

Avaliação da qualidade do sono e sonolência diurna de um grupo de idosos

Carolini Paulo do Nascimento¹  Aline Cristina Carrasco²  Vanessa Cristina Novak²  Cintia Raquel Bim² 

¹Universidade Estadual do Centro Oeste – Unicentro. Guarapuava/PR, Brasil.

²Departamento de Fisioterapia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Centro Oeste – Unicentro. Guarapuava/PR, Brasil.

E-mail: acarrasco@unicentro.br

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar a qualidade do sono e sonolência diurna de um grupo de idosos, verificar se há associação com prática de atividade física, presença de doença crônica, e Índice de Massa Corporal (IMC) e se há correlação com IMC, idade e qualidade de vida. Trata-se de um estudo transversal e descritivo. Para avaliação da qualidade do sono utilizou-se o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), para avaliação da sonolência diurna a Escala de Sonolência de *Epworth* (ESE) e para avaliação da qualidade de vida o WHOQOL-BREF. Foram avaliados 47 idosos com mediana (intervalo interquartil 25-75%) de 66 (62-70) anos de idade e IMC de 28,58 (26,21-30,44). 74,5% apresentaram sono ruim, 61,7% apresentaram Sonolência Diurna Normal e 97,8% classificados com boa qualidade de vida, com destaque para os domínios relações sociais (80%) e autoavaliação da qualidade de vida (80%). Apenas apresentou associação estatisticamente significativa a presença de qualidade de sono ruim com a prática de atividade física. Não houve associação entre presença de qualidade de sono ruim ou sonolência com IMC e presença de doença crônica. Houve uma correlação fraca, negativa e estatisticamente significativa apenas entre qualidade do sono com qualidade de vida ($p=0,466$) e idade ($p=0,297$). Conclui-se que os idosos apresentaram qualidade do sono ruim, sonolência diurna normal e qualidade de vida geral boa.

Palavras-chave: Privação do Sono. Transtornos da Transição Sono-vigília. Saúde do Idoso. Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento faz parte do processo natural do desenvolvimento humano e promove alterações em todo o organismo¹. Trata-se de um processo progressivo, dinâmico e irreversível, que ocorre desde o nascimento até a morte. Este processo está ligado a fatores sociais, psíquicos e biológicos, ocorrendo de maneira variada para cada indivíduo, e dependente de diversos fatores que contribuem e influenciam nesse processo, como estilo de vida, condições socioeconômicas e presença de doenças crônicas. Desta forma, o envelhecer torna-se singular para cada sujeito, sendo

de maneira gradual e lenta em alguns, ou de forma acentuada e acelerada em outros².

A proporção de pessoas na faixa etária de 65 anos ou mais é a que apresenta maior crescimento em todo o mundo. Em 2019, representava 9% da população mundial e a estimativa é que em 2050, existirão aproximadamente 1,5 bilhões de pessoas nessa faixa etária, representando 16% da população mundial, sendo 80% desses, nos países em desenvolvimento. A previsão é que até 2025, o Brasil seja o sexto país com mais idosos no mundo³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), estabelece diferentes idades para demarcar o início da velhice, essas diferenças variam de sessenta e cinco anos para países desenvolvidos e sessenta anos para países em desenvolvimento como o Brasil⁴ e define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada⁵.

Contudo, alguns fatores podem comprometer o envelhecimento saudável, como a privação do sono. Isto pode acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer consideravelmente a qualidade de vida⁶. A qualidade do sono é um importante contribuidor para a saúde pública pois as alterações no sono podem estar associadas a doenças crônicas como as cardiovasculares, síndrome metabólica, diabetes, câncer, distúrbios do humor, distúrbios neurodegenerativos, e mortalidade⁷. Assim, compreender os fatores associados à qualidade do sono se faz necessário a fim de melhorar sua qualidade e consequentemente a qualidade de vida.

Além disso, o processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, com impacto negativo na sua qualidade de vida e essas modificações perturbam o equilíbrio homeostático, repercutindo sobre a função psicológica, sistema imunológico, performance, resposta comportamental, desempenho nas atividades diárias, humor e habilidade de adaptação⁸. Este desequilíbrio homeostático devido a essas alterações no sono, propicia o aparecimento de transtornos mentais, redução da competência

imunológica, do desempenho físico e dificuldades adaptativas, ocasionando aumento da vulnerabilidade do organismo idoso e colocando sua vida em risco⁹.

A sonolência excessiva diurna, o aumento do número de cochilos diurnos, sensação pela manhã de sono não repousante, supressão imunitária, diminuição da capacidade física, quedas frequentes e declínio cognitivo derivados da má qualidade do sono são marcadores de pobre qualidade de saúde física e mental e estão relacionados com baixa qualidade de vida⁹.

Dessa forma, torna-se relevante identificar possíveis distúrbios do sono e presença de sonolência em idosos que podem interferir na qualidade de vida desta população. A análise da qualidade de vida de idosos envolve compreender como eles vivem e ter informações que permitam avaliar seu nível de satisfação de acordo com suas necessidades e as melhorias que eles podem necessitar para manter um nível adequado de qualidade de vida¹⁰ e garantir o preconizado pela Organização Mundial de Saúde no que se trata de qualidade de vida como “a percepção de um indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores no qual vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações”. Neste contexto, o sono tem um papel crucial para garantir esta qualidade¹¹.

Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar a qualidade do sono e sonolência diurna de um grupo de idosos, verificar se há associação com prática de atividade física, presença de doença crônica, e Índice de Massa Corporal (IMC) e se há correlação com IMC, idade e qualidade de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo realizado no município de Guarapuava - PR, no período de março a setembro de 2020, com idosos participantes ativos do Programa Ativa Idade vinculado à Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do município de Guarapuava - Paraná.

A amostra foi selecionada por conveniência e foram incluídos idosos (idade igual ou superior a 60 anos) de ambos os sexos, praticantes ou não de atividade física.

O programa Ativa Idade conta com 31 gru-

pos de idosos divididos pela cidade e interior do município, totalizando cerca de 800 cadastrados, porém nem todos participavam regularmente das atividades. Em decorrência da paralisação das atividades presenciais ocasionada pela pandemia de COVID-19, com a autorização do responsável pelo programa, foram contactados 60 idosos ativos participantes das atividades remotas do projeto que estavam inseridos em um grupo de *WhatsApp* formado a partir de pessoas que tinham esse acesso. Destes, 47 responderam ao questionário, correspondendo a 78,3%

dos idosos ativos no programa.

Em decorrência da paralisação das atividades presenciais ocasionada pela pandemia de COVID-19, os questionários foram respondidos via telefone. Com a autorização do responsável pelo programa, entrou-se em contato com sessenta idosos participantes das atividades remotas do projeto, que estavam inseridos em um grupo de *WhatsApp*, dos quais quarenta e sete responderam ao questionário, correspondendo a 78,3% dos idosos ativos no programa. O pesquisador principal entrou em contato pelo telefone, informou inicialmente sobre o TCLE que foi enviado via *WhatsApp*, e toda a entrevista foi realizada por meio da chamada telefônica.

Foram excluídos indivíduos com distúrbios psiquiátricos, doenças neurológicas e aqueles incapazes de responder com coerência aos instrumentos propostos.

Os participantes foram entrevistados por meio de um questionário com perguntas referentes às características sociodemográficas, antropométricas, de hábitos de vida e de condições de saúde. Neste caso, foram questionados se realizavam algum tipo de atividade física, ou seja, essa informação foi coletada pelo autorrelato, assim como a presença de alguma doença crônica.

A qualidade do sono foi avaliada através do questionário traduzido na língua portuguesa – Brasil, *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*, o qual avalia a qualidade do sono durante o último mês, fornecendo uma medida de qualidade do sono e qualificando os pacientes entre bons dormidores e maus dormidores. Consiste em dezenove questões, agrupadas em sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência para o sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, transtornos do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna; e 5 respondidas por seu companheiro de quarto, estas utilizadas para informação clínica. Cada componente pontua de 0 a 3 e as respostas somadas resultarão num escore que vai de 0 a 21, no qual a pontuação mais próxima do 0 (zero) indica melhor qualidade do sono e mais próximo de 21 pior qualidade de sono. Escores de 1 a 4 é considerado boa qualidade do sono, entre 5 a 10 pontos indica qualidade ruim no padrão de sono e escores maiores que 10 presença de distúrbio do sono¹².

A Escala de Sonolência de *Epworth (ESE)* foi utilizada para avaliar a ocorrência de sonolência diurna. Ela consiste em um questionário referente à possibilidade de cochilar em situações de vida diária. São oito situações cotidianas e a escala gradua a probabilidade de cochilar em cada situação em uma pontuação de 0 (nenhuma probabilidade de cochilar) a 3 (grande probabilidade de cochilar). Possui um escore que vai de 0 a 24 e pontuações iguais ou maiores que 10 são considerados como presença de sonolência diurna excessiva¹³.

Para a avaliação da qualidade de vida (QV) foi aplicado o questionário *World Health Organization Questionnaire for Quality of Life (WHOQOL-Bref)*. O instrumento WHOQOL-bref é a versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvida pela OMS, consiste em vinte e seis perguntas referentes a quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) considerando as duas últimas semanas vividas pelos respondentes. Das 26 questões, duas são gerais de qualidade de vida e 24 representam questões específicas relacionadas aos aspectos físicos (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso), psicológicos (sentimento positivo, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência), relações sociais (relações pessoais, atividade sexual e apoio social) e meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, poluição, ruído, trânsito, clima, transporte e oportunidades de lazer)¹⁴. Cada questão pontua de 1 a 5 e é transformada em porcentagem, que vai variar de 0 a 100%, sendo que quanto mais alto seu escore, melhor é a qualidade de vida, e escores menores que 60% indicação de idosos com provável pior qualidade de vida e insatisfação com a saúde¹⁵. Já a prática de atividade física foi avaliada através de autorrelato.

As informações de massa corporal e estatura foram coletadas por meio de autorrelato levando em consideração o último mês anterior a entrevista. A partir disso, o IMC foi calculado e classificado segundo os pontos de corte utilizados para avaliação do estado nutricional de idosos que considera as alterações na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento e por isso são diferentes dos utilizados para adultos. Os pontos de corte para idosos são: baixo peso

(IMC < 22 kg/m²), eutrofia (IMC entre 22 e 27 kg/m²) e sobrepeso (IMC > 27 kg/m²)¹⁶.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (COMEP- UNICENTRO), sob parecer número 3.888.737 de 28 de fevereiro de 2020. Todos os voluntários receberam informações referentes ao estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram apresentados de forma descritiva em tabelas de frequência absoluta e relativa. Inicialmente os dados foram avaliados quanto a distribuição de normalidade pelo teste de *Shapiro Wilk*. Devido ao pressuposto de normalidade não ter sido atendido, os dados foram apresentados em mediana e intervalos interquar-

tis 25-75%. Para avaliar a associação entre distúrbios do sono e presença de doenças crônicas e prática de atividade física foi utilizada a análise bivariada por meio do teste do Quiquadrado (com correção de Yates para os casos de tabelas 2 x 2 com 1 grau de liberdade) ou teste exato de *Fisher* (para os casos de frequências esperadas menor que 5), quando necessário. Para avaliar a correlação entre a sonolência diurna, qualidade do sono com a qualidade de vida, IMC e idade foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* classificado em correlação fraca ($\rho = 0,30$), correlação moderada ($\rho = 0,5$) e correlação forte ($\rho = 0,7$)¹⁷. O nível de significância adotado foi de 5% ($P \leq 0,05$). Para as análises foi utilizado o programa SPSS 23.

RESULTADOS

Foram avaliados 47 idosos, com mediana de idade de 66 anos (62-70). As características da amostra estão dispostas na tabela 1.

A tabela 2 apresenta os escores obtidos nos questionários para qualidade do sono (PSQI) e sonolência (ESE) e a tabela 3 apresenta os resultados da qualidade de vida dos participantes.

A tabela 4 apresenta as associações entre a presença de alterações do sono e sonolência com a prática de atividade física, IMC e presença de doença crônica. Somente a qualidade de sono ruim foi associada com a prática de atividade física ($P \leq 0,05$).

A tabela 5 apresenta os resultados de correlação entre a sonolência (ESE) e qualidade do sono (PSQI) com a idade, a qualidade de vida e o IMC. Os resultados apresentaram correlação estatisticamente significativa, negativa e fraca entre qualidade do sono com os domínios físicos, psicológicos e geral da qualidade de vida e com a idade. Estes resultados apresentaram tamanho de efeito de 8,88% de variância compartilhada entre qualidade do sono e idade, 12,11% com o domínio físico, 10,24% com o domínio psicológico e 21,71% com a pontuação geral do questionário de qualidade de vida.

Tabela 1 - Características sociodemográficas, antropométricas, de hábitos de vida e de condições de saúde dos idosos participantes do Projeto Ativa Idade de Guarapuava-PR, março a setembro de 2020.

Característica	Classificação	N (%)
Sexo	Feminino	44 (93,6)
	Masculino	3 (6,4)
Idade (anos)	60-69	30 (63,8)
	70-79	14 (29,8)
	>80	3 (6,4)
IMC*	Normal	8 (17)
	Sobrepeso	27 (57,5)
	Obesidade	12 (25,5)
Estado Civil	Casado	23 (49,0)
	Divorciado/Solteiro	8 (17,0)
	Viúvo	16 (34,0)

continua...

... continuação tabela 01

Característica	Classificação	N (%)
Atividade Física	Sim	40 (85,1)
	Não	7 (14,9)
Etilismo	Sim	12 (25,5)
	Não	35 (74,5)
Tabagismo	Sim	6 (12,8)
	Não	36 (76,6)
	Ex-Fumante	5 (10,6)
Doença Crônica	Sim	36 (76,6)
	Não	11 (23,4)
Medicamentos	Sim	36 (76,6)
	Não	11 (23,4)

*Classificação do IMC segundo OMS (1995)¹⁶: baixo peso (IMC < 22 kg/m²), eutrofia (IMC entre 22 e 27 kg/m²) e sobrepeso (IMC > 27 kg/m²).

Tabela 2 - Qualidade do sono e sonolência dos idosos participantes do Projeto Ativa Idade de Guarapuava-PR, março a setembro de 2020.

	Mediana (25-75%)	Classificação Geral	Distribuição n (%) em relação a classificação de cada questionário	Classificação
Qualidade do sono (PSQI)	6 (4,5-8)	Ruim	12 (25,5)	Boa
			29 (61,7)	Ruim
			6 (12,7)	Distúrbio do sono
			47 (100)	Total
Sonolência (ESE)	7 (3,5-11)	Sonolência diurna normal	29 (61,7)	Normal
			18 (38,2)	Excessiva
			47 (100)	Total

Tabela 3 - Qualidade de vida dos idosos participantes do Projeto Ativa Idade de Guarapuava-PR, março a setembro de 2020.

	Domínio	% por domínio	% geral	Classificação Geral	Distribuição n (%) em relação a classificação de qualidade de vida	Classificação
WHOQOL-BREF	Físico	74,28	74,38	Boa qualidade de vida	46 (97,8)	Boa
	Psicológico	76,67				
	Relações Sociais	80			1 (2,2)	Ruim
	Meio Ambiente	72,5			47 (100)	Total
	Autoavaliação de qualidade de vida	80				

Tabela 4 - Associação entre IMC, prática de atividade física e presença de doença crônica com a qualidade do sono e sonolência diurna dos idosos participantes do Projeto Ativa Idade de Guarapuava-PR, março a setembro de 2020.

		Qualidade do Sono (PSQI) n (%)				Sonolência Diurna (ESE) n (%)				
		Boa	Distúrbio do sono	Ruim	Total	P	Sonolência excessiva	Sonolência normal	Total	P
IMC	Normal	2 (4,3)	3 (6,4)	3 (6,4)	8 (17,0)	0,5	1 (2,1)	7 (14,9)	8 (17,0)	0,1
	Sobrepeso	7 (14,9)	2 (4,3)	18 (38,3)	27 (57,4)	0,08	12 (25,5)	15 (31,9)	27 (57,4)	0,7
	Obesidade	3 (6,4)	1 (2,1)	8 (17,0)	12 (25,5)	0,5	5 (10,6)	7 (14,9)	12 (25,5)	0,4
	Total	12 (25,5)	6 (12,8)	29 (61,7)	47 (100,0)		18 (38,3)	29 (61,7)	47 (100)	
Prática de atividade física	Não	0 (0,0)	3 (6,4)	4 (8,5)	7 (14,9)	0,1	2 (4,3)	5 (10,6)	7 (14,9)	0,5
	Sim	12 (25,5)	3 (6,4)	25 (53,2)	40 (85,1)	0,01	16 (34,0)	24 (51,1)	40 (85,1)	0,7
	Total	12 (25,5)	6 (12,8)	29 (61,7)	47 (100)		18 (38,3)	29 (61,7)	47 (100)	
Doença Crônica	Não	3 (6,4)	0 (0)	8 (17,0)	11 (23,4)	0,1	2 (4,3)	9 (19,1)	11 (23,4)	0,5
	Sim	9 (19,1)	6 (12,8)	21 (44,7)	36 (76,6)	0,08	16 (34,0)	20 (42,6)	36 (76,6)	0,8
	Total	12 (25,5)	6 (12,8)	29 (61,7)	47 (100)		18 (38,3)	29 (61,7)	47 (100)	

Tabela 5 - Coeficientes de correlação (ρ) entre a qualidade do sono e sonolência diurna com a idade, qualidade de vida, IMC dos idosos participantes do Projeto Ativa Idade de Guarapuava-PR, março a setembro de 2020.

	Qualidade do Sono (PSQI)	Sonolência Diurna (ESE)
WHOQOL-BREF - Domínio físico	-,348*	-,251
WHOQOL-BREF - Domínio psicológico	-,320*	-,038
WHOQOL-BREF Geral	-,466**	-,202
Idade	-,297*	-,020
IMC	,105	,116

* $P \leq 0,05$ ** $P \leq 0,01$.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do sono e sonolência diurna de um grupo de idosos e verificar a associação com prática de atividade física, presença de doença crônica e IMC. Além disso, correlacionou a qualidade do sono e sonolência diurna com o IMC, idade e qualidade de vida. A qualidade do sono dos idosos avaliados em geral é ruim (74,5%). No estudo de Magalhães *et al.* (2017)¹⁸, utilizando os mesmos instrumentos, ao avaliar 128 idosos, também encontraram 69,9% deles com má qualidade do sono.

Estes resultados podem ser associados ao

fato de que o ritmo de sono-vigília é regulado por dois processos distintos: homeostático e circadiano, quando eles acontecem adequadamente, tem-se uma boa qualidade de vigília durante o dia e de sono durante a noite¹⁸. Alguns parâmetros ambientais atuam na regulação adequada do ritmo sono-vigília, como a exposição à luz do dia, atividade física, refeições em horários regulares e interações sociais¹⁹. Os ritmos circadianos, no entanto, tornam-se mais fracos e menos responsivos aos estímulos externos com o avançar da idade²⁰. Assim, o envelhecimento, é um dos fenômenos que afeta

a regulação do ciclo sono-vigília, tanto no seu componente circadiano, como homeostático e este transtorno segundo Nóbrega (2017)²¹, está relacionado com um importante indicador de estado de saúde na população idosa.

A avaliação da sonolência diurna dos idosos no geral foi normal. Possivelmente as alterações de sonolência diurna podem estar associadas quando já há uma presença de distúrbio do sono. No entanto, 38,3% dos idosos apresentaram uma pontuação igual ou maior a 10 pontos, o que indica sonolência diurna excessiva. No estudo semelhante realizado por Magalhães *et al.* (2017)¹⁸ encontraram sonolência diurna em 24% dos idosos. Importante ressaltar que a sonolência diurna excessiva é um sintoma secundário aos distúrbios do sono, caracterizada pela dificuldade em se manter acordado no período de vigília e, na saúde das pessoas idosas, está relacionada a vários efeitos adversos, como a incapacidade funcional que compromete as atividades do cotidiano e aumenta o risco de quedas²². Assim, destaca-se a importância de investigar a qualidade do sono de idosos, além dos aspectos físico-funcionais que podem estar associados ao risco de quedas.

Foi observada associação somente entre a presença de sono ruim com a prática de atividade física. Esse resultado contraditório pode ser pelo fato de que a atividade física foi avaliada apenas por autorrelato, sem a utilização de ferramenta objetiva para esta medida com padronização de frequência, intensidade e tipo de modalidade. Dessa forma, as práticas relatadas poderiam não ser suficiente para atingir um limiar capaz de provocar as alterações fisiológicas no organismo que levariam a melhora da qualidade do sono.

A literatura mostra que a prática regular de atividade física auxilia na melhora da qualidade do sono. Segundo o estudo de Alves, Alves e De Melo (2020)²³, com 89 idosos ativos, concluíram que idosos ativos apresentam majoritariamente um padrão de sono normal e uma boa disposição para realizar as atividades diárias, evidenciando assim, que a prática de atividades físicas é um fator importante para a qualidade do sono.

Nesse contexto, conforme o apontado por

Moreno *et al.*, (2020)²⁴, que analisaram diversos programas de exercício sobre a qualidade do sono e insônia, identificaram que os programas de exercícios voltados à melhoria do sono devem ser preferencialmente aeróbios de intensidade baixa a moderada, com duração aproximada de 60 minutos e frequência semanal de 3 vezes. Já para exercícios resistidos, estes devem ser de baixa a moderada intensidade, mas podem também ser uma alternativa à melhoria da qualidade do sono. Esta recomendação pode ser então utilizada no caso dos idosos.

O presente estudo não apresentou associação entre qualidade do sono ruim e presença de doença crônica ou IMC alterado e não foi observado uma correlação da qualidade do sono com o IMC. Estes resultados podem ter ocorrido em função da amostra pequena e discordam dos achados de outros estudos como os de Alves *et al.* (2020)²⁵, nos qual relata que as pessoas que possuem um padrão irregular de sono, são mais propensas a apresentarem doenças crônicas devido a alterações metabólicas e cardiovasculares.

Estes resultados também são contraditórios quanto a relação do IMC e a qualidade do sono em idosos, pois a o envelhecimento está associado ao aumento e mudanças no padrão de distribuição da massa gordurosa, ocorrendo o aumento de 20 a 30% na gordura corporal total e isto está associado a uma piora da qualidade do sono²⁶. Os distúrbios provocados pelas alterações nos horários de sono/vigília acarretam uma série de alterações, pois influenciam o apetite, a saciedade e conseqüentemente a ingestão alimentar, favorecendo o excesso de peso por um desajuste no relógio biológico, prejudicando a duração e qualidade do sono. Permanecer acordado por muito tempo pode levar a alterações hormonais e aumentar a ingestão calórica. A perda de sono ainda resulta em cansaço, tendendo a diminuir o nível de atividade física e alterar o metabolismo basal²⁷. No estudo de Da Silva e colaboradores (2020)²⁸ que avaliaram os fatores antropométricos e qualidade do sono de 27 idosos, concluíram que a massa corporal se correlacionou positivamente e com significância estatística com os distúrbios do sono, o que foi um desacordo com o pre-

sente estudo.

Os resultados apresentaram correlação negativa e significativa entre a qualidade do sono e a qualidade de vida (domínios físico e psicológico) e idade dos participantes, porém fraca. Contudo, os estudos mostram que o avanço da idade contribui para o desenvolvimento de insônia e síndrome de apneia noturna. A senescência está associada ao histórico de problemas de sono devido à redução na capacidade de iniciar e manter o sono. A partir da quinta década de vida, é comum a ocorrência de mudanças no padrão de sono como o tempo de sono, latência do início do sono longa, duração geral do sono curta, sono fragmentado e frágil e quantidade de sono não REM (*rapid eye movement*) reduzida²⁹. Por isso, mesmo os resultados da presente pesquisa não demonstrarem forte relação, é importante considerar o sono na avaliação de pacientes idosos, principalmente no que se trata de qualidade de vida.

O processo de envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, com impacto negativo na sua qualidade de vida, e essas modificações perturbam o equilíbrio homeostático, repercutindo sobre a função psicológica, sistema imunológico, performance, resposta comportamental, desempenho nas atividades diárias, humor e habilidade de adaptação⁸. Uchmanowicz *et al.* (2019)³⁰ estudaram a relação entre distúrbios do sono e qualidade de vida em 100 pacientes idosos e observaram que problemas do sono tem um impacto significativo na qualidade de vida, principalmente no domínio físico.

Não há qualidade de vida se não houver uma boa qualidade do sono, uma vez que este é fundamental para a homeostasia do corpo, promovendo a harmonia entre o desempenho psicológico e fisiológico do organismo²⁵. Contudo, no presente estudo, 97,8% obtiveram pontuação acima de 60 no WHOQOL-Bref, considerada como boa qualidade de vida, mes-

mo com a maior parte da amostra (74,4%) categorizada com sono ruim ou distúrbio do sono. Este resultado pode presumir que o idoso está habituado a dormir mal e acredita fazer parte do processo de envelhecimento.

A qualidade de vida tem forte correlação com o estado geral de saúde e certamente o processo de envelhecimento requer atenção abrangente em todos os aspectos. O envelhecimento é uma realidade na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, sendo um desafio de todas lidar com a longevidade humana, o que faz do envelhecimento um tema cada vez mais atual e de relevância do ponto de vista científico e de políticas públicas.

Assim, avaliar a qualidade de vida dos idosos permite melhorar a qualidade dos serviços prestados, selecionar opções de tratamento relevantes ou modificá-las, de acordo com o que é necessário a cada indivíduo. Compreendemos com base nos dados estudados, que o sono é um elemento essencial o qual sofre inúmeras alterações decorrentes do processo de envelhecimento, alterações estas que afetam vários aspectos da qualidade de vida dos idosos.

As limitações encontradas ao longo deste estudo foi o número reduzido de participantes, a amostra ter sido selecionada por conveniência, o que não permite extrapolar os resultados para outras populações. Além disso, a ausência de uma ferramenta de avaliação objetiva para identificar o nível de atividade física e avaliação do sono como a actigrafia ou polissonografia. Sugere-se próximos estudos com um número maior de idosos, abordando também questionários específicos para quantificar a atividade física realizada e avaliação objetiva da qualidade do sono, além da aplicação de questionários sobre risco de quedas, uma vez que esta variável pode estar associada com uma performance funcional deficiente em função da má qualidade de sono.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os idosos do presente estudo apresentaram qualidade do sono ruim, sonolência diurna normal e qualidade de vida

considerada boa. Apesar de não apresentar associação entre presença de distúrbio do sono e sonolência diurna com a presença de

doença crônica e IMC alterado, alterações da qualidade do sono podem favorecer o desenvolvimento de doenças crônicas e ganho de peso e pior qualidade de vida. Isto torna evidente a necessidade de um olhar atento e avaliação integral por parte dos profissionais da saúde sobre a saúde da população ido-

sa no que diz respeito a qualidade de sono, visando o aprofundamento de estratégias e práticas, como higiene do sono e prática de atividade física, que possam ser aplicadas a esta população, propiciando assim um envelhecimento que seja cada vez mais acompanhado de saúde e qualidade de vida.

Declaração do autor CREdiT

Conceitualização: Nascimento, CP; Carrasco, AC; Novak, VC. Metodologia: Nascimento, CP; Carrasco, AC. Validação: Nascimento, CP; Carrasco, AC; Novak, VC. Análise Estatística: Nascimento, CP; Carrasco, AC. Análise Formal: Nascimento, CP; Bim, CR. Investigação: Nascimento, CP; Novak, VC. Recursos: Nascimento, CP; Carrasco, AC; Bim, CR. Preparação Do Rascunho Original: Nascimento, CP. Revisão e Edição: Nascimento, CP; Carrasco, AC; Novak, VC. Visualização: Nascimento, CP; Novak, VC. Supervisão: Carrasco, AC; Bim, CR; Novak, VC. Administração do Projeto: Nascimento, CP; Novak, VC.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Herdy JS. Envelhecimento: aposentadoria e velhice – fases da vida. GIGAPP-EWP [Internet]. 2020. [acessado em 19 de janeiro de 2020]; 7(150-165):242-60. Disponível em: <https://www.gigapp.org/ewp/index.php/GIGAPP-EWP/article/view/184>
2. Fechine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. InterSciencePlace [Internet]. 2012 [acessado em 19 de janeiro de 2020];1(20):106-132. Disponível em: <https://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica—es-fisio—gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>
3. Organização da Nações Unidas. World population ageing 2019 [Internet]. 2020 [Acessado em 26 de janeiro de 2020]. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
4. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. 2005 [Acessado em 26 de janeiro de 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
5. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde [Internet]. 2015 [Acessado em 26 de janeiro de 2020]. Disponível em: <https://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
6. Lessa RT, Fonseca LANS, Silva VL, De Mesquita FBM, Da Costa AJR, De Souza DJM, et al. A privação do sono e suas implicações na saúde humana: uma revisão sistemática da literatura. Rev Eletr Acervo Saúde [Internet]. 2020 [Acessado em 26 de janeiro de 2020];(56):e3846. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3846>
7. Didikoglu A, Maharani A, Tampubolon G, Canal MM, Payton A, Pendleton N. Longitudinal sleep efficiency in the elderly and its association with health. J Sleep Res [Internet]. 2020 [Acessado em 16 junho de 2021];29(3):e12898. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jsr.12898>
8. Geib LTC, Cataldo Neto A, Wainberg R, Nunes ML. Sono e envelhecimento. Rev Psiquiatr do Rio Gd Sul. [Internet]. 2003 [Acessado em 16 junho de 2021];25(3):453–65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000300007>
9. Quinhones MS, Gomes M da M. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. Rev Bras Neurol. [Internet]. 2011 [Acessado em 16 junho de 2021];47(1):31–42. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2011/v47n1/a2021.pdf>
10. Munita P. Calidad de vida y vejez. Quality. 1994;2001(26):582–4.
11. World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine [Internet] 1995 [Acessado em 21 de fevereiro de 2024]; 41(10):1403-1409. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
12. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Cristine I, Emília M, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. Sleep Med [Internet] 2011 [Acessado em 5 de junho de 2020];12(1):70–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>
13. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Pedro VD, Saldanha S, Barreto M, et al. Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. J Bras Pneumol [Internet] 2009 [Acessado em 5 de junho de 2020];35(9):877–83. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000900009>
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Santos L, Fleck MPA, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. Rev Saude Publica [Internet] 2000 [Acessado em 5 de junho de 2020];34(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910200000200012>
15. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. Rev Saude Publica [Internet] 2014 [Acessado em 5 de junho de 2020];48(3):390-397. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004912>
16. Organização Mundial da Saúde. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization Technical Report Series. [Internet] 1995 [Acessado em 5 de junho de 2020]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/42465>

who.int/handle/10665/37003

17. Rumsey, DJ. How to interpret a correlation coefficient r . *Statistics for Dummies*, 2016.
18. Magalhães ACR, Duarte D de F, Batista E dos S, Santos AM da S, Souza JA de, Fernandes VLS, et al. Avaliação da sonolência diurna e qualidade do sono em idosos e sua relação com a qualidade de vida. *Rev Educ Saúde* [Internet] 2017 [Acessado em 20 maio de 2023];5(2):94-104. Disponível em: oai.ojs.revistas.unievangelica.edu.br/article/2652
19. Altena E, Baglioni C, Espie CA, Ellis J, Gavriloff D, Holzinger B, et al. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *J Sleep Res* [Internet] 2020 [Acessado em 20 de maio de 2023];29(4):e13052. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jsr.13052>
20. Tatineny P, Shafiq F, Gohar A, Bhat A. Science of Medicine sleep in the elderly. *Mo Med* [Internet] 2020 [Acessado em 20 de março de 2023];117(5):490-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33311760/>
21. Nóbrega PV de N. Participação dos componentes homeostático e circadiano do sono no desempenho funcional em idosos institucionalizados. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2017. Tese de Doutorado em programa de Pós-Graduação em Psicobiologia.
22. Lima CA, Soares WJ de S, Bilton TL, Dias RC, Ferrioli E, Perracini MR. Correlates of excessive daytime sleepiness in community-dwelling older adults: an exploratory study. *Rev Bras Epidemiol* [Internet] 2015 [Acessado em 20 de março de 2023];18(3):607-617. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500030007>
23. Alves HB, Alves HB, Melo PYB de. A qualidade do sono em idosos ativos. *Saúde Coletiva* [Internet] 2020 [Acessado em 20 de março de 2020];10(58):3875-84. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i58p3875-3884>
24. Moreno Reyes P, Muñoz Gutiérrez C, Pizarro Mena R, Jiménez Torres S. Effects of physical exercise on sleep quality, insomnia, and daytime sleepiness in the elderly. A literature review. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet] 2020 [Acessado em 15 de agosto de 2023];55(1):42-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31610889/>
25. Alves HB, Alves HB, Vasconcelos KP, Silva CTL, Silva MN de S, Patrício DF, et al. Alterações da qualidade do sono em idosos e sua relação com doenças crônicas. *Braz J Health Rev* [Internet] 2020 [Acessado em 15 de agosto de 2023];3(3):5030-42. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-085>
26. Santos RR dos, Bicalho MAC, Mota P, Oliveira DR de, Moraes EN de. Obesidade em idosos. *Rev Med Minas Gerais* [Internet] 2013 [Acessado em 15 de agosto de 2023];23(1):64-73. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20130011>
27. Pena VV, Reitter S, Oliveira RA De. Comportamento sedentário e sono associados com o excesso de peso em pessoas idosas. *Arq Cien Esp*. 2019;7(3):135-9.
28. da Silva TG, Isidório U de A, Melo MLV, Silva JBNF, Assis EV. Associação da qualidade do sono com antropometria e parâmetros cardíacos em idosos. *RBONE* [Internet] 2020 [Acessado em 15 de agosto de 2023];13(82):881-7. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1082>
29. Mander BA, Winer JR, Walker MP. Sleep and human aging. *Neuron* [Internet] 2017 [Acessado em 15 de agosto de 2023];94(1):19-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.02.004>
30. Uchmanowicz I, Markiewicz K, Uchmanowicz B, Kołtuniuk A, Rosińczuk J. The relationship between sleep disturbances and quality of life in elderly patients with hypertension. *Clin Interv Aging* [Internet] 2019 [Acessado em: 15 de agosto de 2023];14:155-65. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30697040/>

Recebido: 03 novembro 2023.

Aceito: 04 abril 2024.

Publicado: 12 abril 2024.