



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Médicas

CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO

HÁBITOS E DISTÚRBIOS DO SONO E SUA RELAÇÃO COM A  
QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO DO PANTANAL

CAMPINAS  
2020

CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO

HÁBITOS E DISTÚRBIOS DO SONO E SUA RELAÇÃO COM A  
QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO DO PANTANAL

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos  
exigidos para a obtenção do título de Doutor em Ciências  
Médicas, área de concentração Saúde Mental.

ORIENTADOR: PROF. DR. LUÍS ALBERTO MAGNA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO  
*CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO*, E  
ORIENTADO PELO *PROF. DR. LUÍS ALBERTO  
MAGNA*.

CAMPINAS  
2020

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G233h Gaudioso, Carlos Eduardo Vilela, 1976-  
Hábitos e distúrbios do sono e sua relação com a qualidade de vida na população pantaneira / Carlos Eduardo Vilela Gaudioso. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Luís Alberto Magna.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sono. 2. Qualidade de vida. 3. Áreas alagadas. 4. Pantanal Mato-grossense (MS e MT). 5. População. I. Magna, Luís Alberto, 1954-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Sleeping habits and disorders ant their relationship whith quality of life in the pantanal population

**Palavras-chave em inglês:**

Sleep  
Quality of life  
Wetlands  
Pantanal Mato-grossense (MS and MT)  
Population

**Área de concentração:** Saúde Mental

**Titulação:** Doutor em Ciências

**Banca examinadora:**

Luís Alberto Magna [Orientador]  
José Carlos Rosa Pires de Souza  
Caroline Neris Ferreira Sarat  
Társis Antonio Paiva Vieira  
Paulo Eduardo Neves Ferreira Velho

**Data de defesa:** 27-01-2020

**Programa de Pós-Graduação:** Ciências Médicas

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE  
MESTRADO/DOCTORADO**

**CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO**

**ORIENTADOR: Luís Alberto Magna**

**MEMBROS:**

- 1. PROF. DR. LUÍS ALBERTO MAGNA**
- 2. PROF. DR. JOSÉ CARLOS ROSA PIRES DE SOUZA**
- 3. PROFA. DRA. CAROLINE NERIS FERREIRA SARAT**
- 4. PROF. DR. TÁRSIS ANTONIO PAIVA VIEIRA**
- 5. PROF. DR. PAULO EDUARDO NEVES FERREIRA VELHO**

Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS MÉDICAS da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de defesa: 27/01/2020**

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (**CNPq**) – Processo n. 142319/2017-1 na Modalidade – Categoria: Doutorado – GD, com Vigência.

Agradeço, ao meu orientador, Professor Doutor Luís Alberto Magna, pela maestria em conduzir este trabalho, o qual me inspirou em diversos momentos.

Agradeço ao meu amigo, padrinho, pai científico e incentivador, Professor José Carlos Souza, um exemplo de pró atividade e de sensibilidade humana.

Obrigado, minha esposa Elaine e filha, Mariana, incondicionalmente comigo, olhar para vocês é lembrar que nossos propósitos valem a pena. Obrigado!

Agradecimento especial aos meus pais, tias, avó, meus irmãos Paulo e Silvia, meu cunhado e irmão Celso.

Agradeço às minhas sobrinhas, Myla, Dani e Isabela, pela doçura e momentos neste período.

Obrigado Neiva Reis, Kaká e Julia por todos os momentos de alegria, cuidado com minha família e disposição em nos servir.

Aos amados e sempre presentes irmãos na fé da Igreja Batista Manancial.

Agradeço ao meu amigo/irmão Pr. Geniuton pelas horas dedicadas e orações a meu favor.

Agradeço aos amigos dos momentos de relaxamento e distração; Joel, Marilisa, Mário, Cilene, Guinha, Marina, Zé (Weslen), Júnior Fedossi, Kellyi Fedossi, Matheus Fedossi, Gean, Carina, Paulo Vitor, Poliana, D. Hosana, Sr. Erli, Júnior (Peteca), Suzi, Augusto.

Aos amigos e companheiros da UFMS, professores, técnicos, ao grupo “lazer para quem trabalha”, vocês são extraordinários.

Agradeço aos servidores da UNICAMP, Marcinha, pessoal do áudio visual.

Agradecimento especial a Daniela Vicinansa Mônico Ferreira, nutricionista (PUC-CAMPINAS, 1994); mestre em Ciências da Cirurgia (FCM-UNICAMP, 2017); doutoranda do Programa em Ciências da Cirurgia (FCM-UNICAMP) desde 2018, pela dedicação e zelo com meu trabalho.

Agradeço imensamente a Professora Bianca Giacon, Marcelo Rocha Barros (Mosca), Juliano Oda, Caroline Neris Ferreira Sarat, pela disposição e pronto auxílio, colaboração nos últimos momentos.

Obrigado a enfermeira Elisabete Marques Imolene Lima coordenadora da equipe do programa ESF (Estratégia Saúde da Família), da Vila Mariana, meus alunos e colaboradores.

## **EPÍGRAFE**

O sono é para o indivíduo o mesmo que dar corda ao relógio.

Arthur Schopenhauer (1788-1860)

## RESUMO

O sono é vital. Os seres humanos exercem atividades em vigília durante o dia e dormem à noite. Este estudo avaliou os hábitos do sono, seus distúrbios e sua relação com a qualidade de vida geral da população pantaneira. A amostra abrangeu 789 participantes, estratificados por sexo e faixa etária. Utilizaram-se um questionário sociodemográfico, o Pittsburgh Sleep Quality Index, o Questionário de Berlim e o instrumento World Health Organization Quality of Life em versão breve (WHOQOL-breve) para avaliar a qualidade de vida, considerando margem de erro máxima de 5% para mais ou para menos para as variáveis dependentes. As variáveis dependentes foram aquelas identificadas pela aplicação do Pittsburgh Sleep Quality Index e o Questionário de Berlim. As variáveis independentes incluíram as socioeconômicas e a qualidade de vida geral, avaliada pelo WHOQOL-breve. Aplicaram-se métodos de estatística descritiva, com estimativa de proporções e correspondente erro-padrão da média, bem como média e erro-padrão da média das variáveis quantitativas. A análise univariada consistiu em comparação de proporções pelo teste *qui*-quadrado e comparação de médias. O ajuste à distribuição normal foi aferido por teste não paramétrico. As variáveis independentes que na análise univariada mostraram associação significativa com as variáveis dependentes foram incluídas em modelo de análise de regressão linear múltipla escalonada com cada uma delas. Em todos os casos adotou-se o nível de 5% para declaração de existência de significância no teste aplicado. Os resultados apontaram que as distribuições de idade entre os sujeitos que têm sono de qualidade boa ou ruim são semelhantes, com médias de 33,1 anos para qualidade boa e 32,1 anos para qualidade ruim. O índice dos domínios do WHOQOL-breve, comparado pelo teste *t* de Student para variâncias heterogêneas, revelou índice WHOQOL com média significativamente maior entre os que têm boa qualidade de sono (72,3%) do que entre aqueles com qualidade de sono ruim (65,3%). Constatou-se aumento significativo da proporção de alteração do sono com o aumento da faixa etária, corroborado pela comparação das distribuições da idade segundo o Questionário de Berlim pelo teste não paramétrico, com a média de idade no grupo sem alteração ficando em 30,1 anos e em 36,7 anos no grupo com alteração. A proporção de alteração do sono diminuiu com o aumento do nível de escolaridade. As alterações do sono ocorreram em maior proporção entre as mulheres, bem como entre aquelas que têm escolaridade até o ensino médio, ao passo que os demais grupos mostraram proporção semelhante ( $p=0,541$ ) nessa variável. Isso mostra que no sexo feminino a diminuição do nível de escolaridade, o aumento da idade e fatores como aumento do número de filhos alteram o sono e a qualidade de vida. Pôde-se também concluir que variáveis como estado civil, inatividade (aposentadoria) e uso de álcool não atingiram um nível de significância para alterações do sono. A divulgação destes achados é essencial para a promoção da saúde integral do pantaneiro, visando superar problemas relacionados ao sono e à qualidade de vida geral.

Palavras-chave: sono; qualidade de vida; Pantanal; população.

## ABSTRACT

Sleep is vital. Humans are active during daytime hours and experience sleep at night. This study evaluated sleep habits and disorders, correlating them with the general quality of life of residents of the Pantanal region in Midwest Brazil. The sample, of 789 individuals, was stratified by sex and age. A sociodemographic questionnaire, the Pittsburgh Sleep Quality Index instrument, the Berlin Questionnaire, and the World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version (WHOQOL-BREF) were applied to evaluate general quality of life. A maximum margin of error of  $\pm 5\%$  was adopted for dependent variables. Dependent variables were identified using the Pittsburgh Sleep Quality Index and the Berlin Questionnaire. Independent variables included general quality of life data collected using the WHOQOL-bref instrument and socioeconomic data. Descriptive statistics was applied to estimate proportions and respective standard errors of the means, as well as means and respective standard errors for quantitative variables. Univariate analysis involved comparing proportions using the *chi*-square test and comparing means. Adjustments to normal distribution were checked using a non-parametric test. Independent variables showing significant association with dependent variables on univariate analysis were entered into a multiple linear regression analysis model scaled for each variable. A significance level of 5% was adopted throughout. Similarities were detected in age distributions among subjects reporting good-quality sleep (mean, 33.1 years) and poor-quality sleep (32.1 years). Student's *t*-test for heterogeneous variances was applied to compare WHOQOL-bref domain indices, yielding a significantly higher mean for subjects with good-quality sleep (72.3%) than for those with poor-quality sleep (65.3%). Berlin Questionnaire data revealed a significant increase in the proportion of sleep disorders with increasing age bracket, a finding corroborated by the comparison of age distributions on the non-parametric test, with mean ages of 36.7 and 30.1 years in the groups reporting sleep disorders or otherwise, respectively. A reduction in the proportion of sleep disorders was detected with increasing educational level. Sleep disorders were more frequent among women, as well as among women with high-school or lower level of education, while other groups did not differ significantly ( $p = 0.541$ ) with regard to education, revealing that lower educational level, older age, and variables such as greater number of children affect sleep patterns and general quality of life in women. Marital status, inactivity (retirement), and alcohol ingestion did not correlate significantly with sleep changes. Disseminating these findings is crucial to promote a comprehensive health care approach for the Pantanal population, addressing problems related to sleep and general quality of life.

Keywords: sleep; quality of life; Pantanal; population.

## **LISTA DE SIGLAS**

OMS	- Organização Mundial de Saúde
PSQI	- Pittsburgh Sleep Quality Index
QB	- Questionário de Berlim
QV	- Qualidade de Vida
WHOQOL-Breve	- World Health Organization Quality of Life-Bref

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis dependentes Questionário de Berlim e Pittsburgh Sleep Quality Index.....	31
Tabela 2 - Distribuição das variáveis independentes sociodemográficas .....	32
Tabela 3 - Distribuição das variáveis independentes sociodemográficas complementares .....	34
Tabela 4 - Distribuição das variáveis independentes que constituem hábitos da população .....	35
Tabela 5 - Análise univariada do resultado do Questionário Berlim em função das variáveis independentes sociodemográficas .....	37
Tabela 6 - Análise univariada do resultado do Questionário Berlim em função das variáveis independentes sociodemográficas complementares .....	40
Tabela 7 - Análise univariada do resultado Questionário Berlim em função de alguns hábitos da população estudada.....	41
Tabela 8 - Análise univariada do resultado Pittsburgh Sleep Quality Index em função das variáveis independentes sociodemográficas .....	43
Tabela 9 - Análise univariada do resultado Pittsburgh Sleep Quality Index em função das variáveis independentes sociodemográficas complementares .....	45
Tabela 10 - Análise univariada do resultado Pittsburgh Sleep Quality Index em função de alguns hábitos da população estudada .....	46
Tabela 11 - Coeficiente de determinação das variáveis independentes para a variável Questionário de Berlim .....	51
Tabela 12 - Coeficiente de determinação das variáveis independentes para a variável Pittsburgh Sleep Quality Index .....	52

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1	ALTERAÇÕES, TRANSTORNOS OU DISTÚRBIOS DO SONO .....	14
1.2	QUALIDADE DE VIDA .....	17
1.3	O LOCAL DA PESQUISA.....	20
1.4	JUSTIFICATIVA .....	22
1.5	OBJETIVOS .....	24
1.5.1	Geral.....	24
1.5.2	Específicos .....	24
<b>2</b>	<b>CASUÍSTICA E MÉTODO .....</b>	<b>25</b>
2.1	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	29
<b>3</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>31</b>
3.1	QUESTIONÁRIO BERLIM – ALTERAÇÃO DO SONO .....	36
3.2	QUESTIONÁRIO PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX – QUALIDADE DO SONO.....	42
3.3	ANÁLISE MULTIVARIADA.....	51
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>53</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>59</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>
<b>7</b>	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>71</b>
7.1	APÊNDICE A – AUTORIZAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....	71
7.2	APÊNDICE B – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	76
7.3	APÊNDICE C – ARTIGO RESULTANTE DA PESQUISA .....	77
<b>8</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>94</b>
8.1	ANEXO A – AUTORIZAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	94
8.2	ANEXO B – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	104
8.3	ANEXO C – SOLICITAÇÃO DE DEFESA DA BANCA.....	113

## 1 INTRODUÇÃO

O sono é caracterizado como um fenômeno de vital importância para o ser humano agregando funções de proteção, restauração e conservação de energia, sendo que a sua ausência denota deficiências nas atividades diárias básicas do ser humano, interações sociais, psicológicas ou cognitivas (1). O ato de dormir possui funções biológicas fundamentais englobando a consolidação da memória, termorregulação, renovo e conservação de energia e homeostase das funções endócrinas (2). Assim, é um processo biológico essencial para o ser humano, pois mantém o equilíbrio da vida. A sua quantidade e a qualidade são de extrema importância, visto que qualquer alteração pode interferir no dia a dia e na saúde do indivíduo (3).

Os seres humanos possuem hábitos especificamente diurnos possuindo sua atividade e vigília concentradas durante o dia, e o sono à noite, sendo que, um tempo reduzido de sono pode influenciar negativamente nas atividades diárias corroborando para riscos de acidentes e baixo rendimento (4), basicamente dois processos regulam o sono, o Homeostático que buscará o equilíbrio entre a necessidade de descanso quando a vigília é alongada, e o Circadiano o qual é controlado por um marca-passo endógeno independente do sono e da vigília (5).

Nesse sentido, o sono é vital e caracterizado como um conjunto de alterações comportamentais e fisiológicas que ocorrem simultaneamente, associados a atividade elétricas cerebrais, conduzidas por um ritmo circadiano (1,6). Dessa forma, os distúrbios do sono estão entre os distúrbios clínicos com maior impacto de saúde e socioeconômico, interferindo de forma direta na qualidade de vida (QV) (7).

Pesquisar os hábitos e distúrbios do sono é um princípio importante para trabalhos futuros no que concerne à qualidade e hábitos saudáveis da população pantaneira, em decorrência de suas peculiaridades. No Pantanal Sul-mato-grossense, o acesso é difícil, a cultura local é caracterizada pelos hábitos conservadores das pessoas que vivem nessa região, temerosos com a urbanização, adultos pouco escolarizados, sensação ambivalente da necessidade dos recursos que a cidade oferece, versus a calma e o isolamento.

Sul-mato-grossense, o autor dessa tese é exímio conhecedor da realidade desse estado, há 17 anos trabalhando com populações indígenas, regiões de fronteira e populações rurais, consciente dos problemas sociais que interferem diretamente na economia; má distribuição de renda, baixa escolarização da população rural, dificuldade de acesso à saúde da população rural e pantaneira. Ao pesquisar adultos em uma comunidade rural isolada e negra no Mato Grosso do Sul, evidenciou semelhança com populações não isoladas, inclusive no que se refere aos seus distúrbios, indicando uma prevalência maior de insônia. Sua etiologia varia desde “questões emocionais (etilismo, depressão e ansiedade), sociais (desemprego e violência), físicas (dor crônica) e ambientais (ruídos internos e externos ao ambiente de dormir)” (8).

Observou-se também uma alternância cultural e étnica no entendimento e parâmetros dos distúrbios do sono, como indicado em estudos com índios terena e negros (9,10).

## 1.1 ALTERAÇÕES, TRANSTORNOS OU DISTÚRBIOS DO SONO

Os inúmeros termos se tornam irrelevantes, ao utilizar como filtro de pesquisa para buscar o tema, pois, estão sempre associados.

Os três principais sistemas de classificação dos distúrbios do sono são:

- 1) Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono, 3ª edição – é uma classificação detalhada, a mais utilizada pelos profissionais da área da medicina do sono (11);
- 2) Manual do Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição – traz uma classificação psiquiátrica que divide os transtornos do sono em: primários; relacionados a transtornos mentais; relacionados à condição médica geral; e induzidos por uma substância (12);
- 3) Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição – esta, empregada pelos médicos em geral, e agrupa os transtornos: distúrbios do início e da manutenção do sono; distúrbios do sono por sonolência excessiva ou hipersonia; distúrbios do ciclo vigília-sono;

apneia de sono; narcolepsia e cataplexia; outros distúrbios do sono; distúrbios do sono não especificados (13).

Essas classificações não estão relacionadas entre si e aplicam critérios de inclusão diversos, causando complexidades epidemiológicas, de diagnóstico e de interpretação de resultados sobre os diferentes distúrbios do sono.

Estudos apontam os distúrbios do sono classificados em categorias: insônia, distúrbios respiratórios do sono, hipersonolência de origem central, distúrbios do ritmo circadiano, distúrbios do movimento durante o sono e outros distúrbios do sono (14).

De modo especial, não é simples diagnosticar a insônia (15,16).

Em definição, na sua grande maioria, a insônia é um problema para começar ou preservar o sono (17,18), existindo os despertares noturnos e sonos não reparadores (16,19), ou conforme os critérios de escalas de frequência ou intensidade desses sintomas (20).

A instabilidade nos parâmetros de estudos diagnósticos, tanto na prevalência dos sintomas e comorbidade com outros distúrbios do sono e transtornos mentais, dificulta a confrontação de resultados entre estudos (19,21-23). Neste sentido, o entendimento desse distúrbio como sintoma ou como síndrome também dificulta a comparação entre estudos (22,24). Dessa forma, como sintoma, essa dificuldade ao dormir é secundária às condições médicas, psiquiátricas ou ambientais. Como síndrome, ela é uma desordem primária que requer tratamento direto.

Pode ser classificada conforme sua duração: transitória – persistindo alguns dias; de curto período – permanecendo algumas semanas; crônica – prosseguindo por meses ou anos (25).

O Consenso Brasileiro de Insônia define como um problema de iniciar e/ou manter o sono, despertar precoce e/ou sono não restaurador, implicando nas atividades diárias. Esse critério leva em conta a associação da insônia com transtornos psiquiátricos, distúrbios do sono, fatores ambientais, higiene do sono inadequada, doenças e uso de substâncias (26).

Na infância e adolescência, a insônia é o distúrbio mais prevalente, acomete até 30% dos indivíduos nessa faixa etária. A insônia é uma

dificuldade de iniciar ou manter o sono, despertar mais cedo do que o desejado, assim como resistência para iniciar o sono, em um ambiente propício, ou seja, sem exposição a televisores, *smartphones* ou *tablets*, visto que a frequência de luz emitida por esses aparelhos afeta a liberação do hormônio melatonina, responsável pela regulação do ciclo circadiano, conseqüentemente reduz a sonolência e retarda o início do sono. Na adolescência, os distúrbios do ritmo circadiano são importantes fatores que contribuem para o desenvolvimento de insônia (27).

Já apneia é uma síndrome caracterizada por paradas respiratórias totais (apneias) ou parciais (hipopneias) recorrentes durante o sono (28-30), ronco excessivo, e despertares que dividem o sono e causam hipersonolência diurna (31,32). Ela pode causar enfermidades cardiovasculares como hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e hipoxemia (33,34).

Os distúrbios do sono podem provocar um prejuízo na QV, “diminuição do desempenho profissional ou acadêmica, aumento na incidência de transtornos psiquiátricos”, onde todos esses aspectos são capazes de afetar a segurança pessoal (35).

Nesse sentido, os transtornos do sono podem gerar vários problemas e prejuízos fisiológicos e psicológicos, já que o sono desempenha uma ação crucial na homeostase do organismo. Os distúrbios relacionados a essa necessidade fisiológica podem desempenhar um papel na associação entre estresse no trabalho e saúde cardiovascular (36). Os prejuízos causados podem gerar déficit cognitivo, notável dificuldade de concentração e irritabilidade. Então, é importante destacar que os efeitos e prejuízos desencadeados por distúrbios do sono não se restringem ao período noturno, mas podem exercer influências ao longo do dia e na QV dos indivíduos afetados (37).

A *National Sleep Foundation* alerta sobre a má higiene do sono (irregularidade do início do sono entre os dias da semana e fins de semana, acesso a mídias eletrônicas na proximidade com o horário de dormir, uso de substâncias excitantes lícitas ou ilícitas ou consumo de bebidas cafeinadas) e propõe a aplicação de uma rotina diária de higiene adequada do sono. Portanto, é necessária uma investigação mais abrangente dos aspectos e transtornos do sono por profissionais de saúde para poder gerar uma melhoria na expectativa de vida e na saúde dos indivíduos (37).

Reduzir a obesidade e o sedentarismo através de métodos para desenvolver comportamentos saudáveis pode ser um caminho a ser traçado para minimizar algumas complicações geradas pelos distúrbios do sono, entre as estratégias estão projetos de atividade física, campanhas educativas e dieta de baixo conteúdo de gordura. Também podem trazer benefícios incluir campanhas de conscientização do sono. A Associação Brasileira do Sono promove anualmente a Semana do Sono, a proposta é alcançar a população geral com temas e assuntos de relevância em todas as regiões do Brasil por meio dos seus associados, promove ainda, o Congresso Brasileiro do Sono, um evento científico de atualização e difusão das descobertas científicas no assunto (38).

## 1.2 QUALIDADE DE VIDA

O entendimento da QV trata de diversas áreas da compreensão humana, “biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante inter-relação”, depende de ações individuais para que seja transformada, pois transmite um conceito de que a pessoa tem como modificar seus hábitos e, com isso, melhorar seu padrão de QV, bem-estar e viver melhor (39).

Podem-se perceber inúmeros esforços na tentativa de elucidar esse campo de conhecimento. Compreender qualidade de vida como uma forma humana de percepção do próprio existir, a partir de esferas objetivas e subjetivas, é um desses. Porém, é preciso que, para uma compreensão adequada, não haja reducionismo perante esse tema, pois o que se percebe são inter-relações constantes entre os elementos que compõem esse universo (39).

A QV é reconhecida, “como um indicador de eficácia, eficiência e impacto de eventuais intervenções voltadas à prevenção ou tratamento de agravos à saúde, tanto individuais como em nível populacional” (40).

Reflete sobre dois aspectos: a subjetividade e a multidimensionalidade. Dando ênfase à “percepção do próprio indivíduo acerca do seu estado de saúde e dos aspectos não-médicos relativos ao seu contexto de vida” (40).

De forma geral a QV refere-se à necessidade humana de viver sem as doenças ou de transpor as dificuldades e os estados de morbidade que as condições de saúde lhe ocasionam.

A QV na área de saúde encontrou outros caminhos afins, os quais tivera, um desenvolvimento independente e cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções. Alguns são distorcidos por uma visão biológica e funcional; outras são sociais e psicológicas, como bem-estar, satisfação e felicidade (41).

Há um aumento significativo da prevalência dos transtornos mentais que representam 13% de doenças no mundo (42,43). Os problemas de saúde mental, não são exclusivos das sociedades urbanas e industrializadas, mas também das comunidades rurais (44,45). Assim, percebe-se que a população rural representa um número importante para o agravamento dos problemas relacionados à saúde mental, apesar das poucas pesquisas nessa área (46).

Apesar de todas as facetas, a saúde continua sendo o grande diferencial para demonstrar a importância de estudos na área da QV. Pode-se dizer que sempre houve uma preocupação com a saúde da população geral, percebe-se que há um aumento significativo de pesquisas em populações diferentes das populações urbanas em termos de sua QV, seu estado de saúde, “influenciada pelo gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidade” (47).

As pesquisas têm mostrado dados interessantes que muitos se assemelham entre populações de regiões diferentes com culturas, modo de vida, economia, ambiente, regras sociais, dilemas e paradigmas religiosos diversificados, entretanto, outros dados têm apresentado à comunidade científica características curiosamente interessantes muito controversas àqueles esperados em populações com semelhanças no seu modo de vida e de hábitos comuns.

Na área rural, encontram-se os maiores índices de analfabetismo, endemias e insalubridades no Brasil, enfatizando situações restritas de acesso aos bens e serviços necessários à vida, cumulando em pobreza e carências de recursos básicos (48). Apesar da saúde pública mostrar avanços nas regiões rurais do país, muitas pessoas ainda vivem em condições de carência ambiental, social e da própria saúde (49).

O termo “qualidade de vida” com seus vários significados, que podemos entender como um dito popularmente criado pelas pessoas, preservado e bem utilizado na sociedade sendo relacionado às emoções, relações pessoais, eventos profissionais, política, sistemas de saúde, dentre outros, até a perspectiva científica, com vários significados na literatura médica (50).

Na literatura médica, QV vem sendo empregado em diversos sentidos, como condições de saúde e funcionamento social. Qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*) e estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (51).

O grupo de QV da Organização Mundial de Saúde (OMS), propõe que a QV é a percepção da pessoa de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ela vive, e em concordância aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (52). É um conceito subjetivo, com elementos positivos e negativos, amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (53).

Desta maneira, a QV discursa sobre a percepção que os indivíduos têm das suas necessidades, se estão sendo satisfeitas ou ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (53).

A QV é compreendida a partir de uma,

visão multidimensional associada a aspectos objetivos e subjetivos, embasada em critérios de satisfação individual e de bem-estar coletivo, refletindo a percepção dos sujeitos no que se refere ao nível de satisfação das suas necessidades básicas, desenvolvimento econômico, inserção social, qualidade do ambiente em que vivem, oportunidades na vida e acesso a serviços, assim como nas questões referentes à felicidade, ao amor, à satisfação com a vida e à realização pessoal (54).

A QV tem sido uma preocupação constante do ser humano, observar a população rural, suas condições de saúde, desigualdades sociais e evitar o êxodo dessas regiões é um desafio, já que carecem de políticas públicas e investigações no âmbito científico para identificar suas necessidades, sendo que os residentes sofrem impactos na saúde física e mental em decorrência da escassez educacional, condições de moradia e acesso a saúde, impelindo nos aspectos da QV geral (55).

### 1.3 O LOCAL DA PESQUISA

O Estado do Mato Grosso do Sul abriga 62% da bacia pantaneira, a maior planície inundável do planeta, declarada Patrimônio Nacional pela Constituição Federal Brasileira de 1988, localizada no centro da América do Sul, pertencendo ao Paraguai, Bolívia e Brasil, destes 6% distribuídos nos países estrangeiros e 32% no Estado do Mato Grosso, considerado ainda Patrimônio Natural Mundial pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e Reserva da Biosfera (56-58).

O período de inundações, também chamado ciclo das águas, é o fenômeno ecológico mais relevante do Pantanal recebendo do Rio Paraguai e afluentes, transformando o cenário da região através da biodiversidade, sendo “interseção de quatro grandes Regiões Fitoecológicas, que regionalmente podem ser conhecidas como Mata Decídua, Mata Semidecídua, Cerrado e Chaco” (59).

Considerado um dos poucos municípios pantaneiros, Coxim em sua congruência entre os rios Coxim e Taquari que fica à montante da ponte sobre a BR 163, no Km 727, passa a ser denominado de médio Taquari, caracterizado por suas águas mais tranquilas, já em transição de depressão para planície, formando bancos de areia, ilhas, baías entre outros fatores que caracterizam um rio pantaneiro e por isso, Coxim é considerado como o Portal do Pantanal (60).

Todo o território coxinense que se encontra fora da planície pantaneira é considerada como influente corredor ecológico migratório de abastecimento e intercâmbio de biodiversidades entre o Pantanal e o Cerrado (60).

A estrutura demográfica dessa cidade também “apresentou mudanças no município. Entre 2000 e 2010 foi verificada ampliação da população idosa que cresceu 3,3% em média ao ano, em 2010 detinha 10,6% do total da população municipal” (61). Quanto à Educação,

conforme dados do último Censo Demográfico, no município, em agosto de 2010, a taxa de analfabetismo, das pessoas de 10 anos ou mais era de 9,5%, não obstante, na área urbana a taxa era de 9,0% e na zona rural era de 15,1% (61).

O município nasceu com o objetivo de estabelecer apoio para a extração de ouro e outras riquezas, sustentado pelo recurso fluvial, no século XVIII

denominado Arraial de Belliago, correspondendo ao acordo estabelecido entre o governador da Capitania de São Paulo e Domingos Gomes Belliago, em troca da fixação e auxílio às expedições. O Arraial de Belliago, à margem direita do rio Taquari, tinha o intuito de ajudar as monções, que iam de São Paulo a Cuiabá, ou que de lá vinham (61).

Em 1862, o governador da província, Senhor Herculano Ferreira Vena, com a Resolução n. 09 de 1862, criou o Núcleo Colonial do Taquari, a qual teve a denominação de Herculânea, junto com o Arraial de Belliago. Devido a povoação e do apogeu econômico portuário, estabeleceu-se o povoado de Coxim, palavra de origem Guarani que significa peixe (62).

Cenário também de invasões paraguaias e ocupação deste país na época da guerra do Paraguai, o que trouxe destaque e notoriedade diante dos defensores do império brasileiro, a cidade de Coxim se tornou Distrito pela Lei n. 1, de 6 de novembro de 1872, e de 11 de abril de 1898, pela Resolução Estadual n. 202, obteve a sua emancipação política como Município de Coxim. O município possui estimativa de 32.159 habitantes, destes, 29.145 reside em área urbana, o equivalente a 90,63% da população e 3.014 em área rural. Não possui populações indígenas e quilombolas reconhecidas, apesar de etnias Boróro, Guaicurus e Paiaguás terem habitado a região e ainda encontrarmos vestígios e relatos de seus descendentes, além da cultura enraizada e fortemente apresentada (61).

Também abriga

a população da zona rural, derivado das fazendas de gado de corte da região, algumas contam com escolas, creches e postos de saúde. Com uma zona rural vasta, o município contém distritos e colônias agrícolas de pequenos produtores ligados a ele, como: Jauru, população estimada em 600 habitantes, distante 60 km, São Romão, população estimada em 500 habitantes, distante 12 quilômetros, Vale do Taquari, com população estimada em 1000 habitantes distante 4 km e o distrito de Silviolândia com uma população estimada em 1.100 habitantes distante de Coxim 5 km (60).

A cidade de Coxim é um centro econômico e regional, sendo nacionalmente conhecida como Capital do Peixe e Terra do Pé de Cedro, em decorrência da canção de Zacarias Mourão. Abriga diversos ícones paisagísticos, como as cachoeiras do Salto, das Palmeiras e os Rios Taquari e Coxim. Sua economia baseia-se na agropecuária (60).

Compreende-se o homem pantaneiro como o indivíduo nascido no Pantanal ou aquele que, mesmo não tendo nascido na região, adotou o modo de vida, partilhando dos usos e dos costumes próprios dessa população (63).

O Pantanal e o pantaneiro se completam, se interagem, e um precisa do outro para sobreviver. Só o verdadeiro peão, que conhece e desbrava todos os dias o Pantanal, é conhecedor da natureza local: ele sabe tudo daquele lugar, ele tem suas particularidades, desde a sua crença e vida, é ele quem decifra o Pantanal, a vestimenta de campeiro, sua fala, marcada de neologismos e coloquialismos, suas festas, o tereré, bebida típica da região e tantas outras características marcantes compõem o extenso universo do homem pantaneiro (64).

As influências das inúmeras culturas dos diversos cantos do país e das fronteiras de países vizinhos oferecem uma mistura farta para o aparecimento do homem pantaneiro, bandeirantes, nordestinos, cafusos, caboclos, mulatos e os paraguaios e bolivianos, que adentraram o território brasileiro em busca de trabalho. Toda essa influência de etnias, usos e costumes legou ao pantaneiro modos de vida que foram se modificando ao longo dos anos (65).

A principal atividade desse homem pantaneiro é a pecuária, possui seus costumes e hábitos específicos, teve que se adaptar ao clima, alimentação e onde dormir, é costume de o vaqueiro dormir cedo e acordar ainda pela madrugada, sua primeira refeição é o quebra-torto, arroz com carne seca e café com leite. De três a quatro vezes ao dia, em horários pré-estabelecidos, interrompe o seu trabalho para tomar o seu tereré (bebida de origem paraguaia, usado com erva mate e água gelada ou até mesmo retirada dos corixos). Uma outra característica do peão pantaneiro é a contemplação da natureza, através disso ele descobre alterações do tempo, mudança e influência da lua, indícios de chuva, enchentes ou estiagens prolongadas. Tudo isso representa um pouco de sua sabedoria.

#### 1.4 JUSTIFICATIVA

Trata-se de uma pesquisa inédita, com o propósito de identificar os padrões do sono e seus distúrbios na população pantaneira. Nesse sentido, vem ao encontro da expectativa científica de inúmeros trabalhos propostos em populações do mundo inteiro. Este, por sua vez, abrange uma população rural isolada,

desbravando um cenário pouco conhecido nos aspectos de saúde geral, epidemiológicos e desconhecidos no que se refere ao sono e seus distúrbios; não há na bibliografia atual pesquisas nesta população. Foram utilizados os termos sono, qualidade de vida, pantanal e população nos campos de busca das plataformas Lilacs, SciELO, PubMed/Medline, utilizou-se o filtro nos últimos 30 anos não sendo encontrados trabalhos com esses descritores.

A região pesquisada abrange o Pantanal do Paiaguás, nome dado à porção de pantanal compreendida entre a margem direita do Rio Taquari até a esquerda do Rio Piquiri, que se estende até os rios Paraguai e Cuiabá/São Lourenço. Não há uma estimativa de habitantes, visto que a região é compreendida por 2.132 km<sup>2</sup>, disperso em fazendas criadoras de gado, com índice populacional não detectado, devido a sua abrangência e a facilidade de movimentação entre os municípios pertencentes à região, ora em um município, ora em outro, é característico ser residente desde que facilite o trabalho no campo. Estas fazendas criadoras de gado, por sua vez, possuem características distintas: as que somente engordam e vendem; e aquelas que engordam, vendem e produzem em torno do gado e que cuidam de determinada manutenção, na grande maioria braçal, na lida com o próprio gado e outros na manutenção da terra para o pasto, cercas, invernadas e tantas outras que atraem trabalhadores com pouca escolaridade e que formam suas famílias ou as levam para auxiliar na lide do campo (60).

Para atingir um número de participantes suficiente para este trabalho, considerando que é uma região remota em decorrência do período da chuvas e alagamentos ou das altas temperaturas que transformam a paisagem e o acesso, as pessoas, grupos e famílias se concentram nas chamadas fazendas “modelo”, nome característico que agrupa um número relevante de pessoas por motivos de segurança, econômicos e sociais.

Diante de várias pesquisas realizadas nas aldeias indígenas das etnias Terena, no Mato Grosso do Sul, e Boróro, no Mato Grosso, e em Furnas do Dionísio, no município de Jaraguari, MS, esta última, comunidade quilombola, rural e isolada e de diversos trabalhos referentes ao sono de reconhecimento e já publicados, foi despertado no autor deste trabalho, em colaboração com seu orientador uma inquietude e motivação em dar início a pesquisa na maior planície inundada do planeta, pertencente a um dos maiores ecossistemas mundiais, avaliando

características essenciais em relação à discussão de inúmeros fatores que estarão associados aos padrões e hábitos do sono, distúrbios do sono e QV na população local.

## 1.5 OBJETIVOS

### 1.5.1 Geral

Avaliar os padrões do sono, seus distúrbios e fatores relacionados com a qualidade de vida geral da população pantaneira.

### 1.5.2 Específicos

Identificar os padrões do sono na população pantaneira.

Estimar a incidência dos distúrbios do sono.

Relacionar a qualidade de vida aos padrões do sono da população estudada.

Relacionar as variáveis independentes; idade, sexo, religião, naturalidade, escolaridade, tempo de residência, ocupação, renda mensal, horas de trabalho diária e sua relação com o sono e qualidade de vida.

## 2 CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, analítico, de corte transversal e comparativo, no qual foi realizado um pré-teste com amostra aleatória.

Em decorrência da amostra que insere a população a ser pesquisada dentro do perímetro de abrangência dos grupos de trabalho do programa Estratégia Saúde da Família, solicitou-se permissão ao Secretário de Saúde Municipal de Coxim, MS, por meio de ofício esclarecendo os objetivos da pesquisa, caso houvesse a necessidade de extração de dados referente ao território ou à própria população a ser pesquisada e permissão para a participação dos agentes comunitários de saúde como aplicadores, estes pertencentes a zona rural do município (Anexo A).

Foi solicitado ao diretor da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campus de Coxim, anuência com relação a seleção de alunos do curso de Enfermagem para participarem da pesquisa como aplicadores. Nessa perspectiva, foi realizado o treinamento dos agentes e acadêmicos para adaptação do vocabulário e tipo de abordagem e verificar o tempo médio de cada entrevista, estabelecendo média de 20 minutos. Dessa forma, iniciou-se a coleta de dados, e posterior tratamento das informações para análise e discussão (Anexo A).

Nesta pesquisa delimitou-se ao estudo de uma população do Pantanal do Paiaguás, uma vez que se considera esses municípios e população característicos pantaneiros (66).

o qual possui área de 27.082 km<sup>2</sup>, envolvendo áreas parciais dos municípios de Sonora, Coxim e Corumbá, todos esses municípios no Estado do Mato Grosso do Sul. Localizado na parte central do Pantanal, delimitando-se a Oeste pelo Rio Cuiabá, pela área de inundação do Pantanal do Paraguai e pelo Rio Paraguai-Mirim, ao Sul pelo Rio Taquari, a Leste pelo planalto adjacente e ao Norte pelos Rios Correntes e Itiquira (67).

Foram inclusos indivíduos residentes no município que por algum motivo estavam em suas residências ou nos locais que pousam, puderam participar todos os moradores e residentes da cidade de Coxim, de seus distritos e residentes em fazendas, sítios e ranchos, homens, mulheres e adolescentes entre a faixa etária de

15 a 99 anos que desejaram participar do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Assentimento (caso fosse menor de 18 anos), e que pertenciam a um território de abrangência de uma unidade do Estratégia Saúde da Família (Apêndice A). Foram excluídos os moradores, residentes de locais que não possuem abrangência dessa unidade de saúde e que não assinaram o Termo, também foram excluídos os trabalhadores que nunca exerceram atividades laborais na região pantaneira.

O total da amostra foi de 789 participantes, distribuídos em população rural e urbana, em uma proporção de 25% para rural e 75% urbana. O período de coleta de dados foi de setembro de 2017 a outubro de 2018, convergiu a diminuição dos alagamentos e das chuvas, chamado também ciclo das águas do pantanal, período em que a estiagem é característica e que oferece acesso a bacia pantaneira, devido aos fenômenos naturais, compreendendo os meses de agosto a novembro.

Esta pesquisa seguiu rigorosamente as orientações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos e da Comissão de Ética em Pesquisa, por meio da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo assim, submetido, avaliado e aprovado segundo o Parecer Consubstanciado n. 2.029.112, de 24 de abril de 2017, tendo como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 64654817.9.0000.5404 (Anexo A) (68). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constou a data e a assinatura do participante, houve garantia de sigilo absoluto dos resultados, quando publicados através de revistas, periódicos, livros e outras produções que forem pertinentes.

Foram aplicados os seguintes instrumentos para estudo e análise: a) *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI); *Questionário de Berlim* (QB, *Berlin Questionnaire*); *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-breve) e o *Questionário Sociodemográfico* com as seguintes variáveis independentes; idade, sexo, religião, naturalidade, escolaridade, há quanto tempo reside na região, ocupação e há quanto tempo está nesta ocupação, renda, jornada diária em horas de trabalho.

O WHOQOL-breve é a versão abreviada do instrumento de avaliação de QV da OMS, WHOQOL-100, traduzido para língua portuguesa no Brasil e para mais

de 20 idiomas (Apêndice B; Anexo B) (69). O instrumento possui 26 questões. A primeira parte é composta por duas questões gerais, abordando a percepção acerca da sua QV e satisfação com seu estado de saúde; e a segunda parte composta por 24 questões e abrange os quatro domínios de QV e suas respectivas facetas medindo o grau de satisfação em relação a cada um dos componentes. domínio I – Físico; domínio II – Psicológico; domínio III – Relações Sociais; domínio IV – Meio Ambiente:

- a) Domínio I – Físico – focaliza as seguintes facetas: dor, desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicações ou tratamento e capacidade de trabalho;
- b) Domínio II – Psicológico – cujas facetas são: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e sentimentos negativos;
- c) Domínio III – Relações Sociais – que inclui as seguintes facetas: relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual;
- d) Domínio IV – Meio Ambiente – aborda as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte (70).

As variáveis dependentes foram as identificadas pela aplicação dos instrumentos: *Questionário de Berlim* (QB, *Berlin Questionnaire*), a versão de 1999, validada por Nikolaus C. Netzer et al., instrumento de avaliação da patologia respiratória do sono, foi adaptada e traduzida para o português por A. P. Vaz et al., em 2011, que identifica alteração do sono (não ou ausente, e sim ou presente) (Anexo B).

O QB é um instrumento desenvolvido por especialistas em apneia do sono reunidos em Berlim, Alemanha, em 1996, de auto relato, tem sido comumente usado como medida de triagem para a apneia do sono, especialmente ao longo dos últimos anos. Avalia a presença e frequência de comportamento do ronco,

sonolência ou cansaço ao acordar e história de obesidade ou hipertensão, composto por 9 questões breves mais o índice de massa corporal.

Para os itens nas categorias 1 e 2, é atribuído 1 ponto na presença ou ocorrência de um sintoma de forma persistente ou frequente (3-4 vezes por semana). O item 5, referente às apneias presenciadas, é uma exceção, sendo que para os mesmos pressupostos são atribuídos 2 pontos. A categoria 2 apresenta um item adicional referente à frequência com que ocorre sonolência (item 9), para a qual não está registrada nenhuma pontuação. As categorias 1 e 2 são positivas quando a soma da pontuação de todos os itens é igual ou superior a 2, e a categoria 3, na presença de hipertensão arterial e/ou obesidade. Registro positivo em duas ou três categorias define um *score* de alto risco para a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, e o registro positivo em apenas uma categoria ou nenhuma define um *score* de baixo risco (71).

Como variável dependente incluiu também o PSQI, que afere a qualidade do sono (boa ou ruim), a versão do PSQI (1989), desenvolvida por Daniel J. Buysse et al., instrumento de avaliação da qualidade do sono, foi adaptada e traduzida para o português, considerado a cultura da população brasileira e traduzido por A. N. Bertolazi, em 2008.

Com o intuito de fornecer uma medida de qualidade de sono uniformizada, o PSQI é fácil de ser respondido e interpretado, faz a distinção entre “bons dormidores” e “maus dormidores”.

O questionário consiste de 19 questões auto administradas e 5 questões respondidas por seus companheiros de quarto. Estas últimas são utilizadas somente para informação clínica e não foram utilizadas nesta pesquisa. As 19 questões são agrupadas em 7 componentes, com pesos distribuídos numa escala de 0 a 3. Estes itens do PSQI, seguem padrões de características rotineiramente avaliadas em entrevistas clínicas de pacientes com queixas em relação ao sono, são a qualidade subjetiva do sono, a latência para o sono, a duração do sono, a eficiência habitual do sono, os transtornos do sono, o uso de medicamentos para dormir e a disfunção diurna. As pontuações destes componentes são então somadas para produzirem um *escore* global, que varia de 0 a 21, onde, quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono. Um *escore* global do PSQI > 5 indica que o indivíduo está apresentando

grandes dificuldades em pelo menos 2 componentes, ou dificuldades moderadas em mais de 3 componentes (72).

## 2.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A população estudada é a residente no pantanal do Paiaguás, agrupando grande parte da população do município de Coxim, MS, (32.159 habitantes), da qual foi obtida uma amostra de 789 indivíduos acima de 15 anos, estratificados por sexo e faixa etária. Todos os dados foram inseridos em uma planilha do programa Excel 2013®, e transferidos para o programa estatístico EBM-SPSS v. 21.

A estimativa do tamanho da amostra considerou margem de erro máxima, para as variáveis dependentes, de 5% para mais ou para menos, e ainda  $\alpha=5\%$  e poder de 80% (61).

As variáveis dependentes, ambas de distribuição binomial, foram as identificadas pela aplicação dos instrumentos QB, que identifica alteração do sono (não ou ausente, e sim ou presente); e PSQI, que afere a qualidade do sono (boa ou ruim).

As variáveis independentes, obtidas na aplicação de questionário sócio demográfico e pela aplicação do WHOQOL-breve, foram as seguintes: sexo; Idade (em anos e por faixa etária); Escolaridade; Religião; Tempo de residência (em anos e categorizada); Renda pessoal em salários mínimos; Renda familiar em salários mínimos; Horas de trabalho (categorizada); Estado civil; Filhos (ter ou não); Número de filhos; Com quem reside; Moradia (imóvel no qual reside); Cor; Aposentado (sim ou não); Ingestão de bebida alcoólica; Fumo; Ingestão de café; Ingestão de tererê; Ingestão de chimarrão; Prática de exercício ou atividade física; Índice de qualidade de vida.

Foram utilizados métodos de estatística descritiva, com a estimativa de proporções (variáveis de atributos e categóricas) e correspondente erro padrão da média, e média e erro padrão da média das variáveis quantitativas.

A análise univariada foi feita pela comparação de proporções pelo teste do *Qui-quadrado*, e comparação de médias (teste *t* de Student, após a verificação da homogeneidade das variâncias pelo teste de Levene, para variáveis com distribuição

normal; e teste não paramétrico de Mann-Whitney para variáveis sem distribuição normal). O ajuste à distribuição normal foi aferido pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

As variáveis independentes que, na análise univariada, mostraram associação significativa com as variáveis dependentes, foram incluídas em modelo de análise de regressão linear múltipla escalonada (*stepwise forward, multiple linear regressions*) com cada uma delas.

Em todos os casos foi adotado o nível de 5% ( $p < 0,05$ ) para a declaração de existência de significância no teste aplicado.

### 3 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição das variáveis dependentes QB e PSQI e demonstra que a amostra obtida permitiu atingir a margem de erro máxima estabelecida para as estimativas de seus resultados.

**Tabela 1** - Distribuição das variáveis dependentes Questionário de Berlim e Pittsburgh Sleep Quality Index

Variável	n	%	EPM (%)
QB – alteração do sono:			
Não	417	61,3	1,9
Sim	263	38,7	1,9
<b>Total</b>	<b>680</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
PSQI – qualidade do sono:			
Boa	351	44,8	1,8
Ruim	432	55,2	1,8
<b>Total</b>	<b>783</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Legenda: erro padrão da média – EPM; Questionário de Berlim – QB; Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI.

A Tabela 2 apresenta as distribuições das variáveis independentes sociodemográficas que caracterizam a população amostrada. A variável idade (em anos) apresentou média de 32,6 anos (EPM=0,54 ano), mediana 28 anos e moda 18 anos; esta variável não tem distribuição normal ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 2** - Distribuição das variáveis independentes sociodemográficas

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>EPM (%)</b>
Sexo:			
Feminino	406	51,6	1,8
Masculino	381	48,4	1,8
<b>Total</b>	<b>787</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Idade (anos):			
15 a 19	176	22,6	1,5
20 a 29	244	31,3	1,7
30 a 39	131	16,8	1,3
40 a 49	106	13,6	1,2
50 a 59	72	9,2	1,0
60 a 69	33	4,2	0,7
70 ou mais	17	2,2	0,5
<b>Total</b>	<b>779</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Escolaridade:			
Sem	66	8,5	1,0
Até Ensino Fundamental 2	239	30,9	1,7
Até Ensino Médio	334	43,2	1,8
Superior até pós-graduação	134	17,3	1,4
<b>Total</b>	<b>773</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Cor:			
Branca	248	31,9	1,7
Parda	408	52,5	1,8
Negra	90	11,6	1,1
Amarela	31	4,0	0,7
<b>Total</b>	<b>777</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Estado civil:			
Solteiro	390	49,9	1,8
Casado ou união estável	327	41,8	1,8
Separado ou divorciado	50	6,4	0,9
Viúvo	15	1,9	0,5
<b>Total</b>	<b>782</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Filhos:			
Não	346	44,1	1,8
Sim	439	55,9	1,8
<b>Total</b>	<b>785</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Continua...

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>EPM (%)</b>
Reside com:			
Sozinho	75	9,6	1,1
Família	679	86,7	1,2
Outro	29	3,7	0,7
<b>Total</b>	<b>783</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Moradia:			
Própria	558	73,2	1,6
Alugada	122	16,0	1,3
Cedida	67	8,8	1,0
Outro	15	2,0	0,5
<b>Total</b>	<b>762</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Aposentado:			
Não	727	93,8	0,9
Sim	48	6,2	0,9
<b>Total</b>	<b>775</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Religião:			
Católica	401	52,0	1,8
Evangélica	305	39,6	1,8
Espírita	21	2,7	0,6
Outra	44	5,7	0,8
<b>Total</b>	<b>771</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Legenda: erro padrão da média – EPM.

A Tabela 3 apresenta as distribuições das variáveis independentes sociodemográficas complementares. A variável tempo de residência (em anos) mostrou média 22,4 anos (EPM=0,53 ano), mediana e moda de 20 anos; também não tem distribuição normal ( $p<0,001$ ).

**Tabela 3** - Distribuição das variáveis independentes sociodemográficas complementares

Variável	n	%	EPM (%)
Número de filhos:			
1	142	34,2	2,3
2	147	35,4	2,3
3 ou mais	126	30,4	2,3
<b>Total</b>	<b>415</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Horas de trabalho:			
Menos de 8	139	27,0	2,0
8	271	52,7	2,2
Mais de 8	104	20,2	1,8
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Renda pessoal (salário mínimo):			
Menos de 1	201	35,7	2,0
Entre 1 e 2	231	41,0	2,1
Mais de 2	131	23,3	1,8
<b>Total</b>	<b>563</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Renda familiar (salário mínimo):			
Menos de 1	88	14,2	1,4
Entre 1 e 2	193	31,2	1,9
Mais de 2	337	54,5	2,0
<b>Total</b>	<b>618</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Tempo de residência (anos):			
Menos de 10	165	21,6	1,5
10 a 20	188	24,6	1,6
20 a 30	181	23,7	1,5
30 ou mais	230	30,1	1,7
<b>Total</b>	<b>764</b>	<b>100,00</b>	<b>-</b>

Legenda: erro padrão da média – EPM.

A variável independente QV (índice WHOQOL), com distribuição normal ( $p=0,242$ ) teve média de 68,4% (EPM=0,48%), mediana de 69,1% e mediana de 67,0%. Na Tabela 4 vemos as distribuições das variáveis independentes que constituem hábitos da população amostrada.

**Tabela 4 -** Distribuição das variáveis independentes que constituem hábitos da população

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>EPM (%)</b>
Bebida alcoólica:			
Não	619	79,5	1,4
Sim	160	20,5	1,4
<b>Total</b>	<b>779</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Fumo:			
Não	715	91,8	1,0
Sim	64	8,2	1,0
<b>Total</b>	<b>779</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Café:			
Não	382	49,0	1,8
Sim	397	51,0	1,8
<b>Total</b>	<b>779</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Tererê:			
Não	332	42,6	1,8
Sim	447	57,4	1,8
<b>Total</b>	<b>779</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Chimarrão:			
Não	699	89,8	1,1
Sim	79	10,2	1,1
<b>Total</b>	<b>778</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Atividade física:			
Não	394	50,7	1,8
Sim	383	49,3	1,8
<b>Total</b>	<b>777</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Legenda: erro padrão da média – EPM.

### 3.1 QUESTIONÁRIO BERLIM – ALTERAÇÃO DO SONO

A Tabela 5 apresenta os resultados da análise univariada do resultado do QB alteração do sono) em função das variáveis independentes sociodemográficas. Por concisão, o resultado do QB será referenciado pelo acrônimo QB e quando positivo, o que é identificado pela detecção de alteração do sono, anotado como sim.

Observa-se um aumento significativo da proporção de alteração do sono com o aumento da faixa etária, o que é também corroborado pela comparação das distribuições da idade segundo QB pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney, com a média de idade no grupo sem alteração ficando em 30,1 anos e em 36,7 anos no grupo com alteração ( $p < 0,001$ ). Dá-se o contrário quanto ao efeito do nível de escolaridade, isto é, diminui a proporção de alteração do sono com o aumento do nível de escolaridade.

Em relação à cor declarada pelo entrevistado, observa-se uma pequena proporção entre os identificados pela cor amarela, ficando os demais grupos em proporção semelhante ( $p = 0,115$ ). Finalmente, ter filhos aumenta a proporção de alteração do sono revelada pelo instrumento QB.

Cabe comentar que tanto o estado civil quanto a inatividade (aposentado), muito embora não atinjam o nível de significância adotado, situam-se num intervalo de valor de  $p$  que aponta uma possível tendência.

**Tabela 5 -** Análise univariada do resultado do Questionário Berlim em função das variáveis independentes sociodemográficas

Variável	QB – alteração do sono						p
	Não		Sim		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Sexo:							
Feminino	215	61,1	137	38,9	352	100,0	0,892
Masculino	202	61,6	126	38,4	328	100,0	
Faixa etária (anos):							
15 a 19	107	70,4	45	29,6	152	100,0	<0,001
20 a 29	143	69,1	64	30,9	207	100,0	
30 a 39	68	58,6	48	41,4	116	100,0	
40 a 49	55	56,7	42	43,3	97	100,0	
50 a 59	22	37,9	36	62,1	58	100,0	
60 a 69	12	44,4	15	55,6	27	100,0	
70 ou mais	6	35,3	11	64,7	17	100,0	
Escolaridade:							
Sem	25	43,9	32	56,1	57	100,0	0,005
Até Ensino Fundamental 2	120	56,9	91	43,1	211	100,0	
Até Ensino Médio	187	65,6	98	34,4	285	100,0	
Superior até pós-graduação	77	67,0	38	33,0	115	100,0	
Cor:							
Branca	116	54,7	96	45,3	212	100,0	0,002
Parda	214	60,6	139	39,4	353	100,0	
Negra	54	67,5	26	32,5	80	100,0	
Amarela	23	92,0	2	8,0	25	100,0	

Continua...

Variável	QB – alteração do sono						p
	Não		Sim		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Estado civil:							
Solteiro	224	65,9	116	34,1	340	100,0	0,069
Casado ou união estável	163	58,0	118	42,0	281	100,0	
Separado ou divorciado	20	48,8	21	51,2	41	100,0	
Viúvo	8	57,1	6	42,9	14	100,0	
Filhos:							
Não	198	66,7	99	33,3	297	100,0	0,012
Sim	218	57,2	163	42,8	381	100,0	
Reside com:							
Sozinho	38	58,5	27	41,5	65	100,0	0,540
Família	363	61,9	223	38,1	586	100,0	
Outro	13	52,0	12	48,0	25	100,0	
Moradia:							
Própria	288	59,6	195	40,4	483	100,0	0,587
Alugada	64	62,1	39	37,9	103	100,0	
Cedida	38	63,3	22	36,7	60	100,0	
Outro	10	76,9	3	23,1	13	100,0	
Aposentado:							
Não	391	62,5	235	37,5	626	100,0	0,066
Sim	23	48,9	24	51,1	47	100,0	
Religião:							
Católica	216	61,5	135	38,5	351	100,0	0,764
Evangélica	160	62,0	98	38,0	258	100,0	
Espírita	13	72,2	5	27,8	18	100,0	
Outra	23	57,5	17	42,5	40	100,0	

Legenda: Questionário de Berlim – QB.

Na Tabela 6 estão os resultados da análise univariada do QB em função das variáveis independentes sociodemográficas complementares. Como visto na Tabela 5, quem tem filhos tem, em maior proporção, alteração do sono; já a Tabela 6 mostra que, entre os que têm filhos, aumenta a proporção de alteração do sono com o aumento do número de filhos.

O índice de QV, avaliado pelo instrumento desenvolvido pela OMS (WHOQOL), aqui identificado sucintamente pelo seu acrônimo, e a ausência ou presença de alteração do sono pelo QB, foi comparado pelo teste *t* de Student para amostras independentes. Determinada que as variâncias eram homogêneas (teste de Levene,  $p=0,791$ ), a média entre os que não apresentaram alteração do sono no QB (70,1%,  $n=378$ ) foi significativamente maior do que aquela presente entre os que apresentaram alteração do sono no questionário QB (65,9%,  $n=229$ ),  $p<0,001$ .

**Tabela 6** - Análise univariada do resultado do Questionário Berlim em função das variáveis independentes sociodemográficas complementares

Variável	QB – alteração do sono						p
	Não		Sim		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Número de filhos:							
1	84	68,9	38	31,1	122	100,0	0,003
2	70	55,6	56	44,4	126	100,0	
3 ou mais	54	47,0	61	53,0	115	100,0	
Horas de trabalho:							
Menos de 8	70	56,0	55	44,0	125	100,0	0,689
8	143	60,6	93	39,4	236	100,0	
Mais de 8	51	58,0	37	42,0	88	100,0	
Renda pessoal (salário mínimo):							
Menos de 1	104	60,1	69	39,9	173	100,0	0,906
Entre 1 e 2	121	59,0	84	41,0	205	100,0	
Mais de 2	72	61,5	45	38,5	117	100,0	
Renda familiar (salário mínimo):							
Menos de 1	49	65,3	26	34,7	75	100,0	0,819
Entre 1 e 2	103	61,3	65	38,7	168	100,0	
Mais de 2	190	61,7	118	38,3	308	100,0	
Tempo de residência (anos):							
Menos de 10	88	65,2	47	34,8	135	100,0	0,267
10 a 20	103	62,8	61	37,2	164	100,0	
20 a 30	100	62,5	60	37,5	160	100,0	
30 ou mais	115	55,6	92	44,4	207	100,0	

Legenda: Questionário de Berlim – QB.

Na Tabela 7 é mostrada a análise univariada de QB em função de alguns hábitos pertinentes à população estudada. Nesse sentido, verificou-se que o hábito da ingestão de café está associado a um aumento da proporção de alteração do sono.

Como anteriormente, cabe ressaltar que a prática de atividade física tende a se associar a uma menor proporção de alteração do sono, muito embora não tenha atingido o nível de significância aqui adotado. Já demais variáveis deste grupo não influenciaram o resultado do QB.

**Tabela 7 -** Análise univariada do resultado Questionário Berlim em função de alguns hábitos da população estudada

Variável	QB – alteração do sono						p
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Bebida alcoólica:							
Não	333	62,8	197	37,2	530	100,0	0,099
Sim	79	55,2	64	44,8	143	100,0	
Fumo:							
Não	385	62,1	235	37,9	620	100,0	0,110
Sim	27	50,9	26	49,1	53	100,0	
Café:							
Não	217	66,0	112	34,0	329	100,0	0,014
Sim	195	56,7	149	43,3	344	100,0	
Tererê:							
Não	164	58,2	118	41,8	282	100,0	0,166
Sim	248	63,4	143	36,6	391	100,0	
Chimarrão:							
Não	369	61,8	228	38,2	597	100,0	0,331
Sim	42	56,0	33	44,0	75	100,0	
Atividade física:							
Não	192	57,7	141	42,3	333	100,0	0,056
Sim	223	64,8	121	35,2	344	100,0	

Legenda: Questionário de Berlim – QB.

## 3.2 QUESTIONÁRIO PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX – QUALIDADE DO SONO

A Tabela 8 apresenta os resultados da análise univariada do resultado do PSQI (qualidade do sono) em função das variáveis independentes sociodemográficas. Por concisão, o resultado do PSQI será referenciado pelo acrônimo PSQI e quando positivo, o que é identificado pela detecção de qualidade do sono ruim, anotado como ruim.

Mostra ainda que o sono ruim ocorre em maior proporção entre as mulheres. Igualmente apresenta maior proporção entre aqueles que têm escolaridade até o ensino médio, já que os demais grupos dessa variável mostram proporção semelhante ( $p=0,541$ ). O resultado sono ruim está presente em menor proporção entre os católicos, atingindo proporção superior e semelhante entre os que professam as demais religiões consideradas ( $p=0,676$ ).

Em relação a cor, como ocorre com a variável QB, é ruim em menor proporção entre os que se declaram amarelos, tendo proporção semelhante entre os demais grupos identificados pela sua cor ( $p=0,118$ ).

A comparação das distribuições da idade entre os que têm sono com qualidade boa ou ruim é semelhante conforme o teste de Mann-Whitney ( $p=0,244$ ), com médias de 33,1 anos para qualidade boa e 32,1 anos para qualidade ruim, corroborando o resultado mostrado para a mesma abordagem com base nas faixas etárias.

O índice WHOQOL, comparado pelo teste  $t$  de Student para variâncias heterogêneas (teste de Levene,  $p=0,003$ ) mostrou índice WHOQOL com média significativamente maior entre os que têm boa qualidade de sono (72,3%,  $n=302$ ) do que entre aqueles que têm qualidade de sono ruim (65,3%,  $n=390$ ),  $p<0,001$ .

As Tabelas 9 e 10 mostram os resultados da análise univariada da variável do PSQI, em função das demais variáveis independentes sociodemográficas complementares e dos hábitos da população estudada. Essas tabelas mostram que não foram encontradas associações significativas com o PSQI, merecendo menção, apenas, a tendência a uma maior proporção de sono ruim os que não ingerem bebida alcoólica.

**Tabela 8 -** Análise univariada do resultado Pittsburgh Sleep Quality Index em função das variáveis independentes sociodemográficas

Variável	PSQI – qualidade do sono						p
	Não		Sim		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Sexo:							
Feminino	162	40,0	243	60,0	405	100,0	0,006
Masculino	188	49,9	189	50,1	377	100,0	
Faixa etária (anos):							
15 a 19	75	42,6	101	57,4	176	100,0	0,504
20 a 29	106	43,8	136	56,2	242	100,0	
30 a 39	57	43,8	73	56,2	130	100,0	
40 a 49	52	49,5	53	50,5	105	100,0	
50 a 59	33	46,5	38	53,5	71	100,0	
60 a 69	19	57,6	14	42,4	33	100,0	
70 ou mais	5	29,4	12	70,6	17	100,0	
Escolaridade:							
Sem	31	48,4	33	51,6	64	100,0	0,033
Até Ensino Fundamental 2	123	51,5	116	48,5	239	100,0	
Até Ensino Médio	130	39,3	201	60,7	331	100,0	
Superior até pós-graduação	61	45,5	73	54,5	134	100,0	
Cor:							
Branca	105	42,3	143	57,7	248	100,0	0,022
Parda	172	42,4	234	57,6	406	100,0	
Negra	48	53,9	41	46,1	89	100,0	
Amarela	19	65,5	10	34,5	29	100,0	

Continua...

Variável	PSQI – qualidade do sono						p
	Não		Sim		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Estado civil:							
Solteiro	168	43,1	222	56,9	390	100,0	0,807
Casado ou união estável	150	46,4	173	53,6	323	100,0	
Separado ou divorciado	23	46,0	27	54,0	50	100,0	
Viúvo	6	40,0	9	60,0	15	100,0	
Filhos:							
Não	149	43,1	197	56,9	346	100,0	0,399
Sim	200	46,1	234	53,9	434	100,0	
Reside com:							
Sozinho	34	45,3	41	54,7	75	100,0	0,167
Família	306	45,4	368	54,6	674	100,0	
Outro	8	27,6	21	72,4	29	100,0	
Moradia:							
Própria	243	43,5	315	56,5	558	100,0	0,464
Alugada	50	41,0	72	59,0	122	100,0	
Cedida	31	48,4	33	51,6	64	100,0	
Outro	9	60,0	6	40,0	15	100,0	
Aposentado:							
Não	326	45,2	396	54,8	722	100,0	0,452
Sim	19	39,6	29	60,4	48	100,0	
Religião:							
Católica	210	52,8	188	47,2	398	100,0	<0,001
Evangélica	111	36,6	192	63,4	303	100,0	
Espírita	9	42,9	12	57,1	21	100,0	
Outra	14	31,8	30	68,2	44	100,0	

Legenda: Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI.

**Tabela 9** - Análise univariada do resultado Pittsburgh Sleep Quality Index em função das variáveis independentes sociodemográficas complementares

Variável	PSQI – qualidade do sono						p
	Não		Sim		Total		
	N	%	n	%	n	%	
Número de filhos:							
1	57	41,0	82	59,0	139	100,0	0,141
2	76	52,1	70	47,9	146	100,0	
3 ou mais	54	43,2	71	56,8	125	100,0	
Horas de trabalho:							
Menos de 8	64	46,0	75	54,0	139	100,0	0,827
8	121	45,0	148	55,0	269	100,0	
Mais de 8	50	48,5	53	51,5	103	100,0	
Renda pessoal (salário mínimo):							
Menos de 1	83	41,3	118	58,7	201	100,0	0,382
Entre 1 e 2	109	47,6	120	52,4	229	100,0	
Mais de 2	61	46,9	69	53,1	130	100,0	
Renda familiar (salário mínimo):							
Menos de 1	42	47,7	46	52,3	88	100,0	0,143
Entre 1 e 2	73	37,8	120	62,2	193	100,0	
Mais de 2	153	45,8	181	54,2	334	100,0	
Tempo de residência (anos):							
Menos de 10	76	47,5	84	52,5	160	100,0	0,699
10 a 20	79	42,0	109	58,0	188	100,0	
20 a 30	79	43,6	102	56,4	181	100,0	
30 ou mais	107	46,5	123	53,5	230	100,0	

Legenda: Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI.

**Tabela 10** - Análise univariada do resultado Pittsburgh Sleep Quality Index em função de alguns hábitos da população estudada

Variável	PSQI – qualidade do sono						p
	Não		Sim		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Bebida alcoólica:							
Não	264	42,9	352	57,1	616	100,0	0,058
Sim	81	51,3	77	48,7	158	100,0	
Fumo:							
Não	317	44,5	395	55,5	712	100,0	0,923
Sim	28	45,2	34	54,8	62	100,0	
Café:							
Não	174	45,9	205	54,1	379	100,0	0,464
Sim	171	43,3	224	56,7	395	100,0	
Tererê:							
Não	143	43,2	188	56,8	331	100,0	0,507
Sim	202	45,6	241	54,4	443	100,0	
Chimarrão:							
Não	309	44,5	385	55,5	694	100,0	0,970
Sim	35	44,3	44	55,7	79	100,0	
Atividade física:							
Não	176	45,2	213	54,8	389	100,0	0,700
Sim	168	43,9	215	56,1	383	100,0	

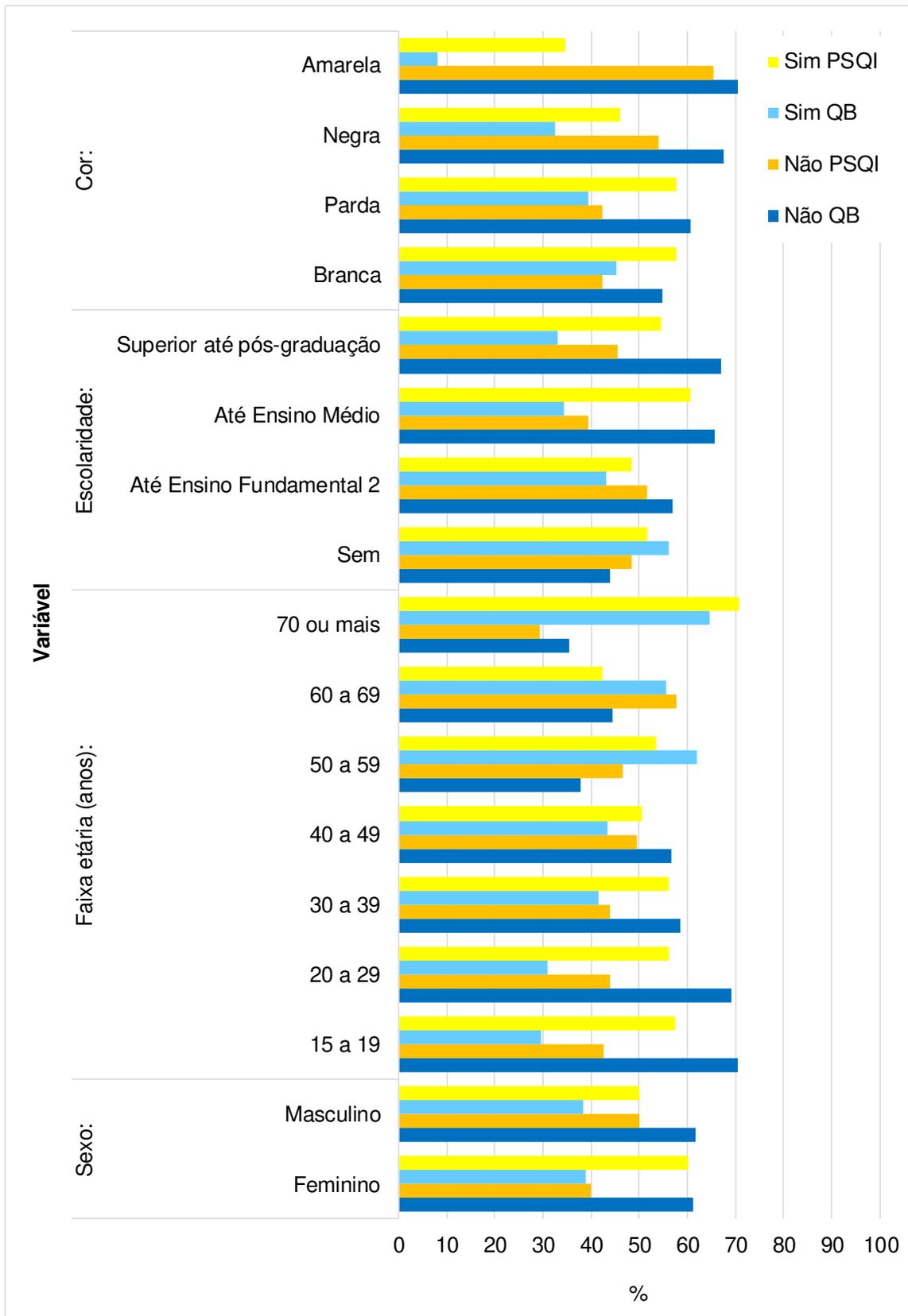
Legenda: Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI.

Os Gráficos 1a e 1b apresentam o comparativo das Tabelas 5 e 8, ambas com resultados da análise univariada representada pelas variáveis independentes, sendo: parte 1 – sexo, faixa etária, escolaridade e cor; parte 2 – possui filhos, residem com quem, aspectos da moradia, se aposentado e qual a religião.

O Gráfico 2 apresenta um comparativo das Tabelas 6 e 9, ambas com resultados da análise univariada representada pelas variáveis independentes sociodemográficas: número de filhos, horas de trabalho, renda pessoal, renda familiar e tempo de residência.

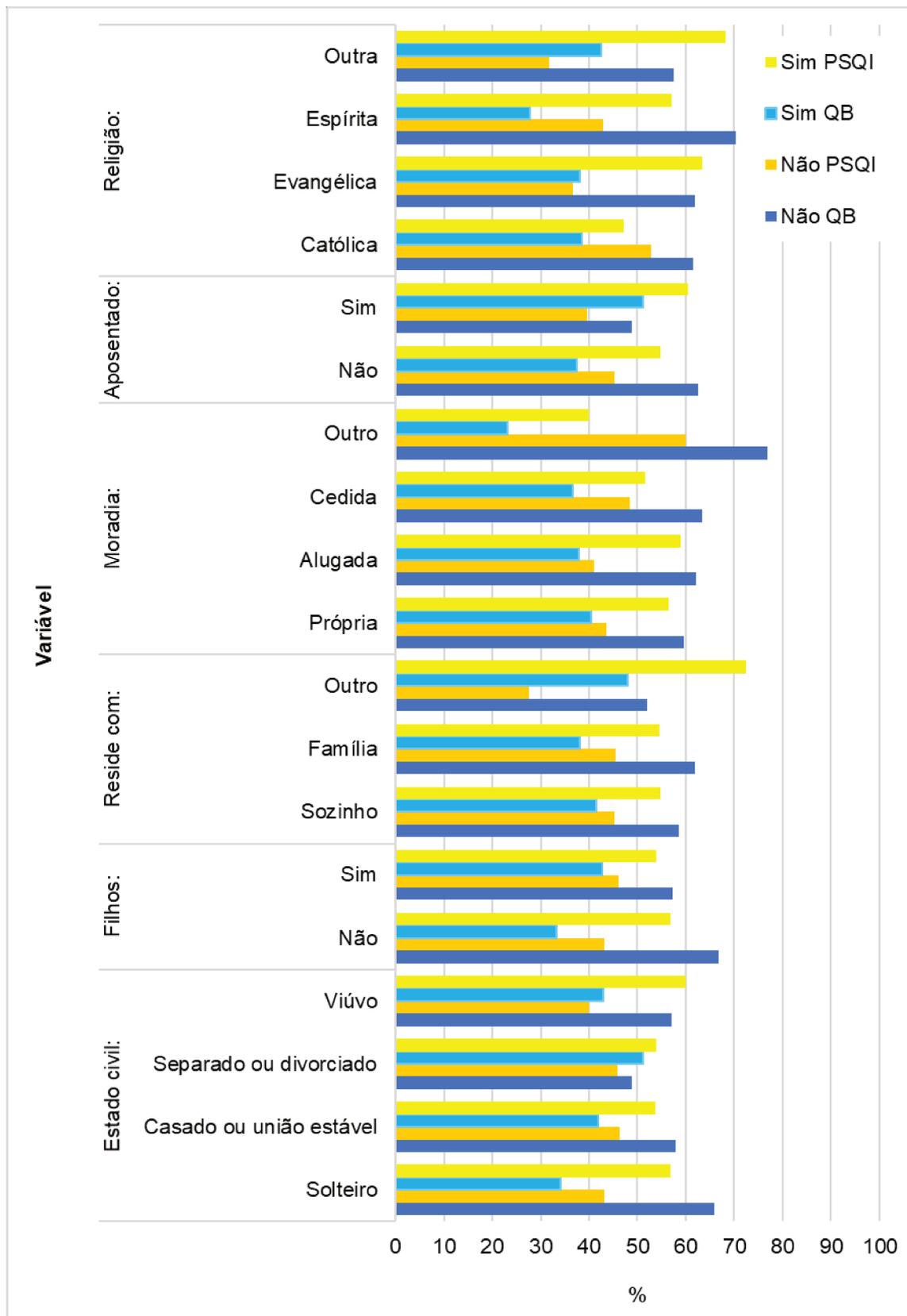
O Gráfico 3 apresenta os resultados da comparação das Tabelas 7 e 10, apresentando alguns hábitos: consumo de bebida alcoólica, fumo, café, tererê, chimarrão e prática de atividade física.

**Gráfico 1a** - Análise univariada dos resultados dos Questionário Berlim e Pittsburgh Sleep Quality Index em função das variáveis independentes sociodemográficas – comparativo das tabelas 5 e 8 – parte 1



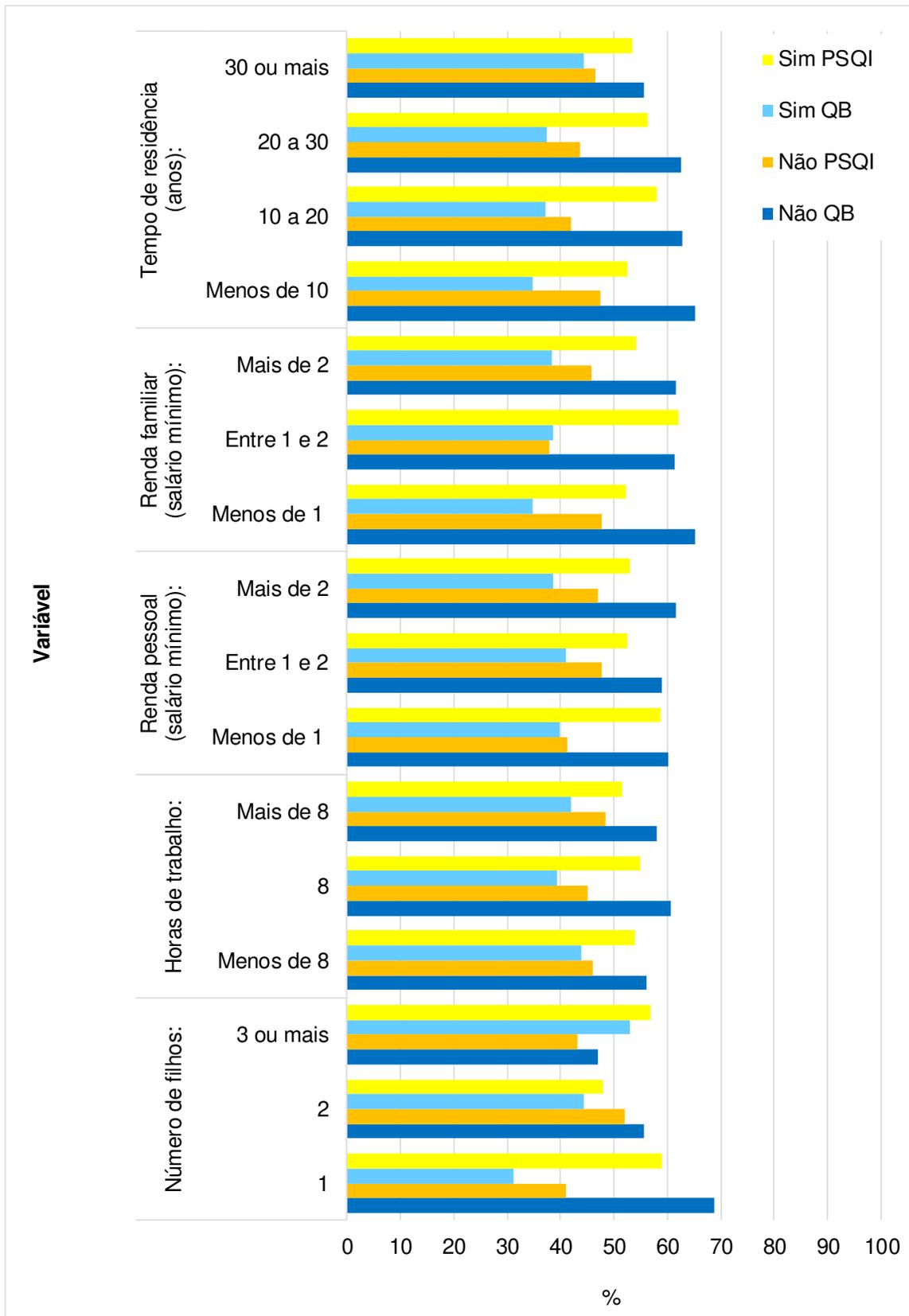
Legenda: Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI; Questionário de Berlim – QB.

**Gráfico 1b** - Análise univariada dos resultados dos Questionário Berlim e Pittsburgh Sleep Quality Index em função das variáveis independentes sociodemográficas – comparativo das tabelas 5 e 8 – parte 2



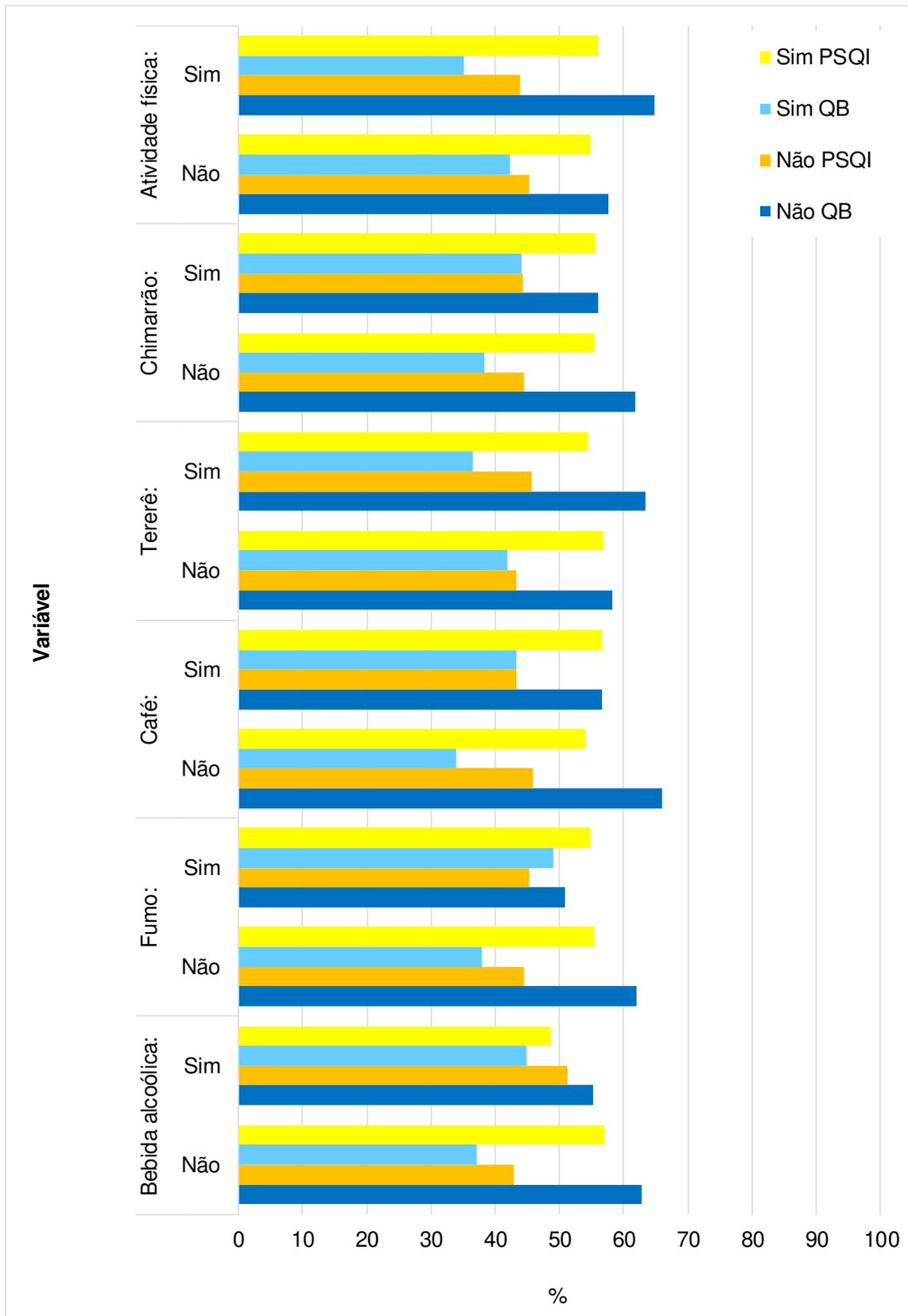
Legenda: Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI; Questionário de Berlim – QB.

**Gráfico 2** - Análise univariada dos resultados dos Questionário Berlim e Pittsburgh Sleep Quality Index em função das variáveis independentes sociodemográficas complementares – comparativo das tabelas 6 e 9



Legenda: Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI; Questionário de Berlim – QB.

**Gráfico 3** - Análise univariada dos resultados dos Questionário Berlim e Pittsburgh Sleep Quality Index em função de alguns hábitos da população estudada – comparativo das tabelas 7 e 10



Legenda: Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI; Questionário de Berlim – QB.

### 3.3 ANÁLISE MULTIVARIADA

A análise multivariada foi realizada, tomando cada uma das variáveis dependentes (QB ou PSQI) em função das variáveis independentes que a elas se associaram significativamente, por um modelo de regressão linear múltipla escalonada ou por etapas (*stepwise multiple, linear regression*), como já informado anteriormente. Tal método foi aplicado com o objetivo de buscar estabelecer, em cada caso, a ordem de importância e prioridade das variáveis independentes na sua determinação, aferida pelo coeficiente de determinação, expresso em porcentagem da variância do QB ou PSQI. A Tabela 11 mostra, para o resultado do questionário QB, o coeficiente de determinação e seu incremento, em ordem decrescente de importância segundo a entrada de cada uma das variáveis independentes, obedecendo o critério de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) para a admissão de cada uma delas no modelo.

Para o QB foram incluídas as variáveis idade (representada pelas faixas etárias), escolaridade, cor, filhos (representada por ter ou não filhos), hábito de ingestão de café e índice WHOQOL.

**Tabela 11** - Coeficiente de determinação das variáveis independentes para a variável Questionário de Berlim

Variáveis	Coeficiente de determinação (%)	Incremento do coeficiente de determinação (%)
Faixa etária	3,7	-
Faixa etária, índice WHOQOL	7,4	3,7
Faixa etária, índice WHOQOL, cor	9,0	1,6
Faixa etária, índice WHOQOL, cor, escolaridade	10,1	1,1
Faixa etária, índice WHOQOL, cor, escolaridade, hábito de ingestão de café	10,7	0,6

Já no primeiro passo a variável filhos deixa de manter sua significância com a variável QB ( $p=0,318$ ), ao contrário das demais que vão sendo incluídas em cada etapa.

A proporção de alteração do sono identificada pelo questionário QB aumenta com o aumento da idade, diminui com a melhor QV, é maior entre os declarados brancos do que entre os declarados amarelos, diminui com o nível de escolaridade e é maior entre os que têm o hábito de ingerir café.

As cinco variáveis independentes respondem, no seu conjunto, por um peso de 10,7% na determinação da alteração do sono.

A Tabela 12 mostra, para o resultado do questionário PSQI, o coeficiente de determinação e seu incremento, em ordem decrescente de importância segundo a entrada de cada uma das variáveis independentes, obedecido o critério de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) para a admissão de cada uma delas no modelo. Para o PSQI foram incluídas as variáveis sexo, escolaridade, cor, religião e índice WHOQOL.

**Tabela 12** - Coeficiente de determinação das variáveis independentes para a variável Pittsburgh Sleep Quality Index

Variáveis	Coeficiente de determinação (%)	Incremento do coeficiente de determinação (%)
Índice WHOQOL	7,9	-
Índice WHOQOL, religião	9,8	1,9
Índice WHOQOL, religião, cor	10,7	0,9
Índice WHOQOL, religião, cor, sexo	11,5	0,8
Índice WHOQOL, religião, cor, sexo, escolaridade	12,1	0,6

A proporção de qualidade ruim do sono diminui com a melhor QV, é menor entre católicos, menor entre os declarados amarelos do que entre os demais quanto à cor, maior entre as mulheres e maior no grupo dos que têm nível de escolaridade equivalente a até o segundo grau.

As cinco variáveis independentes respondem, no seu conjunto, por um peso de 12,1% na determinação da qualidade do sono.

## 4 DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados nesta pesquisa foram mulheres (51,6%). Dessa forma, o resultado apresentou a qualidade do sono ruim aferido pelo PSQI (60% das entrevistadas) e alteração do sono detectado pelo QB (38,9% das entrevistadas). Estudos que corroboram foi realizado com indivíduos da zona rural do município de Pelotas, no Sul do Brasil, seus resultados apresentaram piores médias entre as mulheres. Nesse sentido, fatores hormonais, comportamentais e psicológicos podem ser os responsáveis por essa associação (69).

Em mulheres mais jovens, fatores biológicos como a maternidade podem afetar negativamente o sono, enquanto em idades mais avançadas, a menopausa pode promover piora na sua qualidade; a ansiedade e a depressão, conhecidos por serem mais frequentes no sexo feminino, podem estar também presentes nessa relação (73).

Em outro estudo, também com população rural, na cidade de Cássia dos Coqueiros, SP, aponta uma análise sobre a síndrome das pernas inquietas e com isso identificaram essa síndrome mais em mulheres do que em homens (74). No estudo com 743 adultos, 46,7% dos indivíduos apresentaram alterações do sono, dentre esses, predominantemente as mulheres (75).

Em 2005, 271 mulheres relataram dormir bem, 67% dormem de 6 a 8 horas por dia, entretanto, 81% disseram ter interrupções do sono. Dessas 50% acordavam até duas vezes por noite, sobre apneia obstrutiva do sono, 26% tinham características que podem predizer apneia (76). Entretanto, contrariam pesquisas com populações rurais que apresentam predominância do sexo masculino, em estudos sobre QV com agricultores orgânicos do interior Paraibano, uma maioria de homens (77). Outro estudo, avaliou saúde mental e QV em trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar do estado do Mato Grosso do Sul, todos do sexo masculino (78). Também em outra pesquisa em assentamentos foram encontrados 53,16% homens (79), e em um estudo para avaliar a QV e saúde de trabalhadores pantaneiros detectaram 87,1% homens (44,45).

Divergindo do estudo com uma população rural de Minas Gerais em 2015, foram avaliadas 587 pessoas entre homens e mulheres, proporções semelhantes a

este trabalho, foi possível identificar 37% dos entrevistados com transtorno do sono, a maioria eram homens (80).

Observa-se que a média de idade dos avaliados nesta pesquisa foi de 32,6 anos, sobretudo, observa-se um aumento significativo da proporção de alteração do sono com o aumento da faixa etária, 36,7 anos no grupo com alteração ( $p < 0,001$ ). A literatura tem intensificado estudos epidemiológicos na população idosa, como por exemplo uma pesquisa realizada na China com 2.416 questionários válidos aplicados em idosos que moram nas regiões rurais, onde foi detectado que 49,7% dormem mal. Problemas como doenças crônicas, falta de nutrientes na alimentação e a própria idade foram resultantes para um número dessa proporção. Outro estudo foi conduzido entre 266 idosos selecionados aleatoriamente em um subdistrito na província rural de Chiang Rai, norte da Tailândia, aproximadamente 44,0% dos participantes apresentaram má qualidade do sono (81).

Muito embora, detectar transtornos do sono são mais comuns em estudos com idosos, a literatura tem apresentado dados significativos com a população mais jovem (35,82,83). Este estudo revela que 84% dos entrevistados tinham entre 15 e 49 anos, uma classificação jovem que veio fortalecer os poucos estudos existentes nesta população pantaneira.

O nível de escolaridade aferido neste estudo ficou distribuído em 8,5% ( $n=66$ ) sem estudo, 30,9% ( $n=239$ ) até ensino fundamental e 43,2% ( $n=334$ ) ensino médio, considerados níveis baixos de escolaridade. Percebe-se através das taxas de matrícula e permanência dos alunos que não há dificuldade de acesso à escola, na região, o poder público efetiva e estimula a participação da população nos estudos, entretanto, a falta de emprego, acesso a serviços especializados de saúde, lazer, moradia e assistência social deficientes ocasiona o êxodo da região, ou interfere diretamente na QV. Assim sendo, corrobora o estudo sobre o contexto do trabalhador pantaneiro, constatando que o nível de instrução do homem e da mulher pantaneira pode ser considerado baixo, visto que grande parte dos entrevistados possui ensino fundamental incompleto ou são analfabetos funcionais (44,45). No Brasil, há uma considerável concentração de indivíduos com baixa escolaridade e analfabetismo, entre os altos índices se concentram os trabalhadores da agropecuária (84,85).

Neste trabalho, quando associado com aumento do nível de escolaridade, é diminuído o risco de alterações do sono, reforçando outros experimentos em países de média e baixa renda, ter maior nível educacional diminuiu em 6% o risco de queixar-se de problemas de sono (86); já na China, apresentar menor escolaridade diminuiu em 27% o risco de ronco e apneia (87). Ratifica dessa forma que a escolaridade mais desmedida as atividades ocupacionais manuais e com longas jornadas de trabalho, pode contribuir para o aumento da ocorrência de desordens do sono. Além disso, maior nível educacional está associado a comportamentos benéficos à saúde, prevenindo assim eventos que possam causar problemas no sono (88).

Entretanto, existem estudos que não encontraram relações (73,89).

Observa-se ainda que através de vários anos na prática docente acadêmica em regiões com um grande número de alunos oriundos de fazendas, sítios, colônias rurais, assentamentos onde é comum alunos trabalharem no período diurno nos afazeres rurais, nas mais diversas atividades como horticultura, manejo do gado, associado com as altas temperaturas, pouca hidratação e alimentação restrita.

Esses alunos enfrentam viagens para os polos universitários, diminuindo as horas de sono ou interferindo na sua qualidade, item importante que muitas vezes é determinante na evolução do aluno. Dessa forma, estados de concentração, percepção, atenção e memória, interferem na sua aprendizagem e motivação para o estudo (90).

Essa relação é constante, vê-se a QV diminuída, desistência contínua dos estudos e retorno integral para as atividades do campo onde a exigência cognitiva é diminuída por causa das práticas laborais, conseqüentemente, ocasionando alterações nas funções do sono.

Considerando a renda individual, 43% ganham até dois salários mínimos, e ao avaliar a renda familiar (54,5%) ganham mais que dois salários mínimos. Nessa perspectiva, em uma pesquisa com pantaneiros da Nhecolândia, localizada no Pantanal Sul, Mato Grosso do Sul, detectou que os trabalhadores diversificam suas atividades; tratoristas, peões, capataz e os chamados empreiteiros que cobram diárias de serviço e fazem diversos trabalhos como os já citados e estabelecem

contrato para isso, corroborando a vivência do pesquisador e autor deste trabalho, em vivência no serviço público municipal de duas cidades com regiões e características semelhantes a deste estudo, verifica-se que a diversidade de trabalho é a mesma (91).

Outro aspecto importante observado, foi a constituição familiar e número de filhos, que revelou um incentivo dos homens chefes de família e dos patrões para que as mulheres procurem o serviço público de assistência social para pleitear benefício de transferência de renda como alternativa de elevar o ganho familiar, consideradas em risco e vulnerabilidade social, dessa forma, sobrepõe a preocupação da manutenção da casa, tarefa cada vez mais distribuída para as mulheres, sendo possível que altere sua qualidade de sono como identificado nesse estudo, assim como o aumento de filhos que também foi fator influenciador.

Os dados coletados apresentaram que a 55,9% possui filhos (n=439), corroborando com dados recentes, em uma pesquisa com o objetivo de traçar o perfil dos trabalhadores pantaneiros, identificaram que 81,4% tem filhos, e em um trabalho para aferir a QV e saúde em trabalhadores pantaneiros afirmam que 85,5% dos entrevistados possuem filhos (44,45).

Relacionado a cor dos participantes, 248 declararam ser brancos (31,9%), 408 de cor parda (52,5%), 90 declararam negro (11,6%) e 31 amarelos (4%). Essa miscigenação teve origem na migração de bandeirantes (paulistas, monçoeiros), negros (mineração e lavoura de açúcar), nordestinos, índios, bolivianos, paraguaios, que adentraram para a região em busca de trabalho, ouro, pedras preciosas, expandir o mercado de peixe e seus derivados, conforme já foi anunciado na introdução, é comum encontrar traços culturais e raciais desses povos (63-65,91). O estado do Mato Grosso do Sul é fortemente influenciado devido aos inúmeros povos que aqui vivem, além da migração descrita acima, o estado faz fronteira com outros dois países, Paraguai e Bolívia, possui em seu território a segunda maior população indígena do país, e esse número vem aumentando devido as políticas públicas de proteção ao indígena.

Residente no estado e em contato direto com essas populações, através do pioneirismo em vários estudos com populações isoladas, indígenas e pantaneiras, verifica-se que os residentes têm dificuldade de distinguir sua etnia devido a essas mesmas influências, o número de autodeclarados pardos é maior na

população pesquisada, sobretudo, em proporções semelhantes em decorrência da cultura e povos como fora detalhado (44).

A respeito do estado civil, neste estudo, 49,9% disseram ser solteiros, 41,8% declararam ser casados ou união estável. Esses dados contrariam dados da pesquisa que encontrou, em pantaneiros da região de Aquidauana, 83,1% dos entrevistados casados ou amasiados (44,45). Acredita-se que essa divergência ocorra devido a região estudada ser conhecida como pantanal do Paiaguás, região mais inóspita e com distâncias geográficas maiores dos centros urbanos. Experiências empíricas também relatam que o pantaneiro carrega a tradição de estar sozinho, constituir família interfere no seu trabalho e moradia nas regiões pantaneiras. Outra característica importante é a idade desta população, considerada jovem, insegura com o mercado de trabalho cada vez mais escasso no pantanal e em busca de oportunidades educacionais.

Os considerados aposentados representaram um número pequeno 6,2%, enquanto que os que estão em atividade laboral representam 93,8%. Percebe-se que parte dos pesquisados não estão mais nas fazendas e colônias de pequenos produtores, contudo, a cultura de homem trabalhador e responsável pela provisão é ainda muito característica quando se toma referência esse número expressivo. O pantaneiro é trabalhador, demonstra competência e especialidade nas tarefas atribuídas, entretanto, características ambientais e das atividades desenvolvidas trazem consequências nocivas à sua saúde física e cognitiva (92).

A prática de atividade física tende a se associar a uma menor proporção de alteração do sono, muito embora não tenha atingido o nível de significância aqui adotado. As demais variáveis deste grupo não influenciaram o resultado do QB. Entretanto, em estudo que avaliou um grupo com 743 indivíduos, constatou que pessoas com maior escolaridade e praticantes de atividade ou exercício físico apresentam menor ocorrência de transtornos do sono, dos 6.261 estudantes de 14 a 19 anos, foi constatado que aqueles praticantes de exercícios físicos têm menos chances de terem uma percepção negativa da qualidade de sono, se combinado com uma vida fisicamente ativa as chances diminuem mais em comparação aqueles não praticantes e de vida não fisicamente ativa, embora apenas ser fisicamente ativo não reduz as chances de ter uma percepção negativa da qualidade do sono (75). Portanto, os exercícios podem atuar no tratamento e prevenção de alguns distúrbios

do ciclo sono-vigília, seja diretamente, por diminuir a divisão do sono, provocar aumento no sono de ondas lentas e diminuição da latência para o sono, ou indiretamente através do controle de peso e aquisição de hábitos saudáveis (93,94).

Este estudo afirma que a alteração do sono diminui com a melhor QV. Essa relação é notória na literatura atual, o sono é profundamente influenciado pela QV e vice versa (16). Por conseguinte, condições de saúde, de trabalho, de renda, desempenho escolar, atividades sociais interferem nos aspectos predominantes da vida, melhorando a condição de dormir e conseqüentemente diminuindo a proporção de alteração do sono, esse diagnóstico corrobora com os resultados de indivíduos entre 15 e 34 anos na China, onde encontrou-se pior QV indivíduos que apresentaram distúrbios do sono (88).

A QV é uma visão que tenta aproximar a satisfação da necessidade, exclui o pragmatismo da verdade absoluta do indivíduo, sem que haja qualquer reducionismo perante esse tema, pois o que se percebe são inter-relações constantes entre os elementos que compõem esse universo (39). O sono é mais uma determinante na visão geral da satisfação e da saúde das pessoas, observando as inúmeras populações, verifica-se ainda fatores imprescindíveis e básicos para a melhora das condições destes dois aspectos, sono e QV. Logo, obter uma percepção da melhor QV influencia diretamente nos aspectos relacionados ao sono.

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo apresentou um perfil de pessoas jovens, com escolaridade baixa, em maior número na cor parda, sem diferença significativa numérica entre solteiros e casados, em sua maioria, possui filhos, moram com seus familiares e possuem moradia própria. Quase que em sua totalidade, relataram que estão em atividade laboral, possuem renda pessoal de até 1 salário mínimo e renda familiar de até 2 salários, sendo que os católicos são predominantes nesta pesquisa.

Nesse sentido, os resultados apontaram que as distribuições de idade entre os que têm sono com qualidade boa ou ruim são semelhantes. Também foi verificado que o índice dos domínios do WHOQOL, mostrou índice WHOQOL com média significativamente maior entre os que têm boa qualidade de sono do que entre aqueles que têm qualidade de sono ruim.

Apontou um aumento significativo da proporção de alteração do sono com o aumento da faixa etária, entretanto, acontece o contrário quanto ao efeito do nível de escolaridade, isto é, diminui a proporção de alteração do sono com o aumento do nível de escolaridade.

Dados também apontam que tanto o estado civil quanto a inatividade (aposentado) e uso de álcool não atingiram um nível de significância. Outra observação importante, foi relacionada ao sexo feminino, que apresentou maiores alterações do sono. Nas mulheres, a diminuição do nível de escolaridade, o aumento da idade e o aumento do número de filhos são fatores que influenciam e colaboram com esse resultado, bem como entre as que têm escolaridade até o ensino médio.

Programas de atenção à saúde do pantaneiro já estão sendo criados pelo autor da pesquisa, o projeto funciona como um “guarda-chuva” que abrange a integralidade do pantaneiro. Nesse sentido, já existe um grupo de pesquisa no diretório de grupos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), acadêmicos e professores dos cursos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campus de Coxim, que elaboram suas pesquisas e investigações buscando integrar os projetos concernentes aos pantaneiros, com uma perspectiva promissora de integrar outros pesquisadores de outras regiões do Pantanal.

Por fim, o sono e QV, são termos e condições relevantes que abrangem respostas da população principalmente ao alcance dos aspectos gerais de saúde geral desde a caracterização dos moradores dessa região, até a descoberta da prevalência dos acometidos pela má qualidade do sono. Dessa forma, a partir deste trabalho, outros já estão sendo preparados para minimizar os problemas encontrados. Então, é necessário a propagação e difusão desses estudos, assim como pela aproximação do homem do campo com a atenção integral a sua saúde devem ser contínuas, permitindo assim a superação de problemas que inter-relacionam com a QV do pantaneiro.

## 6 REFERÊNCIAS

1. Neves GSML, Giorelli AS, Florido P, Gomes MM. Transtornos do sono: visão geral. Rev Bras Neurol [Internet]. 2013 [acesso em 2019 Out 24];49(2):57-71. Portuguese. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2013/v49n2/a3749.pdf>
2. Ribeiro CRF, Silva YMGP, Oliveira SMC. O impacto da qualidade do sono na formação médica. Rev Soc Bras Clin Med [Internet]. 2014 [acesso em 2019 Out 24];12(1):8-14. Portuguese. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/45/43>
3. Godinho MR, Ferreira AP, Santos ASP, Rocha FSA. Fatores associados à qualidade do sono dos trabalhadores técnico-administrativos em educação de uma universidade pública. Rev Med Saude Brasilia [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Out 24];6(3):303-20. Portuguese. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/8624/5482>
4. Ferreira LRC, Martino MMF. Padrão de sono e sonolência do trabalhador estudante de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso em 2019 Out 24];46(5):1.178-83. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/20.pdf>
5. Soares CS, Almondes KM. Sono e cognição: implicações da privação do sono para a percepção visual e visuoespacial. Psico [Internet]. 2012 [acesso em 2019 Out 24];43(1):85-92. Portuguese. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/download/11102/7622>
6. Alves RCM. O sistema Circadiano [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Farmácia; 2017.
7. Barbosa LK, Silva JSC, Almeida ACM, Leroy PLA, Vieira MEB. Ansiedade, depressão e qualidade do sono no pós-operatório mediato de cirurgia oncológica. Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2019 [acesso em 2019 Out 24];20(4):71-82. Portuguese. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/24600/16756>
8. Reimão R. Padrões e distúrbios do sono em adultos da comunidade negra rural e isolada de Furnas do Dionísio, MS [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.
9. Souza JC, Reimão R. Epidemiologia da insônia. Psicol Estud [Internet]. 2004 [acesso em 2019 Out 24];9(1):3-7. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a02.pdf>
10. Reimão R, Souza JCRP, Gaudioso CEV. Sleep habits in native Brazilian Bororo children. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 1999 [cited 2019 Out 24];57(1):14-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n1/1529.pdf>

11. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3rd Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
12. American Psychiatric Association. DSM-V: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
13. Organização Mundial da Saúde. Cid-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
14. Neves GSML, Macedo P, Gomes MM. Transtornos do sono: atualização (parte2/2). Rev Bras Neurol [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Out 24];54(1):32-8. Portuguese. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882451/artigo-5-revista541v4.pdf>
15. Carvalho L, Prado L, Prado G. Insônia. Olh@res [Internet]. 2019 [acesso em 2019 Out 24];1(2):20-30. Portuguese. Disponível em: <https://contentmind1.ojs3.emnuvens.com.br/unifesp2/article/view/1203/393>
16. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. Estud. Psicol [Internet]. 2007 [acesso em 2019 Out 24];24(4):519-28. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a11.pdf>
17. Littner M, Hirshkowitz M, Kramer M, Kapen S, Anderson WM, Bailey D, et al. Practice parameters for using polysomnography to evaluate insomnia: an update. Sleep [Internet]. 2003 [cited 2019 Out 24];26(6):754-60. Available from: <https://academic.oup.com/sleep/article-pdf/26/6/754/23682774/sleep-26-6-754.pdf>
18. Novak M, Shapiro CM, Mendelssohn D, Mucsi I. Diagnosis and management of insomnia in dialysis patients. Semin Dial. 2006;19(1):25-31.
19. Rocha FL, Guerra HL, Lima-Costa MF. Prevalence of insomnia and associated socio-demographic factors in a Brazilian community: The Bambuí study. Sleep Med. 2002;3(2):121-6.
20. Ohayon MM, Roth T. What are the contributing factors for insomnia in the general population? J Psychosom Res. 2001;51(6):745-55.
21. Ohayon MM, Hong SC. Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea. J Psychosom Res. 2002;53(1):593-600.
22. Ohayon MM, Shapiro CM. Tenses of insomnia epidemiology. J Psychosom Res. 2002;53(1):525-7.
23. Ohayon MM, Smirne S. Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. Sleep Med. 2002;3(2):115-20.
24. Eddy M, Walbroehl GS. Insomnia. Am Fam Physician [Internet]. 1999 [cited 2019 Out 24];59(7):1.911-6. Available from: <https://www.aafp.org/afp/1999/0401/p1911.html>

25. Hauri PJ. Insomnia. *Clin Chest Med*. 1998;19(1):157-68.
26. Hasan R, Eckeli AL, Haddad F, Bagnato MC, Tavares S. Conceito e classificação. In: Associação Brasileira do Sono, Bacelar A, Pinto LR Jr, coordenadores. *Insônia: do diagnóstico ao tratamento: III Consenso Brasileiro de Insônia* [Internet]. São Paulo: Omnifarma; 2013 [acesso em 2019 Out 24]. p. 11-20. Disponível em: <http://abmsono.org/assets/consensoinsonia2013.pdf>
27. El Halal CS, Nunes ML. Sono e desenvolvimento pondero-estatural. *J Pediatr (Rio J.)* [Internet]. 2019 [citado 2019 dez 18];95(Supl. 1):S2-S9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v95s1/pt\\_0021-7557-jped-95-s1-00s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v95s1/pt_0021-7557-jped-95-s1-00s2.pdf)
28. Giles TL, Lasserson TJ, Smith BJ, White J, Wright J, Cates CJ. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2006 [cited 2019 Out 24];(1):CD001106. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001106.pub2/pdf/full>
29. Gus M, Silva DN, Fernandes J, Cunha CP, Sant'Anna GD. Epworth's sleepiness scale in outpatients with different values of arterial blood pressure. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2002 [cited 2019 Out 24];78(1):17-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v78n1/a02v78n1.pdf>
30. Victor, L. D. Treatment of obstructive sleep apnea in primary care. *Am Fam Physician* [Internet]. 2004 [cited 2019 Out 24];69(3):561-8. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2004/0201/p561.pdf>
31. Bounhoure JP, Galinier M, Didier A, Leophonte P. [Sleep apnea syndromes and cardiovascular disease]. *Bull Acad Natl Med*. 2005;189(3):445-59. French.
32. Brown WD. The psychosocial aspects of obstructive sleep apnea. *Semin Respir Crit Care Med*. 2005;26(1):33-43.
33. McNicholas WT. Sleep apnoea syndrome today: much done, more to do. *Med Rev*. 2003;7(1):3-7.
34. White DP. Sleep apnea. *Proc Am Thorac Soc*. 2006;3(1):124-8.
35. Cardoso HC, Bueno FCC, Mata JC, Alves APR, Jochims I, Vaz Filho IHR, et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de Medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2009 [acesso em 2019 Out 24];33(3):349-355. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/05.pdf>
36. Ghiciuc CM, Dima-Cozma LC, Bercea RM, Lupusoru CE, Mihaescu T, Cozma S, et al. Desequilíbrio na proporção salivar diurna de testosterona/cortisol em homens com apneia obstrutiva do sono grave: um estudo observacional. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Out 24];82(5):529-35. Portuguese. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v82n5/pt\\_1808-8694-bjorl-82-05-00529.pdf](http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v82n5/pt_1808-8694-bjorl-82-05-00529.pdf)

37. Oliveira CCS, Tufik S, Andersen ML, Muniz DD, Fernandes-Silva MM, Silvestre OM. Distúrbios do sono prejudicam a saúde cardiovascular ideal. *Arq. Bras. Cardiol* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 Out 24];112(6):807-8. Carta ao editor. Portuguese. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abc/v112n6/pt\\_0066-782X-abc-112-06-0807.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v112n6/pt_0066-782X-abc-112-06-0807.pdf)
38. Absono.com.br [Internet]. São Paulo: Associação Brasileira do Sono; c2019 [atualizada em 2020 Jan 30; acesso em 2020 Fev 14]. Disponível em: <https://www.absono.com.br/>
39. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques RFR. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa [Internet]. São Paulo: EACH/USP; 2012 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: [http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)
40. Lorenzi DRS. Avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2008 [acesso em 2019 Out 24];30(3):103-6. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n3/01.pdf>
41. Araújo MAN, Souza JC. Qualidade de vida dos professores de enfermagem. Passo Fundo: Ed. UPF; 2011.
42. Jardim SR, Ramos A, Glina DMR. Diagnóstico e nexos com trabalho. In: Glina DMR, Rocha LE, organizadoras. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010. p. 49-80.
43. Dantas G, Koplín C, Mayer M, Oliveira FA, Hidalgo MPL. Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos em mulheres na atenção primária. *Clin Biomed Res* [Internet]. 2011 [acesso em 2019 Out 24];31(4):418-21. Portuguese. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/download/20281/14949>
44. Guimarães LAM, Cerchiarí EAN, Meneghel V, Minari MRT, Massuda Junior J, Tutya STB. Saúde mental do trabalhador do Pantanal Sul-Mato-Grossense, Brasil. In: Guimarães LAM, Cerchiarí EAN, organizadoras. *Saúde do trabalhador do pantanal de Aquidauana, MS, Brasil*. Campo Grande, MS: Ed. UCDB; 2018. p. 61-82.
45. Guimarães LAM, Meneghel V, Fontoura Junior EE, Massuda Junior J, Gomes ECVV, Oliveira FF. Qualidade de vida e aspectos de saúde em trabalhadores pantaneiros. *Arq Bras Psicol* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Out 24];70(2):141-57. Portuguese. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/abp/v70n2/11.pdf>
46. Costa MGSG, Dimenstein MDB, Leite JF. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estud Psicol* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 Out 24];19(2):145-54. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v19n2/07.pdf>

47. Lebrão ML, Duarte YA. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YA, organizadores. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003 [acesso em 2019 Out 24]. p. 75-91. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/op000002.pdf>
48. Ministério da Saúde do Brasil. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf)
49. Fontoura EE, Guimarães LAM. A saúde do homem pantaneiro e as políticas públicas de saúde no Brasil; uma questão de gênero? Anais do 2º Colóquio Internacional: Meio Ambiente e População Vulnerável; 2015 Set. 17-19; Campo Grande, MS. Campo Grande, MS: Ed. UCDB; 2015. p. 114-23.
50. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA. 1994; 272(8):619-26.
51. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 1999 [acesso em 2019 Out 24];21(1): 19-28. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>
52. WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: International perspectives. Heidelberg: Springer; 1994. p. 41-57.
53. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998 [citado em 2019 Oct 24]. Disponible de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=B9F4FD5D7C2ED5310C3C35B41342778E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=B9F4FD5D7C2ED5310C3C35B41342778E?sequence=1)
54. Ribeiro CG, Ferretti F, Sá CA. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Out 24];20(3):330-9. Portuguese. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt\\_1809-9823-rbgg-20-03-00330.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt_1809-9823-rbgg-20-03-00330.pdf)
55. Paz de Lima PJ. Avaliação da qualidade de vida e transtornos mentais comuns de residentes em áreas rurais [tese] [Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2014 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312696/1/PazdeLima\\_PauloJunior\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312696/1/PazdeLima_PauloJunior_D.pdf)

56. Mioto CL, Paranhos Filho AC, Albrez EA. Contribuição à caracterização das sub-regiões do Pantanal. *Entre-Lugar* [Internet]. 2012 [acesso em 2019 Out 24];3(6):165-80. Portuguese. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/entre-lugar/article/download/2453/1404>
57. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. DOU [Internet]. 1988 Out 5 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)
58. Harris MB, Arcangelo C, Pinto ECT, Camargo G, Ramos Neto MB, Silva SM. Estimativas de perda da área natural da Bacia do Alto Paraguai e Pantanal Brasileiro [Internet]. Campo Grande, MS: Conservação Internacional; 2005 [acesso em 2019 Out 24]. Relatório técnico não publicado. Disponível em: <http://riosvivos.org.br/arquivos/1783901110.pdf>
59. Abdon MM, Silva JSV, Souza ÍM, Romon VT, Rampazzo J, Ferrari DL. Desmatamento no bioma Pantanal até o ano 2002: relações com a fitofisionomia e limites municipais. *Rev Bras Cartogr* [Internet]. 2007 [acesso em 2019 Out 24];59(1):17-24. Portuguese. Disponível em: [http://mtc-m16b.sid.inpe.br/attachment.cgi/sid.inpe.br/mtc-m17@80/2007/06.28.16.16/doc/abdon\\_desmatamento.pdf](http://mtc-m16b.sid.inpe.br/attachment.cgi/sid.inpe.br/mtc-m17@80/2007/06.28.16.16/doc/abdon_desmatamento.pdf)
60. Prefeitura Municipal de Coxim. Dados do município [Internet]. Coxim: Prefeitura Municipal; 2015 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: <http://www.coxim.ms.gov.br/institucional/dados-do-municipio/13>
61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coxim [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2019 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/coxim/panorama>
62. Ferreira Neto J. Raízes de Coxim. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2004.
63. Nogueira AX. O que é Pantanal. São Paulo: Brasiliense, 1990.
64. Delamo LMPR, Eddine EAC, Cunha SC. Memória e constituição do sujeito que vive na região do pantanal: atividade e educação em memorialistas pantaneiros. *EntreLetras* [Internet]. 2010 [acesso em 2019 Out 24];3(2):105-21. Portuguese. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/entreletras/article/download/957/509/>
65. Finocchio ALF. O processo de constituição da identidade: as apreensões e mediações sociais e o ato educativo: um estudo do Paiaguás no Pantanal mato-grossense [dissertação]. Campo Grande, MS: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 1998.
66. Mioto CL, Meneghelli THL, Ribeiro AA, Marcato Júnior J, Paranhos Filho AC. Contribuição à caracterização do Pantanal de Paiaguás. *Anu Inst Geociênc* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Out 24];39(1):32-41. Portuguese. Disponível em: [http://www.anuario.igeo.ufrj.br/2016\\_1/2016\\_1\\_32\\_41.pdf](http://www.anuario.igeo.ufrj.br/2016_1/2016_1_32_41.pdf)

67. Abdon MM, Silva JSV. Fisionomias da vegetação nas sub-regiões do Pantanal brasileiro [CD-ROM]. São José dos Campos: INPE; 2006.
68. Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovação, diretrizes, normas de regulamento, pesquisa envolvendo seres humanos. DOU [Internet]. 2013, Jun 13 [acesso em 2019 Out 24]. Portuguese. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
69. Machado AKF, Wendt A, Wehrmeister FC. Problemas de sono e fatores associados em população rural de um município no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Out 24];52 (Supl 1):5s. Portuguese. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s1/pt\\_0034-8910-rsp-52-s1-S1518-52-87872018052000260.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s1/pt_0034-8910-rsp-52-s1-S1518-52-87872018052000260.pdf)
70. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública [Internet]. 2000 [acesso em 2019 Out 24];34(2):178-83. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
71. Vaz AP, Drummond M, Mota PC, Severo M, Almeida J, Winck JC. Tradução do Questionário de Berlim para língua Portuguesa e sua aplicação na identificação da SAOS numa consulta de patologia respiratória do sono. Rev Port Pneumol [Internet]. 2011 [acesso em 2019 Out 24];17(2):59-65. Portuguese. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0873215911700150/pdf?md5=242e3baac6e917862fb8a0f77690fab5&pid=1-s2.0-S0873215911700150-main.pdf>
72. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2008 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14041/000653543.pdf>
73. Stranges S, Tigbe W, Gómez-Olivé FX, Thorogood M, Kandala NB. Sleep problems: an emerging global epidemic? Findings from the INDEPTH WHO-SAGE study among more than 40,000 older adults from 8 countries across Africa and Asia. Sleep [Internet]. 2012 [cited 2019 Out 24];35(8):1.173-81. Available from: <https://academic.oup.com/sleep/article-pdf/35/8/1173/26620383/aasm.35.8.1173.pdf>
74. Eckeli AL, Gitaí LL, Dach F, Ceretta H, Sander HH, Passos AD, et al. Prevalence of restless legs syndrome in the rural town of Cassia dos Coqueiros in Brazil. Sleep Med. 2011;12(8):762-7.

75. Lopes JM, Gomes FSG, Galvão DF, Medeiros JLA. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Rev. Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 Out 24];18(3):521-31. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00521.pdf>
76. Souza CL, Aldrighi JM, Lorenzi Filho G. Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2005 [acesso em 2019 Out 24];51(3):170-6. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n3/a19v51n3.pdf>
77. Pessoa YSRQ, Alchieri JC. Qualidade de vida em agricultores orgânicos familiares no interior Paraibano. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 Out 24];34(2):330-43. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n2/v34n2a06.pdf>
78. Faker JN. A cana nossa de cada dia: saúde mental e qualidade de vida em trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar de Mato Grosso do Sul [dissertação] [Internet]. Campo Grande, MS: Universidade Católica Dom Bosco; 2009 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: <https://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8075-a-cana-nossa-de-cada-dia-saude-mental-e-qualidade-de-vida-em-trabalhadores-rurais-de-uma-usina-de-alcool-e-acucar-de-mato-grosso-do-sul.pdf>
79. Costa Neto MC. Cuidado psicossocial em saúde mental: estudo em assentamentos rurais do Rio Grande do Norte [dissertação] [Internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20903/1/MauricioCiriloDaCostaNeto\\_DISSERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20903/1/MauricioCiriloDaCostaNeto_DISSERT.pdf)
80. Paula LKG. Herdabilidade da apneia obstrutiva do sono em uma população rural brasileira [tese] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5150/tde-11092015-154509/publico/LilianKhellenGomesdePaulaVersaoCorrigida.pdf>
81. Thichumpa W, Howteerakul N, Suwannapong N, Tantrakul V. Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand. *Epidemiol Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Out 24];40:e2018018. Available from: <https://www.e-epih.org/upload/pdf/epih-40-e2018018.pdf>
82. Vasconcelos HCA, Fragoso LVC, Marinho NBP, Araújo MFM, Freitas RWJF, Zanetti ML, et al. Correlação entre indicadores antropométricos e a qualidade do sono de universitários brasileiros. *Rev Esc Enferm* [Internet]. USP. 2013 [acesso em 2019 Out 24];47(4):852-9. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0852.pdf>

83. Kang JH, Chen SC. Effects of an irregular bedtime schedule on sleep quality, daytime sleepiness, and fatigue among university students in Taiwan. *BMC Public Health* [Internet]. 2009 [cited 2019 Oct 24];9:248. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-9-248>
84. Borges LO. A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. *Estud Psicol* [Internet]. 1999 [acesso em 2019 Oct 24];4(1):107-39. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v4n1/a07v04n1.pdf>
85. Borges LO, Pinheiro JQ. Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. *Estud Psicol* [Internet]. 2002 [acesso em 2019 Oct 24];7(Esp.):53-63. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7nspe/a07v7esp.pdf>
86. Mazzotti DR, Guindalini C, Sosa AL, Ferri CP, Tufik S. Prevalence and correlates for sleep complaints in older adults in low and middle income countries: A 10/66 Dementia Research Group study. *Sleep Med*. 2012;13(6):697-702.
87. Liu J, Wei C, Huang L, Wang W, Liang D, Lei Z, et al. Prevalence of signs and symptoms suggestive of obstructive sleep apnea syndrome in Guangxi, China. *Sleep Breath*. 2014;18(2):375-82.
88. Zanuto EAC, Lima MCS, Araújo RG, Silva EP, Anzolin CC, Araujo MYC, et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 Oct 24];18(1):42-53. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00042.pdf>
89. Chiu HF, Xiang YT, Dai J, Chan SS, Leung T, Yu X, et al. The prevalence of sleep problems and their socio-demographic and clinical correlates in young Chinese rural residents. *Psychiatry Res*. 2012;200(2-3):789-94.
90. Gaudioso CEV, Souza JC, Magna LA, Botelho HN. Imagem corporal e comportamento alimentar em estudantes universitárias. *Psicol inFormação* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Oct 24];21(21-22):5-18. Portuguese. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/PINFOR/article/download/9108/6433>
91. Banducci Junior A. A natureza do pantaneiro: relações sociais e representação de mundo no “Pantanal da Nhecolândia”. Campo Grande, MS: Ed. UFMS; 2007.
92. Cabrita DAP. Viagem a bordo das comitivas pantaneiras. Campo Grande, MS: FCMS/LIFE; 2014.
93. Martins PJF, Mello MT, Tufik S. Exercício e sono. *Rev Bras Med Esporte* [Internet]. 2001 [acesso em 2019 Oct 24];7(1):28-36. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v7n1/v7n1a06.pdf>

94. Antunes HKM, Andersen ML, Tufik S, Mello MT. Privação de sono e exercício físico. Rev Bras Med Esporte [Internet]. 2008 [acesso em 2019 Out 24];14(1):51-6. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n1/a10v14n1.pdf>

## 7 APÊNDICES

### 7.1 APÊNDICE A – AUTORIZAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

<b>TERMO DE ASSENTIMENTO</b>
------------------------------

**(De 15 a 17 anos)**

O Termo de Assentimento é um termo usado e obrigatório para pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, especificamente para participantes de 7 a 17 anos.

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa *Padrões do Sono e sua Correlação com a Qualidade de Vida na População do Pantanal*. Esta pesquisa está integrada ao programa de Doutorado da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Neste estudo, pretendemos avaliar como as pessoas dormem, os modelos e características, seus distúrbios e fatores relacionados com a qualidade de vida da população do pantanal.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é que esta população possui diferentes características culturais, de trabalho, de como vão para a escola, fazem compras no supermercado, se comunicam com seus parentes, de hábitos diferentes das populações urbanas, entendendo um importante e inovador estudo, já que o sono é essencial e a qualidade de vida imprescindível para a manutenção da vida e de costumes que a tornam satisfatória.

Participando do estudo você está sendo convidado a: responder os 4 formulários, que levam um tempo médio de 45 minutos, e poderão ser respondidos em várias etapas respeitando um período de 7 dias, todos os resultados serão divulgados primeiramente as pessoas que responderam os formulários através de reuniões que serão agendadas, após, serão divulgados em eventos científicos, seminários e palestras.

Todos os formulários serão armazenados na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campus de Coxim, por um período de 5 anos, sendo descartados após esse período.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar o Termo de Consentimento. Porém, você terá o **direito** de não aceitar participar se não desejar. Pode também levar este termo para casa e discutir a sua participação com a sua família.

Você não terá nenhum custo nesta participação, nem receberá qualquer vantagem.

O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento sem prejuízos.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar **não acarretará qualquer castigo ou modificação na forma em que é atendido(a)** pelo pesquisador(a).

Este estudo não apresenta riscos previsíveis.

Este Termo de Assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador(a) responsável, e a outra será dada para você.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com:

Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP;

Horário: 8h30 às 11h30 e das 13h às 17h;

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, n. 126, CEP 13083-887, Campinas, SP.

Telefones (19) 3521-8936 // (19) 3521-7187;

E-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Pesquisador:

Nome: Carlos Eduardo Vilela Gaudioso;

Endereço: Avenida Marcio Lima Nantes, s/n, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campus de Coxim (UFMS/CPCX), bloco da Enfermagem;

Telefone: (67) 3291-0202;

E-mail: carlosgaudioso@hotmail.com // carlos.gaudioso@ufms.br

## TERMO DE ASSENTIMENTO

Eu, .....,  
portador(a) do documento (RG, Passaporte, CPF) .....,  
fui informado(a) dos objetivos da pesquisa *Padrões do Sono e sua Correlação com a Qualidade de Vida na População do Pantanal* de maneira clara pelo pesquisador e esclareci todas as minhas dúvidas.

Sei que, a qualquer momento poderei solicitar novas informações/esclarecimentos de dúvidas sobre a minha participação, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se eu assim desejar.

Com o Termo de Consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar voluntariamente desse estudo e que recebi uma cópia deste termo assentimento devidamente assinado pelo pesquisador. E que, em caso de dúvidas, ou qualquer outra necessidade, poderei entrar em contato com o mesmo.

....., ..... de ..... de .....  
(local e data)

Assinatura do pesquisador: .....

Assinatura do adolescente: .....

<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>
---

*PADRÕES DO SONO E SUA CORRELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NA  
POPULAÇÃO DO PANTANAL*

**Carlos Eduardo Vilela Gaudioso** (pesquisador)

**Número do CAAE:** 64654817.9.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

**Justificativa e objetivos:**

O sono é considerado um processo biológico ativo que determina os hábitos de dormir e seu estado de consciência, o presente estudo pretende estudar os modelos, hábitos e problemas relacionados ao sono da população que mora no pantanal, identificar quantas vezes e em quais situações os problemas relacionados ao sono aparecem, avaliar a qualidade de vida comparada aos modelos do sono e saber como os comportamentos diferentes entre as pessoas dessa população vão influenciar o sono e a qualidade de vida. Esta população com características culturais, de ocupação, das formas de acesso e de hábitos diferentes das populações urbanas, compreende um importante e inovador estudo, já que o sono é essencial e a qualidade de vida indispensável para a manutenção da vida e de costumes que a tornam satisfatória.

**Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a: responder os formulários desse estudo, todos os 4 formulários levam um tempo médio de 45 minutos, e poderão ser respondidos em várias etapas respeitando um período de 7 dias, todos os resultados serão divulgados primeiramente as pessoas que responderam os formulários através de reuniões que serão agendadas, após, serão divulgados em eventos científicos, seminários e palestras.

Todos os formulários serão armazenados na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campus Coxim por um período de 5 anos, sendo descartados após esse período

**Desconfortos e riscos:**

Você **não** deve participar deste estudo se não mora ou reside no local da entrevista, se possuir menos de 15 anos, se o responsável não autorizou a aplicação dos formulários ou se preferiu não assinar este termo após as devidas explicações.

Esta pesquisa não apresenta riscos de constrangimento e ou desconforto relacionados a respostas dos itens contidos nos formulários, devido as respostas dadas serem mantidas em segredo, nos formulários não há campos para identificação e os entrevistadores foram devidamente treinados e estão capazes para esta coleta.

**Benefícios:**

As vantagens em participar deste estudo serão coletivas, destaca-se;

- a) A primeira população do pantanal a ser estudada, atraindo o interesse de pesquisadores de outras áreas;
- b) Classificar um modelo populacional para futuros estudos nessa área e em outras;
- c) Oferecer dados necessários para prevenção ou tratamento de problemas relacionados ao sono e qualidade de vida.

**Acompanhamento e assistência:**

O pesquisador responsável criará grupos de orientação na região pesquisada, dando acesso às informações pertinentes sobre problemas relacionados ao sono e qualidade de vida, essa iniciativa está prevista no início da pesquisa, podendo identificar problemas isolados, colaborando no acompanhamento e assistência.

Pelo fato de serem dois temas com bastante assunto a ser discutido, o pesquisador possui o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, campus Coxim para futuros encaminhamentos, estímulo de novos projetos e práticas de ações permanentes na população estudada.

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em segredo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

**Ressarcimento e indenização:**

Este projeto não prevê despesas, os entrevistadores vão ao seu encontro e diante do tempo que você terá disponível, farão a entrevista com os formulários para preenchimento.

Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador:

Nome: Carlos Eduardo Vilela Gaudioso;

Endereço: Avenida Marcio Lima Nantes, s/n, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campus de Coxim (UFMS/CPCX), bloco da Enfermagem;

Telefone: (67) 3291-0202;

*E-mail:* carlosgaudioso@hotmail.com // carlos.gaudioso@ufms.br

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com:

Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP;

Horário: 8h30 às 11h30 e das 13h às 17h;

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, n. 126, CEP 13083-887, Campinas, SP.

Telefones (19) 3521-8936 // (19) 3521-7187;

*E-mail:* cep@fcm.unicamp.br.

**O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):**

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas

pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: .....

Contato telefônico: .....

E-mail (opcional): .....

Data: ...../ ...../ .....

.....  
(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

.....  
(Assinatura do pesquisador)

Data: ...../ ...../ .....

## 7.2 APÊNDICE B – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

<b>QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO</b>
--------------------------------------

- 1) Sexo:  masculino  feminino
- 2) Idade (anos): .....
- 3) Escolaridade: .....
- 4) Cor da pele:  branca  negra  amarela  parda
- 5) Estado civil:  solteiro  casado/união estável  viúvo  
 separado/divorciado
- 6) Tem filhos?  sim  não  
Se SIM, quantos? .....
- 7) Reside com?  família  sozinho(a)  outros.....
- 8) Mora em residência?  própria  alugada  cedida  
 outro .....
- 9) Profissão? .....
- 10) Renda mensal (salário mínimo)? .....
- 11) Renda familiar (salário mínimo)? .....
- 12) Aposentado(a)?  sim  não
- 13) Hábitos de?  beber  fumar  café  tereré  chimarrão  
 outros: .....
- 14) Pratica atividade física?  sim  não  
Se SIM, quantos? .....
- 15) Religião?  católico  evangélico  espírita  outra:.....
- 16) Tempo que reside na região?.....
- 17) Ocupação? .....
- 18) Jornada diária em horas de trabalho? .....
- 19) Peso: .....
- 20) Altura: .....

## 7.3 APÊNDICE C – ARTIGO RESULTANTE DA PESQUISA

26/11/2019

Gmail - Revista de Saúde Pública - Manuscript ID RSP-2019-2225



Carlos Gaudioso &lt;carlosgaudioso.cg@gmail.com&gt;

---

### Revista de Saúde Pública - Manuscript ID RSP-2019-2225

---

**Maria do Carmo de Oliveira** <onbehalf@manuscriptcentral.com>

26 de novembro de 2019 14:18

Responder a: [rspline@fsp.usp.br](mailto:rspline@fsp.usp.br)Para: [carlosgaudioso@hotmail.com](mailto:carlosgaudioso@hotmail.com), [carlosgaudioso.cg@gmail.com](mailto:carlosgaudioso.cg@gmail.com)Cc: [carlosgaudioso@hotmail.com](mailto:carlosgaudioso@hotmail.com), [carlosgaudioso.cg@gmail.com](mailto:carlosgaudioso.cg@gmail.com), [lamagna@uol.com.br](mailto:lamagna@uol.com.br), [josecarlossouza@uol.com.br](mailto:josecarlossouza@uol.com.br)

26-Nov-2019

Prezado(a) Prof(a). Gaudioso:

Seu manuscrito intitulado "PADRÕES DO SONO E SUA CORRELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO DO PANTANAL" foi submetido online com sucesso e está sendo considerado para publicação em Revista de Saúde Pública.

Seu ID do Manuscrito é RSP-2019-2225.

Por favor, mencione o ID do Manuscrito acima em toda futura correspondência ou chamada telefônica para questionamento. Se houver alguma alteração em seu endereço ou e-mail, por favor faça login em Manuscritos ScholarOne em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo> e altere sua informação de usuário.

Você também pode verificar o status de seu manuscrito a qualquer momento na Central do Autor logando em <https://mc04.manuscriptcentral.com/rsp-scielo>.

Obrigado por submeter seu manuscrito para Revista de Saúde Pública.

Atenciosamente,  
Revista de Saúde Pública Secretaria Editorial



PADRÕES DO SONO E SUA CORRELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO DO PANTANAL

Journal:	<i>Revista de Saúde Pública</i>
Manuscript ID	RSP-2019-2225
Manuscript Type:	Original Article
Keyword - Go to <a href="http://decs.bvs.br/" target="_blank">DeCS</a> to find your keywords.:	Epidemiology, Mental health, SLEEP, QUALITY OF LIFE

SCHOLARONE™  
Manuscripts

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

## INTRODUÇÃO

O sono é caracterizado como um fenômeno de vital importância para o ser humano agregando funções de proteção, restauração e conservação de energia, sendo que a sua ausência denota deficiências nas atividades diárias básicas do ser humano, interações sociais, psicológicas ou cognitivas (1). O ato de dormir possui funções biológicas fundamentais englobando a consolidação da memória, termorregulação, renovo e conservação de energia e homeostase das funções endócrinas (2). Assim, é um processo biológico essencial para o ser humano, pois mantém o equilíbrio da vida. A sua quantidade e a qualidade são de extrema importância, visto que qualquer alteração pode interferir no dia a dia e na saúde do indivíduo (3).

A QV tem sido uma preocupação constante do ser humano, observar a população rural, suas condições de saúde, desigualdades sociais e evitar o êxodo dessas regiões é um desafio, já que carecem de políticas públicas e investigações no âmbito científico para identificar suas necessidades, sendo que os residentes sofrem impactos na saúde física e mental em decorrência da escassez educacional, condições de moradia e acesso a saúde, impelindo nos aspectos da QV geral (4).

O Estado do Mato Grosso do Sul abriga 62% da bacia pantaneira a maior planície inundável do planeta, declarada Patrimônio Nacional pela Constituição Federal Brasileira de 1988, localizada no centro da América do Sul, pertencendo ao Paraguai, Bolívia e Brasil, destes 6% distribuídos nos países estrangeiros e 32% no Estado do Mato Grosso, considerado ainda Patrimônio Natural Mundial pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e Reserva da Biosfera (5-6).

Trata de uma pesquisa inédita, o propósito de identificar os padrões do sono e seus distúrbios na população pantaneira. Nesse sentido, vem ao encontro da expectativa científica de inúmeros trabalhos propostos em populações do mundo inteiro, este por sua vez, abrange uma população rural isolada, desbravando um cenário pouco conhecido nos aspectos de saúde geral, epidemiológicos e desconhecidos no que se refere ao sono e seus distúrbios,

1  
2  
3 não há na bibliografia atual pesquisas nesta população.  
4  
5

6 A região a ser pesquisada abrange o Pantanal do Paiaguás, nome dado  
7 à porção de pantanal compreendida entre a margem direita do Rio Taquari até a  
8 esquerda do Rio Piquiri, que se estende até os rios Paraguai e Cuiabá/São  
9 Lourenço. Não há uma estimativa de habitantes, visto que a região é  
10 compreendida por 2.132 km<sup>2</sup>, disperso em fazendas criadoras de gado, com  
11 índice populacional detectado, estas por sua vez possuem características  
12 distintas. Abriga o município de Coxim, um centro econômico e regional, sendo  
13 nacionalmente conhecida como “Capital do Peixe” e “Terra do Pé de Cedro”, em  
14 decorrência da canção de Zacarias Mourão. Abriga diversos ícones  
15 paisagísticos, como as cachoeiras do Salto, das Palmeiras e os Rios Taquari e  
16 Coxim. Sua economia baseia-se na agropecuária (7).  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25

26 Os objetivos deste estudo foi avaliar os padrões do sono, seus distúrbios  
27 e fatores relacionados com a qualidade de vida da população pantaneira,  
28 identificar os padrões do sono na população pantaneira, identificar a incidência  
29 e prevalência dos distúrbios do sono, avaliar a qualidade de vida comparada aos  
30 padrões do sono da população estudada e caracterizar a população quanto as  
31 variáveis e sua relação com o sono, e qualidade de vida.  
32  
33  
34  
35  
36

### 37 **MÉTODO**

38 Trata de um estudo quantitativo, descritivo, analítico, de corte transversal  
39 e comparativo, no qual foi realizado um pré-teste com amostra aleatória sem  
40 número definido, a fim de ambientação dos aplicadores.  
41  
42  
43  
44  
45  
46

47 Esta pesquisa seguiu rigorosamente as orientações estabelecidas pelo  
48 Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos e da Comissão  
49 de Ética em Pesquisa, por meio da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de  
50 2012, sendo assim, submetido, avaliado e aprovado segundo o Parecer  
51 Consubstanciado n. 2.029.112, de 24 de abril de 2017 (8).  
52  
53  
54  
55

56 Foram inclusos trabalhadores e familiares dos pantaneiros residentes no  
57 município de Coxim que por algum motivo estavam em suas residências ou nos  
58 locais que pousam, puderam participar todos os moradores e residentes da  
59  
60

1  
2  
3 cidade de Coxim, de seus distritos e residentes em fazendas, sítios e ranchos,  
4 homens, mulheres e adolescentes entre a faixa etária de 15 a 99 anos que  
5 desejaram participar do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e  
6 Esclarecido ou o Termo de Assentimento (caso fosse menor de 18 anos). Foram  
7 excluídos os moradores, residentes de locais que não possuem abrangência de  
8 unidades de saúde e que não assinaram o Termo, também foram excluídos os  
9 trabalhadores que nunca exerceram atividades laborais na região pantaneira.

10  
11 O total da amostra foi de 789 participantes, distribuídos em população  
12 rural e urbana, em uma proporção de 25% para rural e 75% urbana, todos os  
13 dados foram inseridos em uma planilha do programa Excel 2013®, e transferidos  
14 para o programa estatístico SPSS 18.0.

15  
16 Considerando margem de erro máxima, para as variáveis dependentes,  
17 de 5% para mais ou para menos, e ainda  $\alpha=5\%$  e poder de 80%.

18  
19 Foram aplicados os seguintes instrumentos para estudo e análise do  
20 sono: a) Questionário Sociodemográfico com as seguintes variáveis  
21 independentes; idade, sexo, religião, naturalidade, escolaridade, há quanto  
22 reside na região, ocupação e há quanto tempo está nesta ocupação,  
23 renda, jornada diária em horas de trabalho; e o instrumento de QV da OMS  
24 versão breve – World Health Organization Quality of Life-Bref, doravante  
25 apresentado como WHOQOL-breve. (9)

26  
27 Esse questionário é a versão abreviada do instrumento de avaliação de  
28 qualidade de vida da Organização Mundial da ou de Saúde, WHOQOL-100,  
29 traduzido para língua portuguesa no Brasil e para mais de 20 idiomas (9). O  
30 instrumento possui 26 questões. A primeira parte é composta por duas questões  
31 gerais, abordando a percepção acerca da sua QV e satisfação com seu estado  
32 de saúde; e a segunda parte composta por 24 questões e abrange os quatro  
33 domínios de QV e suas respectivas facetas medindo o grau de satisfação em  
34 relação a cada um dos componentes. domínio I – físico; domínio II – Psicológico;  
35 domínio III – Relações Sociais; domínio IV – Meio Ambiente.

36  
37 As variáveis dependentes, foram as identificadas pela aplicação dos  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 instrumentos: Questionário de Berlim (QB, *Berlin Questionnaire*), a versão do  
4 *Berlin Questionnaire* (1999), validada por Nikolaus e Netzer et al., instrumento  
5 de avaliação da patologia respiratória do sono, foi adaptada e traduzida para o  
6 português em 2011 (10), que identifica alteração do sono (não ou ausente, e sim  
7 ou presente). O QB é um instrumento desenvolvido por especialistas em apneia  
8 do sono reunidos em Berlim, Alemanha, em 1996, de auto relato, tem sido  
9 comumente usado como medida de triagem para a apneia do sono,  
10 especialmente ao longo dos últimos anos. Avalia a presença e frequência de  
11 comportamento do ronco, sonolência ou cansaço ao acordar e história de  
12 obesidade ou hipertensão, composto por 9 questões breves mais o índice de  
13 massa corporal.  
14  
15

16  
17 Como variável dependente incluiu o Pittsburgh Sleep Quality Index  
18 (PSQI), que afere a qualidade do sono (boa ou ruim), a versão do *Pittsburgh*  
19 *Sleep Quality Index* (1989), desenvolvida por Daniel J. Buysse et al., instrumento  
20 de avaliação da qualidade do sono, foi adaptada e traduzida para o português,  
21 considerado a cultura da população brasileira e traduzido por Bertolazi. Tem o  
22 objetivo de fornecer uma medida de qualidade de sono padronizada, fácil de ser  
23 respondido e interpretado, que distingui entre “bons dormidores” e “maus  
24 dormidores”. O questionário consiste de 19 questões auto administradas e 5  
25 questões respondidas por seus companheiros de quarto. Estas últimas são  
26 utilizadas somente para informação clínica. As 19 questões são agrupadas em  
27 7 componentes, com pesos distribuídos numa escala de 0 a 3. Estes  
28 componentes do PSQI, versões uniformizadas de áreas rotineiramente avaliadas  
29 em entrevistas clínicas de pacientes com queixas em relação ao sono, são a  
30 qualidade subjetiva do sono, a latência para o sono, a duração do sono, a  
31 eficiência habitual do sono, os transtornos do sono, o uso de medicamentos para  
32 dormir e a disfunção diurna. As pontuações destes componentes são então  
33 somadas para produzirem um escore global, que varia de 0 a 21, onde, quanto  
34 maior a pontuação, pior a qualidade do sono. Um escore global do PSQI > 5 indica  
35 que o indivíduo está apresentando grandes dificuldades em pelo menos 2  
36 componentes, ou dificuldades moderadas em mais de 3 componentes (11).  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

## RESULTADO

1  
2  
3 As variáveis dependentes, ambas de distribuição binomial, foram as  
4 identificadas pela aplicação dos instrumentos QB, que identifica alteração do  
5 sono (não ou ausente, e sim ou presente); e PSQI, que afere a qualidade do  
6 sono (boa ou ruim).  
7  
8  
9

10  
11 As variáveis independentes, obtidas na aplicação de questionário sócio  
12 demográfico e pela aplicação do WHOQOL-breve, foram as seguintes: Sexo;  
13 Idade (em anos e por faixa etária); Escolaridade; Religião; Tempo de residência  
14 (em anos e categorizada); Renda pessoal em salários mínimos; Renda familiar  
15 em salários mínimos; Horas de trabalho (categorizada); Estado civil; Filhos (ter  
16 ou não); Número de filhos; Com quem reside; Casa (imóvel no qual reside); Cor;  
17 Aposentado (sim ou não); Ingestão de bebida alcoólica; Fumo; Ingestão de café;  
18 Ingestão de tereré; Ingestão de chimarrão; Prática de exercício ou atividade  
19 física; Índice de qualidade de vida.  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27

28 Foram utilizados métodos de estatística descritiva, com a estimativa de  
29 proporções (variáveis de atributos e categóricas) e correspondente erro padrão  
30 da média, e média e erro padrão da média das variáveis quantitativas.  
31  
32  
33

34 A análise univariada foi feita pela comparação de proporções pelo teste  
35 do Qui-quadrado, e comparação de médias (teste *t* de Student, após a  
36 verificação da homogeneidade das variâncias pelo teste de Levene, para  
37 variáveis com distribuição normal; e teste não paramétrico de Mann-Whitney  
38 para variáveis sem distribuição normal). O ajuste à distribuição normal foi aferido  
39 pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.  
40  
41  
42  
43  
44

45 As variáveis independentes que, na análise univariada, mostraram  
46 associação significativa com as variáveis dependentes, foram incluídas em  
47 modelo de análise de regressão linear múltipla escalonada (*stepwise forward*,  
48 *multiple linear regressions*) com cada uma delas.  
49  
50  
51  
52

53 Em todos os casos foi adotado o nível de 5% ( $p < 0,05$ ) para a declaração  
54 de existência de significância no teste aplicado.  
55  
56  
57

58 A Tabela 1 apresenta as distribuições das variáveis independentes  
59 sociodemográficas que caracterizam a população amostrada. A variável idade  
60

(em anos) apresentou média de 32,6 anos (EPM=0,54 ano), mediana 28 anos e moda 18 anos; esta variável não tem distribuição normal ( $p<0,001$ ).

**Tabela 1 - Distribuição das variáveis independentes sociodemográficas**

Variável	N	%	EPM (%)
<b>Sexo:</b>			
Feminino	406	51,6	1,8
Masculino	381	48,4	1,8
<b>Total</b>	<b>787</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
<b>Idade (anos):</b>			
15 a 19	176	22,6	1,5
20 a 29	244	31,3	1,7
30 a 39	131	16,8	1,3
40 a 49	106	13,6	1,2
50 a 59	72	9,2	1,0
60 a 69	33	4,2	0,7
70 ou mais	17	2,2	0,5
<b>Total</b>	<b>779</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
<b>Escolaridade:</b>			
Sem	66	8,5	1,0
Até Ensino Fundamental 2	239	30,9	1,7
Até Ensino Médio	334	43,2	1,8
Superior até pós-graduação	134	17,3	1,4
<b>Total</b>	<b>773</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
<b>Cor:</b>			
Branca	248	31,9	1,7
Parda	408	52,5	1,8
Negra	90	11,6	1,1
Amarela	31	4,0	0,7
<b>Total</b>	<b>777</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
<b>Estado civil:</b>			
Solteiro	390	49,9	1,8
Casado ou união estável	327	41,8	1,8
Separado ou divorciado	50	6,4	0,9
Viúvo	15	1,9	0,5
<b>Total</b>	<b>782</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
<b>Filhos:</b>			
Não	346	44,1	1,8
Sim	439	55,9	1,8

Variável	N	%	EPM (%)
<b>Total</b>	<b>785</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Reside com:			
Sozinho	75	9,6	1,1
Família	679	86,7	1,2
Outro	29	3,7	0,7
<b>Total</b>	<b>783</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Casa:			
Própria	558	73,2	1,6
Alugada	122	16,0	1,3
Cedida	67	8,8	1,0
Outro	15	2,0	0,5
<b>Total</b>	<b>762</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Aposentado:			
Não	727	93,8	0,9
Sim	48	6,2	0,9
<b>Total</b>	<b>775</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>
Religião:			
Católica	401	52,0	1,8
Evangélica	305	39,6	1,8
Espírita	21	2,7	0,6
Outra	44	5,7	0,8
<b>Total</b>	<b>771</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Legenda: erro padrão da média – EPM.

A variável independente QV (índice WHOQOL), com distribuição normal ( $p=0,242$ ) teve média de 68,4% (EPM=0,48%), mediana de 69,1% e mediana de 67,0%. O índice de QV, avaliado pelo instrumento desenvolvido pela OMS (WHOQOL), aqui identificado sucintamente pelo seu acrônimo, e a ausência ou presença de alteração do sono pelo QB, foi comparado pelo teste  $t$  de Student para amostras independentes. Determinada que as variâncias eram homogêneas (teste de Levene,  $p=0,791$ ), a média entre os que não apresentaram alteração do sono no QB (70,1%,  $n=378$ ) foi significativamente maior do que aquela presente entre os que apresentaram alteração do sono no questionário QB (65,9%,  $n=229$ ),  $p<0,001$ .

Observa-se um aumento significativo da proporção de alteração do sono

1  
2  
3 com o aumento da faixa etária, o que é também corroborado pela comparação  
4 das distribuições da idade segundo QB pelo teste não paramétrico de Mann-  
5 Whitney, com a média de idade no grupo sem alteração ficando em 30,1 anos e  
6 em 36,7 anos no grupo com alteração ( $p < 0,001$ ). Dá-se o contrário quanto ao  
7 efeito do nível de escolaridade, isto é, diminui a proporção de alteração do sono  
8 com o aumento do nível de escolaridade.  
9

10  
11 Em relação à cor declarada pelo entrevistado, observa-se uma pequena  
12 proporção entre os identificados pela cor amarela, ficando os demais grupos em  
13 proporção semelhante ( $p = 0,115$ ). Finalmente, ter filhos aumenta a proporção de  
14 alteração do sono revelada pelo instrumento QB.  
15

16  
17 Cabe comentar que tanto o estado civil quanto a inatividade (aposentado),  
18 muito embora não atinjam o nível de significância adotado, situam-se num  
19 intervalo de valor de  $p$  que aponta uma possível tendência.  
20

21  
22 Mostra ainda que o sono ruim ocorre em maior proporção entre as  
23 mulheres. Igualmente apresenta maior proporção entre aqueles que têm  
24 escolaridade até o ensino médio, já que os demais grupos dessa variável  
25 mostram proporção semelhante ( $p = 0,541$ ). O resultado sono ruim está presente  
26 em menor proporção entre os católicos, atingindo proporção superior e  
27 semelhante entre os que professam as demais religiões consideradas ( $p = 0,676$ ).  
28

29  
30 A análise multivariada foi realizada, tomando cada uma das variáveis  
31 dependentes (QB ou PSQI) em função das variáveis independentes que a elas  
32 se associaram significativamente, por um modelo de regressão linear múltipla  
33 escalonada ou por etapas (*stepwise multiple, linear regression*), como já  
34 informado anteriormente. Tal método foi aplicado com o objetivo de buscar  
35 estabelecer, em cada caso, a ordem de importância e prioridade das variáveis  
36 independentes na sua determinação, aferida pelo coeficiente de determinação,  
37 expresso em porcentagem da variância do QB ou PSQI.  
38

39  
40 A proporção de alteração do sono identificada pelo questionário QB  
41 aumenta com o aumento da idade, diminui com a melhor QV, é maior entre os  
42 declarados brancos do que entre os declarados amarelos, diminui com o nível  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

de escolaridade e é maior entre os que têm o hábito de ingerir café.

As cinco variáveis independentes respondem, no seu conjunto, por um peso de 10,7% na determinação da alteração do sono.

**Tabela 2 -** Coeficiente de determinação das variáveis independentes para a variável Questionário de Berlim

Variáveis	Coeficiente de determinação (%)	Incremento do coeficiente de determinação (%)
Faixa etária	3,7	-
Faixa etária, índice WHOQOL	7,4	3,7
Faixa etária, índice WHOQOL, cor	9,0	1,6
Faixa etária, índice WHOQOL, cor, escolaridade	10,1	1,1
Faixa etária, índice WHOQOL, cor, escolaridade, hábito de ingestão de café	10,7	0,6

A proporção de qualidade ruim do sono diminui com a melhor QV, é menor entre católicos, menor entre os declarados amarelos do que entre os demais quanto à cor, maior entre as mulheres e maior no grupo dos que têm nível de escolaridade equivalente a até o segundo grau.

As cinco variáveis independentes respondem, no seu conjunto, por um peso de 12,1% na determinação da qualidade do sono.

**Tabela 3 -** Coeficiente de determinação das variáveis independentes para a variável Pittsburgh Sleep Quality Index

Variáveis	Coeficiente de determinação (%)	Incremento do coeficiente de determinação (%)
Índice WHOQOL	7,9	-
Índice WHOQOL, religião	9,8	1,9
Índice WHOQOL, religião, cor	10,7	0,9
Índice WHOQOL, religião, cor, sexo	11,5	0,8
Índice WHOQOL, religião, cor, sexo, escolaridade	12,1	0,6

## DISCUSSÃO

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Observa-se que a média de idade dos avaliados nesta pesquisa foi de 32,6 anos, sobretudo, observa-se um aumento significativo da proporção de alteração do sono com o aumento da faixa etária, 36,7 anos no grupo com alteração ( $p < 0,001$ ). Grande parte da literatura tem intensificado estudos epidemiológicos na população idosa, como por exemplo uma pesquisa realizada na China com 2.416 questionários válidos aplicados em idosos que moram nas regiões rurais, onde foi detectado que 49,7% dormem mal. Problemas como doenças crônicas, falta de nutrientes na alimentação e a própria idade foram resultantes para um número dessa proporção. Outro estudo foi conduzido entre 266 idosos selecionados aleatoriamente em um subdistrito na província rural de Chiang Rai, norte da Tailândia, aproximadamente 44,0% dos participantes apresentaram má qualidade do sono (12).

O nível de escolaridade aferido neste estudo ficou distribuído em 8,5% ( $n=66$ ) sem estudo, 30,9% ( $n=239$ ) até ensino fundamental e 43,2% ( $n=334$ ) ensino médio, considerados níveis baixos de escolaridade. Percebe-se através das taxas de matrícula e permanência dos alunos que não há dificuldade de acesso à escola, na região, o poder público efetiva e estimula a participação da população nos estudos, entretanto, a falta de emprego, acesso a serviços especializados de saúde e outras políticas públicas deficientes ocasiona o êxodo da regional, ou interfere diretamente na QV. Nesse viés, corrobora o estudo sobre o contexto do trabalhador pantaneiro, constatando que o nível de instrução do homem e da mulher pantaneira pode ser considerado baixo, visto que grande parte dos entrevistados possui ensino fundamental incompleto ou são analfabetos funcionais (13,14). No Brasil, há uma grande concentração de indivíduos com baixa escolaridade e analfabetismo, entre os altos índices se concentram os trabalhadores da agropecuária (15,16).

Neste trabalho, quando associado com aumento do nível de escolaridade, é diminuído o risco de alterações do sono, reforçando outros experimentos em países de média e baixa renda, ter maior nível educacional diminuiu em 6% o risco de queixar-se de problemas de sono (17); já na China, apresentar menor escolaridade diminuiu em 27% o risco de ronco e apneia (18). Ratifica dessa

1  
2  
3 forma que a escolaridade mais desmedida as atividades ocupacionais manuais  
4 e com longas jornadas de trabalho, pode contribuir para o aumento da ocorrência  
5 de desordens do sono. Além disso, maior nível educacional está associado a  
6 comportamentos benéficos à saúde, prevenindo assim eventos que possam  
7 causar problemas no sono (19).  
8  
9

10  
11  
12 A maioria dos entrevistados nesta pesquisa foram mulheres (51,6%).  
13 Dessa forma, o resultado apresentou a qualidade do sono ruim aferido pelo PSQI  
14 (60% das entrevistadas) e alteração do sono detectado pelo QB (38,9% das  
15 entrevistadas). Estudos que corroboram foi realizado com indivíduos da zona  
16 rural do município de Pelotas, no Sul do Brasil, seus resultados apresentaram  
17 piores médias entre as mulheres. Nesse sentido, fatores hormonais,  
18 comportamentais e psicológicos podem ser os responsáveis por essa  
19 associação (20). Em mulheres mais jovens, fatores biológicos como a  
20 maternidade podem afetar negativamente o sono, enquanto em idades mais  
21 avançadas, a menopausa pode promover piora na sua qualidade; a ansiedade e  
22 a depressão, conhecidos por serem mais frequentes no sexo feminino, podem  
23 estar também presentes nessa relação (21).  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34

35 Este estudo afirma que a alteração do sono diminui com a melhor QV.  
36 Essa relação é notória na literatura atual, o sono é profundamente influenciado  
37 pela QV e vice versa (22). Nesse viés, condições de saúde, de trabalho, de  
38 renda, desempenho escolar, atividades sociais interferem nos aspectos  
39 predominantes da vida, melhorando a condição de dormir e conseqüentemente  
40 diminuindo a proporção de alteração do sono, esse diagnóstico corrobora com  
41 os resultados de indivíduos entre 15 e 34 anos na China, onde encontrou-se pior  
42 QV indivíduos que apresentaram distúrbios do sono (23).  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49

50 A QV é uma visão que tenta aproximar a satisfação da necessidade, exclui  
51 o pragmatismo da verdade absoluta do indivíduo, sem que haja qualquer  
52 reducionismo perante esse tema, pois o que se percebe são inter-relações  
53 constantes entre os elementos que compõem esse universo (24). O sono é mais  
54 uma determinante na visão geral da satisfação e da saúde das pessoas,  
55 observando as inúmeras populações, verifica-se ainda fatores imprescindíveis e  
56 básicos para a melhora das condições destes dois aspectos, sono e QV. Logo,  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 obter uma percepção da melhor QV influencia diretamente nos aspectos  
4 relacionados ao sono.  
5  
6

7  
8 Este estudo apresenta um perfil de pessoas jovens, 70,7% até 40 anos de  
9 idade, com escolaridade baixa, 82,6% até ensino médio, na sua grande maioria  
10 pardos, não houve diferença significativa entre solteiros e casados, a maioria  
11 possui filhos (55,9%), moram com seus familiares e possuem casa própria.  
12 93,8% dos entrevistados estão trabalhando e 52,7% destes, trabalham 8 horas  
13 diárias, possuem renda pessoal de até 1 salário mínimo e renda familiar de até  
14 2 salários, sendo que numa pequena maioria são católicos (52%).  
15  
16  
17  
18  
19

20  
21 Por fim, o sono e QV, são termos e condições relevantes que abrangem  
22 respostas da população principalmente ao alcance dos aspectos gerais de saúde  
23 geral desde a caracterização dos moradores dessa região, até a descoberta da  
24 prevalência dos acometidos pela má qualidade do sono. Dessa forma, a partir  
25 deste trabalho, outros já estão sendo preparados para minimizar os problemas  
26 encontrados. Então, é necessário a propagação e difusão desses estudos, assim  
27 como pela aproximação do homem do campo com a atenção integral a sua  
28 saúde devem ser contínuas, permitindo assim a superação de problemas que  
29 inter-relacionam com a QV do pantaneiro.  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37

### 38 REFERÊNCIAS

- 39  
40  
41 1. Neves GSML, Giorelli AS, Florido P, Gomes MMota. Transtornos do sono:  
42 visão geral. Rev Bras Neurol [Internet]. 2013 [acesso em 2019 Out  
43 24];49(2):57-71. Portuguese. Disponível em:  
44 <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2013/v49n2/a3749.pdf>  
45  
46 2. Ribeiro CRF, Silva YMGP, Oliveira SMC. O impacto da qualidade do sono  
47 na formação médica. Rev Soc Bras Clin Med [Internet]. 2014 [acesso em  
48 2019 Out 24];12(1):8-14. Portuguese. Disponível em:  
49 <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/45/43>  
50  
51 3. Godinho MR, Ferreira AP, Santos ASP, Rocha FSA. Fatores associados à  
52 qualidade do sono dos trabalhadores técnico-administrativos em  
53 educação de uma universidade pública. Rev Med Saude Brasilia  
54 [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Out 24];6(3):303-20. Portuguese.  
55 Disponível em:  
56 <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/8624/5482>  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

4. Paz de Lima PJ. Avaliação da qualidade de vida e transtornos mentais comuns de residentes em áreas rurais [tese] [Internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2014 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312696/1/PazdeLima\\_PauloJunior\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312696/1/PazdeLima_PauloJunior_D.pdf)
5. Miotto CL, Paranhos Filho AC, Albrez EA. Contribuição à caracterização das sub-regiões do Pantanal. Entre-Lugar [Internet]. 2012 [acesso em 2019 Out 24];3(6):165-80. Portuguese. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/entre-lugar/article/download/2453/1404>
6. Harris MB, Arcangelo C, Pinto ECT, Camargo G, Ramos Neto MB, Silva SM. Estimativas de perda da área natural da Bacia do Alto Paraguai e Pantanal Brasileiro [Internet]. Campo Grande, MS: Conservação Internacional; 2005 [acesso em 2019 Out 24]. Relatório técnico não publicado. Disponível em: <http://riosvivos.org.br/arquivos/1783901110.pdf>
7. Prefeitura Municipal de Coxim. Dados do município [Internet]. Coxim: Prefeitura Municipal; 2015 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: <http://www.coxim.ms.gov.br/institucional/dados-do-municipio/13>
8. Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovação, diretrizes, normas de regulamento, pesquisa envolvendo seres humanos. DOU [Internet]. 2013, Jun 13 [acesso em 2019 Out 24]. Portuguese. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
9. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública [Internet]. 2000 [acesso em 2019 Out 24];34(2):178-83. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
10. Vaz AP, Drummond M, Mota PC, Severo M, Almeida J, Winck JC. Tradução do Questionário de Berlim para língua Portuguesa e sua aplicação na identificação da SAOS numa consulta de patologia respiratória do sono. Rev Port Pneumol [Internet]. 2011 [acesso em 2019 Out 24];17(2):59-65. Portuguese. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0873215911700150/pdf?md5=242e3baac6e917862fb8a0f77690fab5&pid=1-s2.0-S0873215911700150-main.pdf>
11. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh [dissertação] [Internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2008 [acesso em 2019 Out 24]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14041/000653543.pdf>

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

12. Thichumpa W, Howteerakul N, Suwannapong N, Tantrakul V. Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand. *Epidemiol Health* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 24];40:e2018018. Available from: <https://www.e-epih.org/upload/pdf/epih-40-e2018018.pdf>
13. Guimarães LAM, Cerchiari EAN, Meneghel V, Minari MRT, Massuda Junior J, Tutya STB. Saúde mental do trabalhador do Pantanal Sul-Mato-Grossense, Brasil. In: Guimarães LAM, Cerchiari EAN, organizadoras. *Saúde do trabalhador do pantanal de Aquidauana, MS, Brasil*. Campo Grande, MS: Ed. UCDB; 2018. p. 61-82.
14. Guimarães LAM, Meneghel V, Fontoura Junior EE, Massuda Junior J, Gomes ECVV, Oliveira FF. Qualidade de vida e aspectos de saúde em trabalhadores pantaneiros. *Arq Bras Psicol* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Oct 24];70(2):141-57. Portuguese. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbvp/v70n2/11.pdf>
15. Borges LO. A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. *Estud Psicol* [Internet]. 1999 [acesso em 2019 Oct 24];4(1):107-39. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v4n1/a07v04n1.pdf>
16. Borges LO, Pinheiro JQ. Estratégias de coleta de dados com trabalhadores de baixa escolaridade. *Estud Psicol* [Internet]. 2002 [acesso em 2019 Oct 24];7(Esp.):53-63. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7nspe/a07v7esp.pdf>
17. Mazzotti DR, Guindalini C, Sosa AL, Ferri CP, Tufik S. Prevalence and correlates for sleep complaints in older adults in low and middle income countries: A 10/66 Dementia Research Group study. *Sleep Med*. 2012;13(6):697-702.
18. Liu J, Wei C, Huang L, Wang W, Liang D, Lei Z, et al. Prevalence of signs and symptoms suggestive of obstructive sleep apnea syndrome in Guangxi, China. *Sleep Breath*. 2014;18(2):375-82.
19. Zanuto EAC, Lima MCS, Araújo RG, Silva EP, Anzolin CC, Araujo MYC, et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 [acesso em 2019 Oct 24];18(1):42-53. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00042.pdf>
20. Machado AKF, Wendt A, Wehrmeister FC. Problemas de sono e fatores associados em população rural de um município no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Oct 24];52 (Supl 1):5s. Portuguese. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s1/pt\\_0034-8910-rsp-52-s1-S1518-52-87872018052000260.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s1/pt_0034-8910-rsp-52-s1-S1518-52-87872018052000260.pdf)

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

21. Stranges S, Tigbe W, Gómez-Olivé FX, Thorogood M, Kandala NB. Sleep problems: an emerging global epidemic? Findings from the INDEPTH WHO-SAGE study among more than 40,000 older adults from 8 countries across Africa and Asia. *Sleep* [Internet]. 2012 [cited 2019 Oct 24];35(8):1.173-81. Available from: <https://academic.oup.com/sleep/article-pdf/35/8/1173/26620383/aasm.35.8.1173.pdf>
22. Müller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud. Psicol* [Internet]. 2007 [acesso em 2019 Oct 24];24(4):519-28. Portuguese. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a11.pdf>
23. Chiu HF, Xiang YT, Dai J, Chan SS, Leung T, Yu X, et al. The prevalence of sleep problems and their socio-demographic and clinical correlates in young Chinese rural residents. *Psychiatry Res*. 2012;200(2-3):789-94.
24. Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques RFR. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa [Internet]. São Paulo: EACH/USP; 2012 [acesso em 2019 Oct 24]. Disponível em: [http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)

## 8 ANEXOS

### 8.1 ANEXO A – AUTORIZAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PADRÕES DO SONO E SUA CORRELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO DO PANTANAL.

**Pesquisador:** CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 64654817.9.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.029.112

##### Apresentação do Projeto:

O sono é caracterizado como um fenômeno de vital importância para o ser humano agregando funções de proteção, restauração e conservação de energia, sendo que, a sua ausência denota deficiências nas atividades diárias básicas do ser humano, interações sociais, psicológicas ou cognitivas (NEVES et al., 2013). O ato de dormir possui funções biológicas fundamentais englobando a consolidação da memória, termorregulação, renovo e conservação de energia e homeostase das funções endócrinas (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2014). Os seres humanos possuem hábitos especificamente diurnos possuindo sua atividade e vigília concentradas durante o dia, e o sono à noite, sendo que, um tempo reduzido de sono pode influenciar negativamente nas atividades diárias corroborando para riscos de acidentes e baixo rendimento (FERREIRA; MARTINO, 2012). Basicamente dois processos regulam o sono, o Homeostático que buscará o equilíbrio entre a necessidade de descanso quando a vigília é alongada, e o Circadiano o qual é controlado por um marca-passo endógeno independente do sono e da vigília (SOARES; ALMONDES, 2012). O sono é vital e caracterizado como um conjunto de alterações comportamentais e fisiológicas que ocorrem simultaneamente, associados a atividade elétricas cerebrais, conduzidas por um ritmo circadiano (SOUZA, REIMÃO, 2004; NEVES, GIORELLI, FLORIDO, GOMES, 2013), Os distúrbios do sono estão entre os distúrbios clínicos com maior impacto de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.029.112

saúde e socioeconômico (VELA-BUENO, DEICETA & FERNANDEZ, 1999) apud SOUZA E REIMÃO, 2004, interferindo de forma direta na qualidade de vida. Pesquisar os padrões e distúrbios do sono é um princípio evidente para vários trabalhos de relevância no que concerne a qualidade e hábitos saudáveis da vida, principalmente em populações isoladas, no pantanal sul mato-grossense, o acesso é difícil, a cultura local é caracterizada pelo distanciamento de outros povos, de tradições e hábitos conservadores das pessoas que vivem em regiões rurais, os adultos pouco escolarizados traçam algumas características e peculiaridades desta população. REIMÃO, 2000, pesquisou adultos em uma comunidade rural isolada e negra no Mato Grosso do Sul, evidenciou semelhança com populações não isoladas, inclusive no que se refere aos seus distúrbios, indicando uma prevalência maior de insônia. Sua etiologia varia desde questões emocionais (etilismo, depressão e ansiedade), sociais (desemprego e violência), físicas (dor crônica) e ambientais (ruídos internos e externos ao ambiente de dormir). CHOKROVERTY KRYGER et al. 1994; THORPY & YAGER, 1991 Segundo SOUZA, 2004, há uma variação cultural e étnica na percepção e referência dos distúrbios do sono, como indicado em estudos de REIMÃO et al., 2000 nos índios Terena e negros conforme REIMÃO, SOUZA, GAUDIOSO, 1999. QUALIDADE DE VIDA O termo qualidade de vida é usado em diversos setores da sociedade e campos de estudos, como na saúde, filosofia, política, cidadania, religião, economia, cultura, entre outros. Segundo SOUZA E GUIMARÃES, 1999, qualidade de vida "... conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis, como saúde, trabalho, lazer, sexo, família, desenvolvimento espiritual..." De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 1995, qualidade de vida é a percepção que cada indivíduo tem de sua posição na vida, do seu espaço de cultura, dos valores que preserva, suas aspirações, suas angústias e expectativas. DE LORENZI, 2008, entende que, atualmente, a qualidade de vida é reconhecida como um indicador de eficácia, eficiência e impacto de eventuais intervenções voltadas à prevenção ou ao tratamento de agravos à saúde, tanto individuais, como no nível populacional. Reflete sobre dois aspectos; a subjetividade e a multidimensionalidade. Dando ênfase à percepção do próprio indivíduo do seu estado de saúde e dos aspectos não médicos relativos ao seu contexto de vida. ARAÚJO E SOUZA, 2011, relatam que de forma geral a qualidade de vida associada a saúde, refere-se a necessidade humana de viver sem doenças ou de superar as dificuldades e os estados de morbidade que as condições de saúde lhe ocasionam. FLECK apud ARAÚJO E SOUZA, 2011, diz que a qualidade de vida na área de saúde encontrou outros caminhos afins, os quais tiveram, um

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.029.112

desenvolvimento independente e cujos limites não são claros, apresentando várias intersecções Alguns são distorcidos por uma visão biológica e funcional; outras são sociais e psicológicas, como bem estar, satisfação e felicidade, apesar de todas as facetas, a saúde continua sendo o grande diferencial para demonstrar a importância de estudos nessa área.

O município de Coxim é zona periférica do povo Macroge, etnia ancestral das tribos Caiapó e Bororó, que ao passar do tempo estabeleceram-se às margens do alto e baixo Taquari onde viveram absolutos até a chegada dos bandeirantes no século XVII, os quais desbravaram os sertões em busca de riquezas em perseguição ao gentio, com isto iniciaram uma nova etapa no processo de ocupação e desenvolvimento da região. Em 1729, Domingos Gomes Belliagio, estabeleceu o Arraial de Belliagio, a margem direita do rio Taquari, com intuito de ajudar as monções, que iam de São Paulo a Cuiabá, ou que de lá vinham. No ano de 1862, o governador da província Senhor Herculano Ferreira Vena, com a Resolução nº. 09 de 1862 criou o núcleo colonial do Taquari, junto com o Arraial de Belliagio, a qual teve a denominação de Herculânea e atualmente a cidade de coxim se tornou Distrito pela Lei Nº 1 do dia 06 de novembro de 1872 e no dia 11 de abril de 1898 pela Resolução Estadual nº 202, obteve a sua emancipação política como Município de Coxim. De acordo com dados do IBGE (2010), Coxim possui estimativa de 32.159 habitantes, destes, 29.145 reside em área urbana, o equivalente a 90,63% da população e 3.014 em área rural. Coxim não possui populações indígenas e quilombolas reconhecidos. Também abriga a população da zona rural, derivado das fazendas de gado de corte da região. Alguns contam com escolas, creches e postos de saúde. E, com uma zona rural vasta, o município contém distritos ligados a ele, como:• Jauru População estimada em: 600 habitantes Distância de Coxim: 60 km;• São Romão População estimada em: 500 habitantes. Distância de Coxim: 12 km;• Taquari População estimada em: 1000 habitantes. Distância de Coxim: 4 km;• Silviolândia População estimada em: 1100 habitantes. Distância de Coxim: 5 km; É um centro econômico e regional, sendo nacionalmente conhecida como "Capital do Peixe" e "Terra do Pé de Cedro". Abriga diversos ícones paisagísticos, como as cachoeiras Salto, Palmeiras e os Rios Taquari e Coxim. Sua economia baseia-se na agropecuária. COXIM, 2015.Considerado um dos poucos municípios pantaneiros, Coxim em sua congruência entre os rios Coxim e Taquari que fica à montante da ponte sobre a BR 163, no Km 727, passa a ser denominado de médio Taquari, caracterizado por suas águas mais tranquilas, já em transição de depressão para planície, formando bancos de areia, ilhas, baías entre outros fatores que caracterizam um rio

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.029.112

pantaneiro, por isso, Coxim, considerado como o Portal do Pantanal. Todo o território coxinense que se encontra fora da planície

pantaneira é considerada como influente corredor ecológico migratório de abastecimento e intercâmbio de biodiversidades entre o Pantanal e o Cerrado. COXIM, 2015. De acordo com dados do IBGE (2010), Coxim possui estimativa de 32.159 habitantes. Destes, 29.145 reside em área urbana, o equivalente a 90,63% da população e 3.014 em área rural. Coxim não possui populações indígenas e quilombolas reconhecidos. A estrutura demográfica também apresentou mudanças no município. Entre 2000 e 2010 foi verificada ampliação da população idosa que cresceu 3,3% em média ao ano. Em 2000, este grupo representava 8,0% da população, já em 2010 detinha 10,6% do total da população municipal. Quanto à educação, conforme dados do último Censo Demográfico, no município, em agosto de 2010, a taxa de analfabetismo, das pessoas de 10 anos ou mais era de 9,5%. Na área urbana, a taxa era de 9,0% e na zona rural era de 15,1%.

Tamanho da Amostra: 1.301

**Critério de Inclusão:** Serão incluídos trabalhadores e familiares dos pantaneiros residentes no município que por algum motivo estarão em suas residências ou nos locais que pousam. Poderão participar todos os moradores e residentes da cidade de Coxim e de seus distritos, homens, mulheres e crianças entre a faixa etária de 15 a 99 anos que desejarem participar do estudo, que assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e que pertencem a um território de abrangência de um ESF (Estratégia Saúde da Família).

**Critério de Exclusão:** Serão excluídos os moradores, residentes de locais que não possuem abrangência de ESF e que não concordarem com os termos descritos no TCLE e não o assinarem, estão excluídos os trabalhadores que nunca exerceram atividades laborais na região pantaneira.

Serão utilizados dados demográficos do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Coxim.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Avaliar os padrões do sono, seus distúrbios e fatores relacionados com a qualidade de vida da população pantaneira.

**Objetivo Secundário:** a) Identificar os padrões do sono na população pantaneira;

b) Identificar a incidência e prevalência dos distúrbios do sono; c) Avaliar a qualidade de vida comparada aos padrões do sono da população estudada; d) Caracterizar a população quanto as variáveis e sua relação com o sono, e qualidade de vida.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.029.112

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O estudo envolve riscos previsíveis relacionados ao constrangimento e mobilização de aspectos emocionais do participante ao responder questões pessoais constantes nos questionários utilizados (se a vida tem sentido, aceitação da aparência, satisfação consigo mesmo, com a vida sexual, etc).

Podem haver benefícios diretos a participantes que tenham distúrbios do sono identificados e a quem for dado acesso a orientação e encaminhamento para assistência, conforme consta no TCLE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa do Curso de Doutorado em Ciências Médicas da FCM/UNICAMP.

Orçamento apresentado de R\$ 65.000,00, que será assumido pelo pesquisador, servidor público da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto assinada pelo diretor da FCM/UNICAMP.

Apresentadas Cartas de Anuência de representante da Secretaria Municipal de Saúde de Coxim (MS) e de representante da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, declarando serem coparticipantes da pesquisa.

Apresentados os seguintes instrumentos de pesquisa: Questionário Clínico de Berlin; ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (PSQI); WHOQOL – ABREVIADO, VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA; e QUESTIONÁRIO SOCIO - DEMOGRÁFICO.

Apresentados TCLE e Termo de Assentimento reformulado em atendimento a pendências de parecer anterior.

**Recomendações:**

Foram atendidas todas as pendências do parecer anterior.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.029.112

cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.029.112

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_858228.pdf	12/04/2017 11:47:52		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA_2.pdf	12/04/2017 11:44:31	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_atualizado.pdf	12/04/2017 11:43:45	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	28/03/2017 16:42:44	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Outros	Contratodeafastamento.pdf	28/03/2017 16:38:57	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.pdf	28/03/2017 15:51:57	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PadroresehabitadosonosodoPantanal.pdf	28/03/2017 15:47:20	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Outros	CartadeAnuenciaSMS.pdf	10/02/2017 15:47:52	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	10/02/2017 15:45:21	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Outros	RelatorioMatricula.pdf	08/02/2017 20:44:50	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Outros	CartadeAnuenciaUFMS.pdf	08/02/2017 20:42:47	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Outros	QuestionarioClinicodeBerlin.pdf	27/01/2017 08:27:52	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Outros	PSQI.pdf	27/01/2017 08:27:19	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Outros	WHOQOL.pdf	27/01/2017 08:26:26	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito
Outros	QuestionarioSocio.pdf	27/01/2017 08:24:30	CARLOS EDUARDO VILELA GAUDIOSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.029.112

CAMPINAS, 24 de Abril de 2017

---

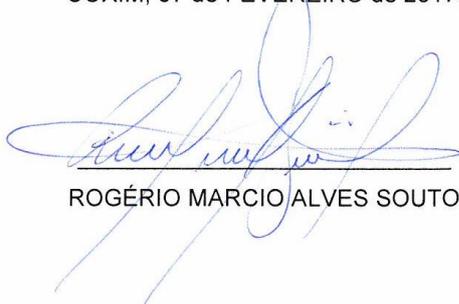
Assinado por:  
Renata Maria dos Santos Celeghini  
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde de Coxim, , sediada à Rua Santo Antônio - Vila Santana, Coxim - MS, 79400-000, Estado do Mato Grosso do Sul, inscrita no CNPJ Nº 03.510.211/0001-62, representada por Rogério Marcio Alves Souto, portador do RG nº 836705, SSP/MS e CPF nº 786258151-20, declara que é co-participante na pesquisa intitulada **PADRÕES DO SONO E SUA CORRELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO DO PANTANAL**, sob responsabilidade do Professor Carlos Eduardo Vilela Gaudioso, doutorando da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP, sob orientação do Professor Livre-Docente Luis Alberto Magna.

COXIM, 07 de FEVEREIRO de 2017.



ROGÉRIO MARCIO ALVES SOUTO



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



### CARTA DE ANUÊNCIA

Pela presente, a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Câmpus Coxim, sediada à Avenida Marcio Lima Nantes, s/n, CEP 79.400-000, na cidade de Coxim, Estado do Mato Grosso do Sul, inscrita no CNPJ Nº 15.461.510/0001-33, representada por Gedson Faria, portador do RG nº 370046055 e CPF nº 690.007.431-68, declara que é co-participante na pesquisa intitulada **PADRÕES DO SONO E SUA CORRELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA NA POPULAÇÃO DO PANTANAL**, sob responsabilidade do Professor Carlos Eduardo Vilela Gaudioso, doutorando da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP, sob orientação do Professor Livre-Docente Luis Alberto Magna.

COXIM, 07 DE FEVEREIRO DE 2017.

  
GEDSON FARIA

Câmpus de Coxim – CPCX/UFMS  
Av. Márcio Lima Nantes, S/No. – Vila da Barra – Estrada do Pantanal  
Fone/Fax: +55 (67) 3291-0202/0218 – CEP 79400-000 – Coxim/MS – Brasil  
<http://www.cpcx.ufms.br>

## 8.2 ANEXO B – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

### ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH – PSQI

A versão do Pittsburgh Sleep Quality Index (1989), desenvolvida por Daniel J. Buysse et al., instrumento de avaliação da qualidade do sono, foi adaptada e traduzida para o português, considerado a cultura da população brasileira.

Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina; 2008.  
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14041/000653543.pdf>

#### Instruções:

- As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado.
- Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado.
- Por favor, responda a todas as questões.

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

Horário de deitar: .....h.....min.

2) Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

Quantos minutos demorou para pegar no sono: .....h.....min.

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

Horário de acordar: .....h.....min.

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

Horas de sono por noite: .....h.....min.

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

5) Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas para dormir por causa de:

5.a) Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono:

[ ] nenhuma vez [ ] menos de uma vez por semana

[ ] uma ou duas vezes por semana [ ] três vezes por semana ou mais

- 5.b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo:  
 nenhuma vez     menos de uma vez por semana  
 uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais
- 5.c) Levantar-se para ir ao banheiro:  
 nenhuma vez     menos de uma vez por semana  
 uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais
- 5.d) Ter dificuldade para respirar:  
 nenhuma vez     menos de uma vez por semana  
 uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais
- 5.e) Tossir ou roncar muito alto:  
 nenhuma vez     menos de uma vez por semana  
 uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais
- 5.f) Sentir muito frio:  
 nenhuma vez     menos de uma vez por semana  
 uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais
- 5.g) Sentir muito calor:  
 nenhuma vez     menos de uma vez por semana  
 uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais
- 5.h) Ter sonhos ruins ou pesadelos  
 nenhuma vez     menos de uma vez por semana  
 uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais
- 5.i) Sentir dores:  
 nenhuma vez     menos de uma vez por semana  
 uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais
- 5.j) Outra razão:.....  
Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?  
 nenhuma vez     menos de uma vez por semana  
 uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais
- 6) Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?  
 muito boa     ruim     boa     muito ruim

- 7) Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

nenhuma vez     menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais

Nome do remédio: .....

- 8) Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isto aconteceu?

nenhuma vez     menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana     três vezes por semana ou mais

Número de vezes: .....

- 9) Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo

indisposição e falta de entusiasmo pequenas

indisposição e falta de entusiasmo moderadas

muita indisposição e falta de entusiasmo

Comentários: .....

.....

- 10) Você cochila?

não     sim

Comentários: .....

.....

Caso Sim, você cochila intencionalmente, ou seja, por que quer?

não     sim

Comentários: .....

.....

Para você, cochilar é

um prazer     uma necessidade     outro; Qual? .....

Comentários: .....

.....

### PONTUAÇÃO DO COMPONENTE

1: .....; 2: .....; 3: .....; 4: .....; 5: .....; 6: .....; 7: .....

**QUESTIONÁRIO DE BERLIM - QB**

A versão do *Berlin Questionnaire* (1999), validada por Nikolaus C. Netzer et al., instrumento de avaliação da patologia respiratória do sono, foi adaptada e traduzida para o português.

Vaz AP, Drummond M, Mota PC, Severo M, Almeida J, Winck JC. Tradução do Questionário de Berlim para língua Portuguesa e sua aplicação na identificação da SAOS numa consulta de patologia respiratória do sono. *Rev Port Pneumol.* 2011; 17(2):59-65.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0873215911700150/pdf?md5=242e3baac6e917862fb8a0f77690fab5&pid=1-s2.0-S0873215911700150-main.pdf>

**CATEGORIA 1**

1) Você ronca?

sim    não    não sei

2) Seu ronco é:

pouco mais alto que sua respiração

tão mais alto que sua respiração

mais alto do que falando

muito alto que pode ser ouvido nos quartos próximos

3) Com que frequência você ronca?

praticamente todos os dias

3-4 vezes por semana

1-2 vezes por semana

nunca ou praticamente nunca

4) O seu ronco incomoda alguém?

sim    não

5) Alguém notou que você para de respirar enquanto dorme?

praticamente todos os dias

3-4 vezes por semana

1-2 vezes por semana

nunca ou praticamente nunca

**CATEGORIA 2**

6) Quantas vezes você se sente cansado ou com fadiga depois de acordar?

praticamente todos os dias

3-4 vezes por semana

1-2 vezes por semana

nunca ou praticamente nunca

- 7) Quando você está acordado você se sente cansado, fadigado ou não sente bem?
- praticamente todos os dias
- 3-4 vezes por semana
- 1-2 vezes por semana
- nunca ou praticamente nunca
- 8) Alguma vez você cochilou ou caiu no sono enquanto dirigia?
- sim     não

---

### **CATEGORIA 3**

---

- 9) Você tem pressão alta?
- sim     não     não sei
- 10) Peso: .....      Altura .....

**IMC =** .....

**Pontuação das perguntas:** .....

Qualquer resposta assinalada é considerada positiva.

**Pontuação das categorias:**

Categoria 1 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 1-5.

Categoria 2 é positiva com 2 ou mais respostas positivas para as questões 6-8.

Categoria 3 é positiva se a resposta para a questão 9 é positiva ou o IMC > 30.

**Resultado final:**

2 ou mais categorias positivas indica alto risco para apneia obstrutiva do sono.

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA – THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – WHOQOL-BREVE**

Esse questionário é a versão abreviada do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, WHOQOL-100, traduzido para língua portuguesa no Brasil e para mais de 20 idiomas.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-83. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas.**

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se à **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? [ ] sim [ ] não

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário? .....

.....

.....

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## 8.3 ANEXO C – SOLICITAÇÃO DE DEFESA DA BANCA

26/11/2019

Gmail - Solicitação de defesa e banca



Carlos Gaudioso &lt;carlosgaudioso.cg@gmail.com&gt;

---

### Solicitação de defesa e banca

---

PG Ciências Médicas &lt;cmedfcm@unicamp.br&gt;

25 de novembro de 2019 14:37

Para: Luís Alberto Magna &lt;magna@unicamp.br&gt;, Carlos Eduardo Gaudioso &lt;carlosgaudioso.cg@gmail.com&gt;

Boa tarde!

Indicação de membros aprovada pela Prof. Patricia Moriel, Coordenadora.

Marcinha

[Texto das mensagens anteriores oculto]