



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Victoria Guadalupe Gaetan

Ações preventivas no promoção da higiene do sono, na
Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Novo
Hamburgo - RS

Florianópolis, Março de 2023

Victoria Guadalupe Gaetan

Ações preventivas no promoção da higiene do sono, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Novo Hamburgo - RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Thays Berger Conceição
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Victoria Guadalupe Gaetan

Ações preventivas no promoção da higiene do sono, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Novo Hamburgo - RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Thays Berger Conceição
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: o sono é restaurador e, necessário à vida, porém desordens do sono são comuns e multifatoriais. É sabido que o risco de desordens do sono aumenta com a idade, com isso decidimos trabalhar com ações preventivas a esse tema no projeto de intervenção.

Objetivo: promover educação em saúde relacionada a distúrbios do sono em idosos da comunidade de Novo Hamburgo. **Metodologia:** primeiramente iremos estimular todos os profissionais da unidade a planejarem juntos quais estratégias são mais úteis para elaborar o plano de ações de promoção em saúde, em seguida, confeccionar informativos impressos a serem distribuídos para todas as pessoas da unidade e, juntamente a isso, propor grupos de ajuda e debates sobre os higiene do sono. **Resultados esperados:** esperamos que, quando esse projeto for aplicado, a equipe e os pacientes envolvidos saibam utilizar técnicas não farmacológicas de melhora do sono.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde, Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono, Educação em Saúde, Saúde do Idoso, Transtornos do Sono

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O território no qual trabalho pertence ao Município de Novo Hamburgo, Rio Grande Do Sul, cuja população estimada é de 246.452 pessoas segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 1,7 anos na última década, passando de 74,4 anos, em 2000, para 76,1 anos, em 2010, tal indicador é utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (BRASIL, 2010). Na prática fica evidente essa mudança, visto o maior número de consultas realizadas para a população maior de 60 ano.

O município possui um total de 37 estabelecimentos de saúde da rede pública, o qual atuo se chama Estratégia Saúde da Família (ESF) Guarani, que abarca três grandes Bairros: Vila Nova com 5.491 habitantes, Bairro Guarani com 5.715 habitantes e Operário com 4.181 moradores que correspondem ao território de minha atuação desde novembro de 2013. Pelo planejamento, a perspectiva é de que eu atenderia 4.181 habitantes, o que representa 1,69% da população de Novo Hamburgo (IBGE, 2010), porém, devido à falta de médicos e as equipes incompletas estou atendendo os 15.387 habitantes.

Para fins de organização do projeto de intervenção vou utilizar os dados do Bairro Operário, que seria minha suposta área adscrita, onde se situa a ESF Guarani. Do total de 4181 moradores, 1989 são homens e 2192 mulheres. Em relação à faixa etária, há 670 crianças e adolescentes (0-19 anos); 2803 adultos (20-59 anos); 708 idosos (com 60 anos ou mais). O coeficiente de natalidade é de 0,22 no ano de 2015, segundo dados dos prontuários da ESF.

Quanto aos serviços de saúde a cobertura vacinal de crianças menores de 1 ano é 92, 68 %. O número de gestantes que a unidade conseguiu captar no último ano para receber o acompanhamento pré-natal foi de 17 gestantes. A proporção de nascidos vivos com baixo peso foi de 17, 64 % no ano de 2018 até junho 2019.

Não tivemos registros de mortes no primeiro ano de vida no período 2018-2019. As causas da mortalidade no período neonatal se relacionam com as condições da gestação e do parto, sendo particularmente influenciadas pela qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto. Já as causas da mortalidade no período pós-neonatal, cujos principais exemplos são a diarreia e a pneumonia, relacionam-se com as condições socioeconômicas e ambientais, sobretudo nutrição e agentes infecciosos (BOING; D'ORSI; JÚNIOR, 2016).

As cinco queixas mais comuns que fizeram as mães de crianças menores de 1 ano procurar o serviço de saúde no mês junho 2019 foram: a) febre, b) tosse, c) lesões dermatológicas d) secreção nasal e) questões referidas a alimentação. Também se observa alto índice de cárie entre as crianças, problemas periodontais e uma grande demanda para prótese dentária em idosos.

Observa-se alto índice de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e sobrepeso. As doenças crônicas podem ser indicadores de ações precárias em saúde, no sentido da promoção e prevenção, o que faz refletir a necessidade de atuar com esta população para que se diminua tais índices.

Podemos destacar que há uma grande procura de pacientes por uso de medicamentos psicotrópicos o que nos fez mudar as agendas em várias oportunidades para conseguir acompanhar essa demanda. Observamos relatos na rotina de consultas que muitos idosos procuram esses medicamentos por distúrbios do sono.

No último ano registramos 2 casos de tuberculose que foram devidamente notificados, os pacientes eram vindos de outras cidades, São Paulo e Santa Maria. Eles relataram estar sem uso de medicações e sem acompanhamento mesmo cientes de ser portadores da doença. Conseguimos acompanhar eles até então com boa adesão terapêutica e ações preventivas com as famílias que moram com eles.

Um destaque positivo é o baixo índice de pessoas infectadas em nossa comunidade pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da sífilis, o que indica que as ações de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) com a população adolescente e adultos jovens estão sendo resolutivas. No atendimento cotidiano na demanda, tanto os enfermeiros como os médicos oferecem testes rápidos para a população para detecção precoce de HIV, sífilis e hepatite B e C.

Um problema relatado pelos familiares que vemos no território é o Etilismo, as mulheres, geralmente mães ou esposas dos afetados são as que manifestam a queixa. Fim de abordar o problema reuniões mensais de matricialmente são realizadas junto a equipe dos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) para tentar acompanhar os usuários etilistas crônicos, mas enfrentamos desafios em relação ao seguimento devido à grande demanda de consulta de saúde mental.

A abordagem da cessação de tabagismo funciona bem em nossa ESF, oportunamente quando um paciente chega para consultar, tentamos perguntar sobre seus hábitos, o que permite encaminhar um grande número de pacientes para o grupo de cessação de tabagismo na casa da vacina, no município. Felizmente com alta adesão, para nossa surpresa alguns pacientes relatavam que nunca lhes foi perguntado se eles eram tabagistas ou faziam uso de alguma substância etc.

Nossa unidade conta com um grupo de coluna, formado por fisioterapeutas da Universidade FEEVALE de Novo Hamburgo, o que nos auxilia na altíssima demanda por doenças osteomusculares e encaminhamentos para reabilitação com fisioterapia. A fila de espera para conseguir fisioterapia atualmente é de 4 a 5 meses.

A partir das consultas e visitas domiciliares (VD), que eram realizadas, foi possível perceber que a demanda principal na nossa área é de usuários idosos, com pouca interação social e alto número de consultas no mês. Como solução para esse problema, durante as VD ressaltávamos a importância do lazer, de se comunicar com pessoas diferentes do habitual

e da prática de atividade que beneficia a saúde física e mental. Também incentivávamos os idosos e cuidadores a participar dos grupos que a comunidade oferece, principalmente o grupo de Coluna. Atualmente, a visita domiciliar está suspensa há cerca de 9 meses devido à falta de médicos na nossa unidade. Por ser um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e de sua família estamos com dificuldade no acompanhamento dos usuários, principalmente dos acamados, que são nove em nosso território.

Para fortalecer ainda mais nossa comunidade e dar continuidade a atenção a saúde, solicitamos para que os agentes comunitários de saúde (ACS) em conjunto com a equipe multidisciplinar, continuem a buscar soluções cabíveis para melhorar a qualidade de vida desses idosos. Foi sugerido que se criassem mais grupos de apoio e de atividade física para a terceira idade e que se fizesse maior divulgação das reuniões da área e dos grupos já existentes na comunidade.

A partir das informações locais de saúde, tentamos romper com a lógica de abordagem assistencial – centrada na demanda individual espontânea – e adotar a atenção à saúde integral, pautada em propostas originadas do perfil epidemiológico da população e da identificação de seus problemas de saúde para dessa forma melhorar a saúde e a vida dos moradores do território.

Em relação ao processo de trabalho, desde a implantação da unidade da saúde da família no território ocorreu a diminuição de consultas com quadros de urgência/emergência, visto que, conseguimos estabilizar a maioria das doenças crônicas como hipertensão e diabetes descompensada através do acompanhamento realizado o que levou a diminuição de crises hipertensivas. Quanto a saúde da mulher, a agenda de coleta de Papanicolau sempre está lotada.

Antigamente tínhamos reuniões de equipe semanais o que de alguma forma permitia certo levantamento de dados, mesmo com a equipe incompleta e sem a maioria dos agentes comunitários há cerca de 8 meses que as reuniões são a cada 15 dias, que por uma situação emergencial do município via decreto as unidades têm que permanecer abertas em atendimento as quartas feiras de tarde que eram nosso espaço para as reuniões de equipe.

Houve a reorganização das agendas, o que facilitou o seguimento de pacientes com cuidado continuado, como diabéticos, hipertensos, crianças, pré-natal, idosos. Também ocorreu a formação de um grupo de gestantes, com participação de nutricionistas e enfermeiros e um grupo de incontinência urinária comandado por estudantes de fisioterapia da Universidade FEEVALE.

Sempre aplicando os princípios e diretrizes da atenção básica e o atendimento centrado na pessoa, propomos a qualificação da atenção a partir de um projeto terapêutico para cada situação. Para tanto, as atividades englobam estratégias diversas, tais como realizar o acolhimento, marcar retornos periódicos nas crianças com baixo peso, ou com dificuldades na alimentação e desenvolvimento, agendar visitas domiciliares nos pacien-

tes acamados, solicitar apoio de outros profissionais e do TELESSAUDE para discussão de casos, proporcionar atendimento em grupo ou outras práticas que potencializem o cuidado.

O foco centra-se no estímulo às práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, reforçando o compromisso com o sujeito e seu coletivo, o estímulo a diferentes práticas terapêuticas e a corresponsabilidade entre trabalhadores e usuários no processo de produção da saúde, o que permite racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, e o descarte de ações intervencionistas desnecessárias (MARTINI et al., 2016).

Frente a todo esse cenário escolhemos trabalhar o problema dos usuários idosos, sem acompanhamento adequado, com falta de aderência ao tratamento para distúrbios do sono, associados a pior saúde física, cognitiva e emocional.

A maioria dos idosos tem queixas relacionadas ao sono decorrentes de mudanças fisiológicas específicas do processo de envelhecimento ou de doenças que podem causar distúrbios secundários de sono.

O envelhecimento normal causa perda geral no relógio circadiano, ocasionando, entre outras consequências: aumento da fragmentação do sono; aumento da frequência de cochilos diurnos (maior entre os homens); mudanças de fase do sono, com avanço de 1 hora mais cedo por dia (tendência a deitar cedo e levantar cedo); maior fadiga diurna; alteração nos sincronizadores sociais (rotinas de alimentação, sono, atividades físicas e outras) com tendência à escolha de horários mais precoces de dormir e acordar e dessincronização interna e externa.

Tais distúrbios levam a alta demanda por receitas controladas, sendo que é possível tratar essa questão com medidas não farmacológicas. A linha divisória entre a normalidade e o distúrbio pode ser estabelecida por meio de criteriosa avaliação diagnóstica, a qual necessariamente precede e orienta a conduta terapêutica.

É importante abordar os transtornos do sono, pois estão associados a pior saúde física, cognitiva e emocional, podem implicar diminuição do senso de bem-estar, dificuldade no exercício de funções sociais, depressão e diminuição da qualidade de vida e, ainda, um aumento do potencial para morbidades e mortalidade (OLIVEIRA et al., 2010).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover educação em saúde relacionada a distúrbios do sono em idosos da comunidade de Novo Hamburgo.

2.2 Objetivos Específicos

- Propor intervenções educativas sobre melhora do sono em idosos;
- Envolver cuidadores e familiares nas intervenções educativas sobre questões da melhora do sono de idosos
- Formar grupo educativo para pacientes na terceira idade, familiares e cuidadores para abordar distúrbios do sono.

3 Revisão da Literatura

Os indicadores demográficos e de morbimortalidade demonstram, nas últimas décadas, um aumento no tempo de vida na maioria das populações, mesmo em países considerados de economias periféricas, que são os de baixa e média renda. Isso evidencia a importância de se olhar para as demandas de saúde dessa população. Embora ainda haja muita variabilidade social, a estrutura etária e os problemas de saúde são e serão, por algumas décadas, um dos principais desafios da sociedade e dos profissionais de saúde, a fim de que seja possível conciliar longevidade e qualidade de vida (MARTINI et al., 2016).

Esta é uma das preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS) quando se aborda o tema envelhecimento, que aponta como principal desafio para a saúde pública a construção de uma vida ativa e autônoma na terceira idade (OMS, 2018). Esse objetivo pode ser alcançado por meio do fortalecimento de políticas públicas de promoção da saúde, sobretudo aquelas voltadas para a população idosa, oportunizando qualidade de vida e bem-estar no envelhecimento.

Uma maneira de promover o bem-estar físico e mental da população idosa é promover a qualidade do sono. O sono é um processo fisiológico vital, caracterizado por dois padrões fundamentais, o sono sem movimentos oculares rápidos (NREM, do inglês *Non-rapid eyes movement*) e com movimentos oculares rápidos (REM). O sono NREM é composto por quatro etapas em grau crescente de profundidade: os estágios I e II, superficiais, e os estágios profundos III e IV, ou sono delta (JÚNIOR; GUSSO; OLMOS, 2017).

Quanto à arquitetura do sono, em condições normais um indivíduo inicia o sono noturno pelo estágio I do sono NREM, após uma latência aproximada de 10 minutos, segue-se uns poucos minutos no estágio I, ocorre o aprofundamento para o estágio II, depois de 30 a 60 minutos, instala-se o sono delta e aproximadamente 90 minutos após o início do sono, acontece o primeiro sono REM, que costuma ter curta duração no início da noite (5 a 10 minutos), completando-se o primeiro ciclo NREM-REM. A saída do sono REM para os estágios superficiais do sono NREM pode ocorrer com intrusão de microdespertar (3 a 15 segundos de duração), sem um despertar completo do indivíduo, desta forma, cumprem-se cerca de cinco a seis ciclos de sono NREM-REM, durante uma noite de oito horas de sono (JÚNIOR; GUSSO; OLMOS, 2017).

O tempo total de sono noturno diminui significativamente com o avançar da idade, a principal mudança ocorre na arquitetura do sono, com a redução percentual do sono de ondas lentas e REM, o estágio IV quase não se registra, ocorre redução do estágio III e aumento dos despertares noturnos, o que ocasiona sua menor eficiência (PEREIRA; CEOLIM, 2011). É importante destacar que a idade, por si só, não é causa direta de problemas relacionados ao sono. Não ter um padrão de sono satisfatório pode ser um problema comum em todas as fases do ciclo de vida, porém observamos que ocorre com

maior frequência após os 65 anos de idade.

Uma pesquisa estimou que os transtornos do sono afetam em torno de 50% dos idosos e que, entre esses transtornos, a insônia tem prevalência de 20 a 40% nessa população (SUZUKI; MIYAMOTO; HIRATA, 2017). Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado no ambulatório de geriatria do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2005, que encontrou que a prevalência de insônia em idosos foi de 32,38%, deste 97,03% convivem com esse problema há mais de 6 meses. Isso demonstra que um número expressivo de idosos sofre com esse problema sem que haja uma resolubilidade (SÁ; MOTTA; OLIVEIRA, 2007).

Não só os fatores biológicos podem alterar o padrão de sono, mas os hábitos de vida e de alimentação também podem influenciar, positivamente ou não. É sabido que estresse e fatores ambientais e o uso abusivo de substâncias psicoativas - álcool, cafeína, hipnóticos, ansiolíticos, sedativos, anfetaminas e opioides – podem causar insônia autoinduzida (OHAYON, 2002).

Alguns sinais e sintomas podem ser indicativos que o padrão de sono não está satisfatório, são eles baixo desempenho de atividades durante o dia, fadiga, sonolência diurna, dificuldade de prestar atenção em uma atividade específica, problemas para se concentrar e para lembrar dos eventos, irritabilidade, hiperatividade e agressão, diminuição no rendimento profissional e nas relações sociais (EDINGER *et al.*, 2004). Olhar para esses sinais e identificar o problema é importante, pois a má qualidade do sono em idosos pode ser relacionada com algumas doenças como: depressão, alterações de humor e ansiedade, cardiopatia, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica, dor crônica, doença gastrointestinal, Alzheimer e doença de Parkinson (PEREIRA; CEOLIM, 2011).

Como intervenção para este problema podemos citar orientações verbais, medidas não farmacológicas simples que possibilitam uma melhoria na qualidade do sono. Pontua-se de acordo com os autores Barros *et al.* (2019) e (BICHARA *et al.*, 2019) ações a serem realizadas:

- Avaliar, além da presença de comorbidades, a saúde mental e a presença de sentimentos de bem-estar no processo de cuidado dos pacientes com problemas de sono.
- Planejar intervenções voltadas à promoção de sono saudável de forma não farmacológica.
- Incentivar atividades de lazer.
- Incentivar prática de atividade física, quando liberado pelo médico, até as 17 horas.
- Ajuste de medicamentos prescritos.
- Evitar a polifarmácia.
- Realizar higiene do sono.

- Tomar sol diariamente por pelo menos 15 minutos.
- Evitar dormir durante o dia por mais de uma hora.
- Evitar o consumo exagerado de líquido no período noturno.

Sendo assim, buscou-se com esta revisão entender os mecanismos que causam os distúrbios do sono para poder criar um grupo a fim de capacitar a equipe de saúde com vistas de melhorar a qualidade da atenção. Nessa perspectiva, intervir preventivamente pressupõe ações preventivas baseadas em evidências claras e pontuais que trazem como consequência melhor condição de vida e bem-estar da população-alvo.

4 Metodologia

A proposta é realizar a aprendizagem compartilhada, por meio de atividades grupais, com objetivo de construção coletiva do conhecimento. Os coordenadores apenas facilitarão o debate, partindo sempre de dúvidas, opiniões e valores dos próprios participantes. O papel do médico deverá ser o de interlocutor, de facilitador da discussão e da reflexão. Pretendemos envolver todos os profissionais de saúde nessa atividade, não de forma simultânea, mas que todos participem em algum momento das oficinas que serão realizadas em encontros grupais.

As pessoas não devem ser apenas receptoras passivas das mensagens, para isso trabalharemos as metodologias lúdicas para o levantamento de opiniões e espaço de reflexão. Fixaremos um cartaz no posto e entregaremos um folder sobre higiene do sono para ser compartilhado em casa com os familiares e cuidadores. Abordaremos as dúvidas nas reuniões com espaço aberto para todos os usuários participarem. Será feita a sugestão de participação da horta comunitária, como ambiente socializador. Tendo que os pacientes idosos sejam envolvidos ao máximo para se sentirem realmente atores do processo e que toda essa participação se de o mais próximo possível de suas realidades.

Folheto sobre Higiene do Sono (BICHARA et al., 2019)

Vamos convidar os pacientes que fazem uso de medicamentos para dormir, e os idosos em geral que procuram o serviço de saúde. Os ACS também serão estimulados a participar das oficinas e a multiplicarem os conhecimentos em suas VD.

A respeito da divulgação dos conteúdos vamos ter uma preocupação de escolher uma



Figura 1 – Folheto sobre Higiene do Sono

linguagem genuínas, isto é próprio das pessoas, para que se tenha mais chances de os assuntos abordados serem mais bem compreendidos e assimilados.

As ações serão programas em um cenário pós pandemia.

5 Resultados Esperados

Esperamos que a metodologia escolhida possibilite trabalhar simultaneamente os aspectos cognitivos e afetivos da terceira idade com foco nos distúrbios do sono, lidando de modo articulado, com ideias, valores, práticas e comportamentos.

Buscamos também melhorar a qualidade do serviço prestado e garantir o entendimento das orientações, através do envolvimento dos familiares e cuidadores.

O esperado com o envolvimento de todos os profissionais de saúde é que se descentralize as atividades do profissional médico e distribua atribuições para cada membro da equipe, delegando funções ora somente realizadas pelo médico, viabilizando assim um tempo maior para atividades de promoção de saúde, como a criação do grupo, para que se permita ampliar a cobertura do serviço prestado, possibilitando o acompanhamento dos pacientes mais fragilizados e de maior risco na própria unidade. Espera-se também que as ações desempenhadas durante a intervenção sejam incorporadas a rotina do serviço.

Por fim, e mais importante espera-se incentivar o autocuidado para que o idoso seja agente multiplicador de informação em seu meio social e consiga realizar as práticas de higiene não farmacológicas do sono para que se alcance melhoria do padrão de sono e por consequência da qualidade de vida.

Referências

- BARROS, M. B. de A. et al. Qualidade do sono, saúde e bem-estar em estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, n. 82, p. 1–10, 2019. Citado na página 16.
- BICHARA, I. M. et al. Educação e medidas não farmacológicas que promovam a qualidade do sono em idosos. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, v. 10, n. 1, p. 35–42, 2019. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 19.
- BOING, A. F.; D’ORSI, E.; JÚNIOR, C. R. *Epidemiologia*: Versão adaptada do curso de especialização multiprofissional em saúde da família. Florianópolis: UFSC, 2016. Citado na página 9.
- BRASIL, A. do Desenvolvimento Humano no. *Consulta do Desenvolvimento Humano em Novo Hamburgo*. 2010. Disponível em: <<https://atlasbrasil.org.br/>>. Acesso em: 03 Jun. 2020. Citado na página 9.
- EDINGER, J. D. et al. Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an american academy of sleep medicine work group. *Sleep vol.*, v. 8, n. 27, p. 1567–1596, 2004. Citado na página 16.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010*. 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 17 Jun. 2020. Citado na página 9.
- JÚNIOR, J. B. R. V.; GUSSO, G.; OLMOS, R. D. *Medicina de Família e Comunidade*: Série manual do médico- residente do hospital das clínicas da faculdade de medicina da universidade de são paulo. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. Citado na página 15.
- MARTINI, J. G. et al. *Atenção Integral à Saúde do Idoso*: Versão adaptada do curso de especialização multiprofissional em saúde da família. Florianópolis - UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 15.
- OHAYON, M. M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*, v. 6, n. 2, p. 97–111, 2002. Citado na página 16.
- OLIVEIRA, B. H. D. et al. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade - estudo pensa. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 851–860, 2010. Citado na página 12.
- OMS, O. M. da S. *Folha informativa - Envelhecimento e saúde*. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820>. Acesso em: 17 Jun. 2020. Citado na página 15.
- PEREIRA, A. A.; CEOLIM, M. F. Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 4, p. 769–778, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

SÁ, R. M. B. de; MOTTA, L. B. da; OLIVEIRA, F. J. de. Insônia: prevalência e fatores de risco relacionados em população de idosos acompanhados em ambulatório. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 10, n. 2, p. 217–230, 2007. Citado na página [16](#).

SUZUKI, K.; MIYAMOTO, M.; HIRATA, K. Sleep disorders in the elderly: diagnosis and management. *Journal of general and family medicine*, v. 18, n. 2, p. 61–71, 2017. Citado na página [16](#).