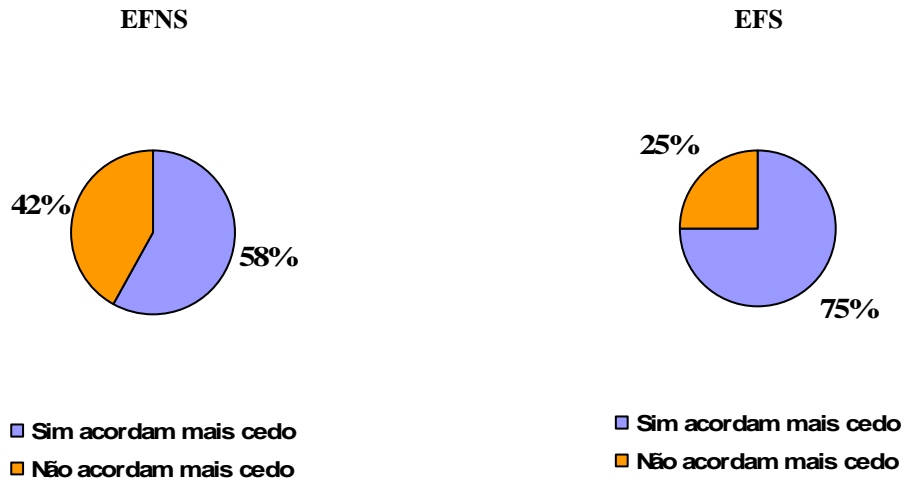


GRÁFICO 4

O gráfico 4 apresenta aspectos relacionados a desconforto ou queixa sobre a qualidade do sono. (Questão 10).

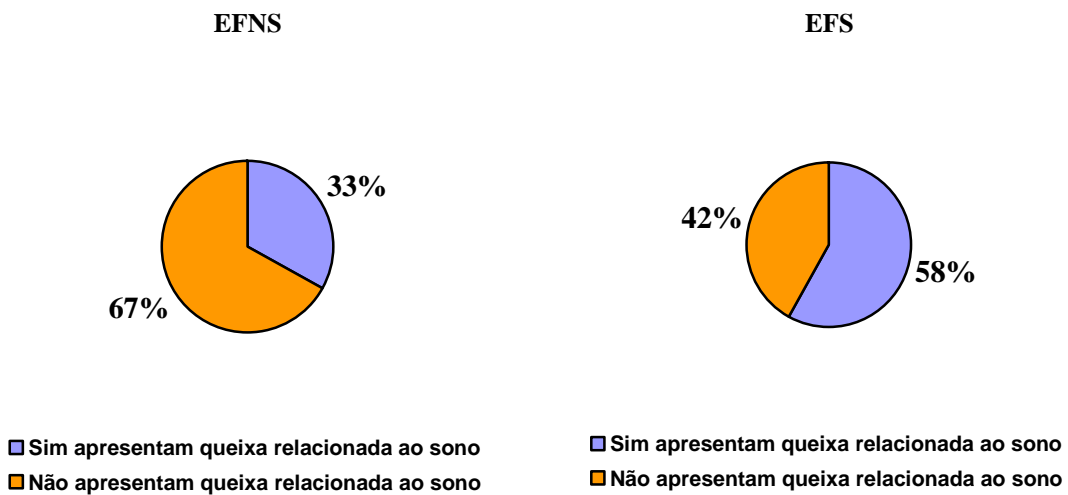


GRÁFICO 5

O gráfico 5 apresenta aspectos relacionados à utilização de medicamento para dormir.. (Questões 11,12,13)

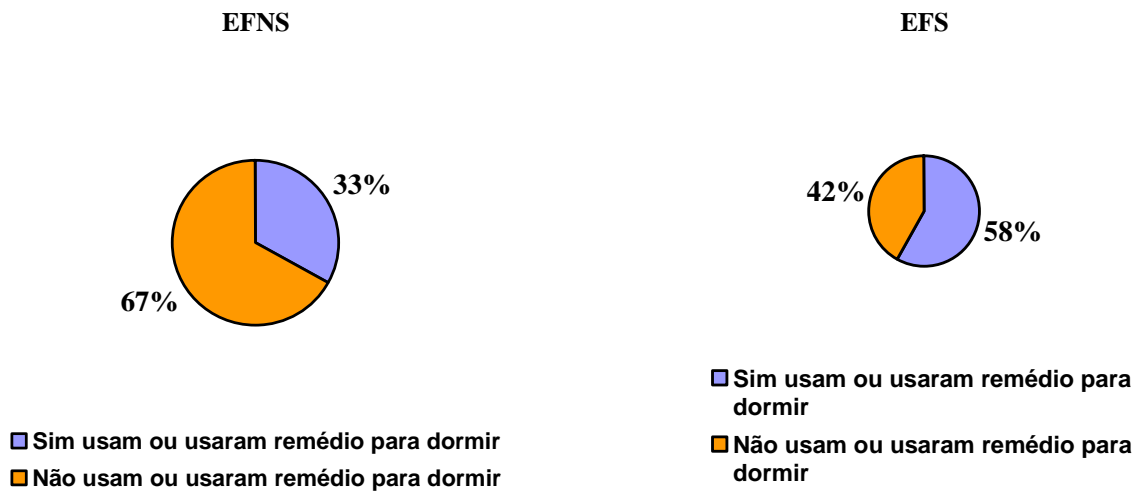


GRÁFICO 6

O gráfico 6 apresenta aspectos costumeiros para facilitar dormir. (Questão 14)



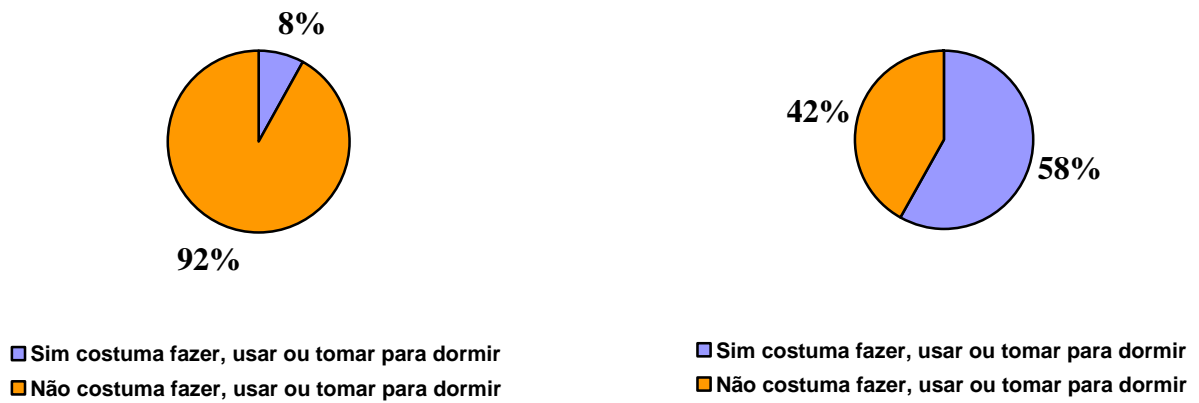
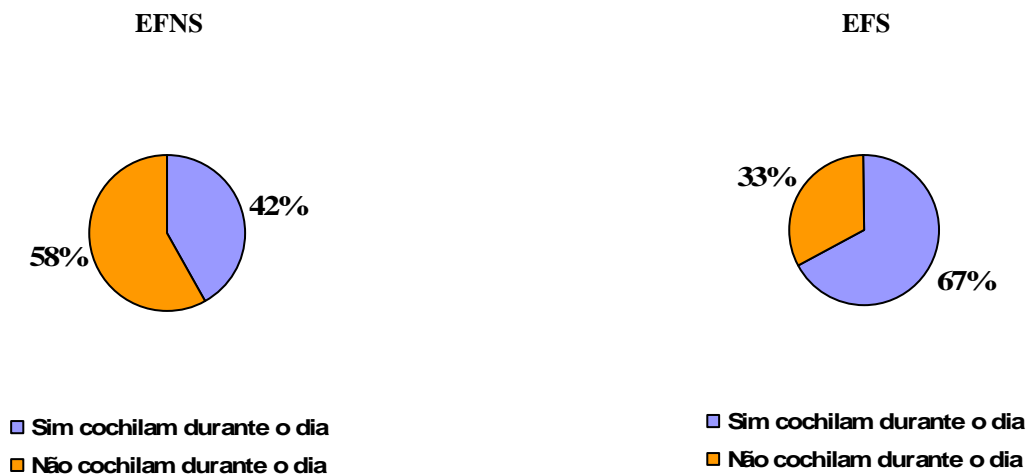


GRÁFICO 7

O gráfico 7 apresenta chance de cochilar durante o dia.



DISCUSSÃO

Todos os seres humanos têm a necessidade de dormir. Não é a quantidade, mas sim, a qualidade do sono obtido nestas horas, que determina a normalidade de diversas outras funções fisiológicas (ALOÉ, *et AL*; 2000 apud ACKEL,2005).

Em relação à qualidade do sono, em geral, as mulheres que praticavam exercício físico sem supervisão obtiveram melhores resultados, (50%) delas apresentavam dificuldade para dormir, já as que praticavam exercício com supervisão (75%) delas apresentaram dificuldade para dormir.

Segundo Ackel (2005), as conseqüências das alterações do padrão do sono podem produzir reduções da eficiência do cognitivo, do tempo de reação, déficits de memória e aumento da irritabilidade e alterações metabólicas (BROWWERS, LENDER, 2000; Mello *et al*, 2000; Martins *et al* 2001 apud ACKEL,2005).

Segundo a American Sleep Disorders Association, o EFS é considerado uma intervenção não-farmacologica para a melhora da qualidade de sono (Driver; Taylor, 2000 apud MELLO *et al*, 2005). O nosso estudo obteve resultado contrário ao citado acima, uma vez que o grupo que teve uma melhor qualidade do sono foi os que praticaram sem supervisão.

Horne; Staff (1983, apud Mello *et al*, 2005), verificaram que a condição de exercício leve (40% do VO₂

máx. por 160 min.) não produziu mudanças no sono de ondas lentas (SOL). Comparando com esse trabalho os praticantes de EFS devem ter trabalhado abaixo da intensidade prevista para a melhor qualidade do sono onde não conseguiu obter o resultado esperado. Assim podemos caracterizar que as mulheres que faziam EFNS ficaram mais próxima desta faixa benéfica, para a melhora da qualidade do sono. Isso se deve a falta do conhecimento científico, sendo que elas se exercitaram dentro do seu limite fisiológico.

Mello *et al*. (2000), comenta que a queixa de insônia não é causada somente pela inatividade, mas também pela falta de uma supervisão profissional durante a realização do exercício físico o que pode levar um erro na prescrição do exercício. Mas uma vez o trabalho encontrou um resultado diferente da literatura, pois as mulheres que praticavam exercício sem supervisão obtiveram menos problemas com o sono. O que sugere inadequação na prescrição semelhante do exercício.

Segundo Souza, Magna e Paula (2002), o grau de incômodo da insônia pelos idosos avaliados não foi influenciado pela idade, da mesma forma que a sensação de prejuízo ou comprometimento das atividades do dia seguinte. Obtivemos o resultado semelhante, pois as mulheres que dormiam melhor (EFNS) eram na média mais velhas em relação as mulheres que faziam exercício físico supervisionado (EFS), e ainda apresentavam menor

desconforto ou queixa sobre a qualidade do sono (33% a 58%) em relação as praticantes de exercício físico supervisionado.

Toney e Freshefsky (2000, apud Souza *et al*, 2002), comentam que estudos na população geral do sexo feminino, com baixo grau de instrução, além do estado civil (descasado), são fatores de risco para a insônia. Isso vem comprovar o nosso estudo, pois as mulheres que apresentavam melhor nível de instrução e mais problemas em relação ao seu estado civil foram as que apresentaram mais dificuldades em conseguir bom sono.

Segundo Larzelere e Wiseman (2002, apud Soares, 2006), o uso de aspectos costumeiros para facilitar a dormir como, por exemplo, chá e maracujá, não possuem estudos controlados para averiguar a sua eficácia clínica, o presente estudo mostra bem isso, pois as pessoas que utilizavam mais este artifício não obtiveram resultados significantes na qualidade do sono.

Mello *et al.* (2007), ressaltou de um modo geral, que a prática de exercício físico é um fator favorável à melhora da qualidade do sono, tendo como itens analisados a latência de sono, profundidade do sono e alerta matutino. Assim pode-se observar que as mulheres que praticam EFS têm uma melhor noite de sono. Este estudo confronta os dados com os nossos no quesito EFNS e EFS já que em nosso trabalho as praticantes de EFNS apresentaram menos complicações relacionadas ao sono.

Segundo Berkow *et al.* (1999), diversos indivíduos apresentam dificuldades para adormecer simplesmente porque o seu corpo e o seu cérebro não estão cansados. Onde o exercício físico poderia estar fazendo essa função de cansar o organismo.

Em relação ao acordar mais cedo do que poderia, o grupo EFNS (58 %) acordou mais cedo do que o desejado, já o grupo EFS, 75% das praticantes acordaram antes do desejado. Sendo assim podemos verificar que o exercício físico na luta contra a insônia foi mais eficiente no grupo EFNS. O padrão de despertares no início da manhã é comum entre os idosos, em qualquer faixa etária, o despertar no início da manhã pode ser um sinal de depressão. Os indivíduos com alteração do padrão de sono podem apresentar reversão do ritmo de sono (Berkow, 1999).

Analisando o desconforto ou queixa sobre a qualidade do sono no grupo EFNS, 33 % das praticantes apresentavam esse problema, no grupo EFS, 58 %. Diante desta análise as que praticavam exercício físico sem supervisão apresentaram uma melhor relação com um bom sono. Contudo esse resultado pode estar relacionado com a frequência do exercício físico (semanal), com a intensidade do mesmo e com a prescrição adequada feita pelo profissional de Educação Física.

Crispim *et al* (2007), cita que estudos recentes correlacionam a curta duração do tempo de sono com o aumento da massa corporal (IMC) em diferentes populações. Porém, no presente estudo, as mulheres que apresentaram um IMC maior foram aquelas que dormiam melhor, apesar da diferença ser mínima, o número de voluntárias ser pequeno pode haver uma relevância. Berlim *et al* (2005), observa que a prevalência das queixas de insônia aumenta com a idade e é maior em divorciadas, viúvas e indivíduos com baixa nível educacional. Esta afirmação corrobora com os dados encontrados em nosso trabalho.

Em relação ao cochilar, Naitoh (1981), apud Antunes *et al.* (2007), comenta que o cochilar realizado nas primeiras horas do dia resultava em uma prolongada e marcante inércia do sono, não tendo nenhuma ação

recuperativa. Isso vem de acordo com o nosso resultado, pois o grupo que apresentava maior chance de cochilar durante o dia (EFS), foi o que apresentou maior queixa em relação a qualidade do sono.

Geib *et al* (2003), cita que existem fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice entre eles fatores ambientais e desconforto emocional. Isto pode ter influenciado em nosso trabalho pois há uma diferença ambientais entre as cidades, sendo que o grupo que realizou EFS morava em uma cidade maior, onde a chance de ocorrer algum problema de ordem emocional é muito maior do que o grupo que praticou EFNS que aparenta uma cidade mais calma.

O fator *stress* pode interferir nos resultados, juntamente com a qualidade do profissional e avaliação física adequada dessas praticantes de EFS.

CONCLUSÕES

Após a realização do trabalho e a análise dos dados obtidos podemos concluir que, o grupo de EFNS obteve menores complicações relacionadas ao sono.

Houve excesso ou não adequação da prescrição do exercício para o grupo supervisionado, já que o não supervisionado utiliza limites fisiológicos para a prática do exercício físico.

Mulheres que apresentaram um IMC maior foram aquelas que dormiram melhor.

Novos estudos devem ser realizados com números de participantes maiores para obtenção de resultado mais preciso.

REFERÊNCIAS

- ACKEL, R.C. Sono e Exercício. Universidade Federal de São Paulo (USP). Centro de Estudo de Fisiologia do Exercício. 2005
- ANTUNES, H. K. M.; Andersen, M. L.; Tufik, S.; Mello, M. T.; Privação de Sono e Exercício Físico. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 51-56, 2008.
- BERKOW, R. *et al.* Manual Merck de Informação Médica. 100 ed. São Paulo: Roca, 1999.
- BERLIM, M.; LOBATO, M.; MANFRO, G. Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. Porto Alegre: Artmed, p. 385, 2005.
- CRISPIM, C. A *et al.* Relação entre sono e obesidade: Uma Revisão de literatura – Arq. Brás. Endócrino Metab 2007; 31/7: 1041-1
- GEIB, L. T. C; NETO, A, C; WAINBERG, Ricardo; NUNES, M. L. Sono e envelhecimento. Revista Brasileira de Psiquiatria, Rio Grande do Sul, v.25(3), 453-465, set./dez. 2003.
- MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento e atividade física. Atividade Físicas para Terceira Idade, Brasília, p. 22-36, 1997.
- MAZO, G.Z.; CARDOSO, F. L; AGUIAR, D.L. Programa de Hidroginástica para idosos. Revista Brasileira de

Cinetropometria & Desempenho Humano, Florianópolis, v.8, n.2, p. 67-72, 2006.

MELLO, M.T.; ROSSI M. V.; BUENO P.; BOSCOLO R. A.; TUFIK S. Sono e exercício físico. IN, Mauro Vaisberg, Luiz Fernando Bicudo P. C. Rosa, Marcos Túlio de Mello. O exercício como terapia na Prática Médica. São Paulo: Artes Médicas, p. 185-188, 2005.

MELLO, M.T.; FERNANDEZ, A.C., TUFIK, S. Levantamento epidemiológico da prática de atividade física na cidade de São Paulo. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 119-124, 2000.

MELLO, M.T.; SANTANA, M. G.; PASSOS, G. J. Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.29, n.3, set. 2007.

MORIM, C. Distúrbios do Sono. São Paulo: **ANEXO I. QUESTIONÁRIO DE SONO**

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A.L. (Org.) Qualidade de vida e idade madura. São Paulo: Papirus, 1993. p. 9-57.

SERRA, J. Terapêutica farmacológica da insônia. Revista Portuguesa Clínica Geral. Coimbra. n. 22, p.625-632.2006.

SOARES, C. N. Insônia na menopausa e perimenopausa. Características clínicas e opções terapêuticas. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v 33, n. 2, 2006.

SOUZA, J. C; MAGNA, L. A.; PAULA, T. H. Insônia e uso de hipnóticos em idosos institucionalizado. Revista de Psiquiatria Clínica. Campo Grande, v. 29, n.5, 2002.

WANNMACHER, L. Como manejar a insônia em idosos: risco e benefícios. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, vol.4, n. 5, abril 2007.

- a) A Sra. aceita participar de uma pesquisa anônima sobre o seu sono? S N
b) Idade: _____ c) Sexo: F
d) Instrução: 1 - sem instrução 2 - 1o grau 3 - 2o grau 4 - 3o grau
e) Estado civil atual: _____

Agora nós gostaríamos de saber se o(a) Sr.(a.) sofreu algum tipo de incômodo ou problema relacionado ao sono no último mês. Por favor, para cada uma das questões, diga a melhor resposta entre as que eu vou ler.

1. No último mês, com que frequência o(a) Sr.(a.) teve dificuldade para começar a dormir (30 minutos ou mais)?

(Leia as respostas para o entrevistado)

- (1) Não teve dificuldade para começar a dormir (Marque as questões 2 e 3 com as respostas “8” e passe para 4)
(2) Menos de uma vez por semana
(3) Uma ou duas vezes por semana
(4) Três ou mais vezes por semana

2. No último mês, a dificuldade para começar a dormir o(a) incomodou? *(Leia as respostas para o entrevistado)*

- (1) Não incomodou (Marque a questão 3 com a resposta “8” e passe para 4)
(2) Incomodou pouco
(3) Incomodou moderadamente
(4) Incomodou muito
(8) Não houve dificuldade para começar a dormir

3. Há quanto tempo o(a) Sr.(a.) se sente incomodado(a) com a dificuldade para começar a dormir? *(Leia as respostas para o entrevistado)*

- (1) Apenas no último mês
(2) Entre mais de 1 mês e 6 meses
(3) Entre mais de 6 meses e 1 ano
(4) Há mais de 1 ano. Especificar: ____ anos
(8) Não houve dificuldade para começar a dormir ou esta não incomodou

4. No último mês, com que frequência o(a) Sr.(a.) acordou durante a noite mais de duas vezes por noite durante 30 minutos ou mais depois de ter adormecido? *(Leia as respostas para o entrevistado)*

- (1) Não acordou durante a noite (Marque as questões 5 e 6 com as respostas “8” e passe para 7)
(2) Menos de uma vez por semana
(3) Uma ou duas vezes por semana
(4) Três ou mais vezes por semana

5. No último mês, o acordar durante a noite o(a) incomodou? *(Leia as respostas para o entrevistado)*

- (1) Não incomodou (Marque a questão 6 com a resposta “8” e passe para 7)
(2) Incomodou pouco
(3) Incomodou moderadamente
(4) Incomodou muito
(8) Não houve despertar durante a noite

6. Há quanto tempo o(a) Sr.(a.) se sente incomodado(a) por acordar durante a noite? *(Leia as respostas para o entrevistado)*

- (1) Apenas no último mês
(2) Entre mais de 1 mês e 6 meses
(3) Entre mais de 6 meses e 1 ano
(4) Há mais de 1 ano. Especificar: ____ anos

(8) Não houve despertar durante a noite ou este não incomodou

7. No último mês, com que frequência o(a) Sr.(a.) acordou mais cedo do que o desejado sem conseguir dormir novamente? *(Leia as respostas para o entrevistado)*

(1) Não acordou mais cedo (Marque as questões 8 e 9 com as respostas “8” e passe para 10)

(2) Menos de uma vez por semana

(3) Uma ou duas vezes por semana

(4) Três ou mais vezes por semana

8. No último mês, o acordar mais cedo que o desejado, sem conseguir dormir novamente, o(a) incomodou?

(Leia as respostas para o entrevistado)

(1) Não incomodou (Marque a questão 9 com a resposta “8” e passe para 10)

(2) Incomodou pouco

(3) Incomodou moderadamente

(4) Incomodou muito

(8) Não houve despertar mais cedo que o desejado

9. Há quanto tempo o(a) Sr.(a.) se sente incomodado(a) por acordar antes da hora desejada, sem conseguir dormir novamente? *(Leia as respostas para o entrevistado)*

(1) Apenas no último mês

(2) Entre mais de 1 mês e 6 meses

(3) Entre mais de 6 meses e 1 ano

(4) Há mais de 1 ano. Especificar: ____ anos

(8) Não houve despertar mais cedo que o desejado ou isto não incomodou

10. No último mês, caso o(a) Sr.(a.) tenha apresentado qualquer desconforto ou queixa relacionada ao sono (dificuldade para dormir, acordar durante a noite ou acordar antes da hora desejada), houve prejuízo ou comprometimento de suas atividades no dia seguinte? *(Leia as respostas para o entrevistado. Marque a resposta “8” caso não tenha havido problema de sono)*

(1) Não prejudicou

(2) Prejudicou pouco

(3) Prejudicou moderadamente

(4) Prejudicou muito

(8) Não houve problema de sono

11. No último mês, com que frequência o(a) Sr.(a.) usou remédio para dormir? *(Leia as respostas para o entrevistado)*

(1) Não usou remédio para dormir

(2) Usou menos de uma vez por semana

(3) Usou uma ou duas vezes por semana

(4) Usou três ou mais vezes por semana

12. Durante a sua vida, qual o tempo total, somando-se todos os períodos, que o(a) Sr.(a.) usou remédios para dormir?

(1) Nunca usou (Marque a questão 13 com a resposta “8” e passe para 14)

(2) Usou 1 mês ou menos

(3) Usou entre mais de 1 mês e 6 meses

(4) Usou entre mais de 6 meses e 1 ano

(5) Usou mais de 1 ano. Especificar: ____ anos

13. Quem indicou o remédio para dormir que o(a) Sr.(a.) usa ou usou mais recentemente?

(1) O próprio entrevistado

(2) Familiar

(3) Vizinho ou amigo ou colega

(4) Farmacêutico

(5) Médico. Especialidade: _____

(6) Outro. Especificar: _____

(8) Nunca usou remédio para dormir

14. Existe alguma coisa que o(a) Sr.(a.) costuma fazer, usar ou tomar para conseguir dormir melhor? *(Por exemplo: banho, relaxamento, chá de erva-cidreira, televisão, pinga e outros)*

() Sim. Especificar: _____ Peso: _____ Altura: _____

() Não.

Qual a probabilidade de o(a) Sr.(a.) cochilar ou adormecer nas situações que são apresentadas a seguir, em contraste com estar sentindo-se simplesmente cansado(a)? Estes dados se referem ao seu modo de vida comum, hoje em dia. Ainda que o(a) Sr.(a.) não tenha feito, ou passado, por nenhuma destas situações, tente calcular como poderiam tê-lo(a) 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

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 depois do almoço sem álcool

Imagine se o(a.) Sr.(a.) tivesse carro, enquanto parasse por alguns minutos, em trânsito intenso (congestionado) .