

Avaliação da sonolência diurna e qualidade do sono em idosos e sua relação com a qualidade de vida

Evaluation of daytime sleepiness and sleep quality in the elderly and its relation with quality of life

Anna Carolina Rocha Magalhães¹, Débora de Freitas Duarte¹, Elaine dos Santos Batista¹, Juliana Aparecida de Souza¹, Viviane Lemos Silva Fernandes¹, Andreia Moreira da Silva Santos¹, Fabiane Alves de Carvalho Ribeiro^{*1}.

1. Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA, Anápolis – GO – Brasil.

Resumo

Objetivo: Avaliar a sonolência diurna e a qualidade do sono em idosos e sua influência na qualidade de vida. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, transversal e descritiva. Para avaliação da sonolência diurna foi utilizada a Escala de Sonolência de Epworth (ESE), para avaliação da qualidade do sono, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), e para avaliação da qualidade de vida o WHOQOL-BREF. Para análise e interpretação dos resultados os idosos foram divididos em grupos de acordo com a classificação da ESE e do IQSP. **Resultados:** Foram avaliados 128 idosos. Ao analisar a ESE, 24,2% dos idosos apresentaram uma pontuação igual ou maior a 11 pontos, o que indica Sonolência Diurna Excessiva (SDE). Quando avaliado a qualidade do sono, 69,6% dos idosos apresentaram pontuação superior a 5 no IQSP, o que indica sono ruim ou de má qualidade. Ao comparar através da ESE o grupo de idosos que não apresentaram SDE, com os idosos classificados com SDE, observou-se diferença significativa no domínio psicológico do WHOQOL-BREF, já ao comparar os idosos através do IQSP, houve diferença significativa para os domínios físico e ambiental. **Conclusão:** A ocorrência de sonolência diurna excessiva e a má qualidade do sono podem provocar impacto na qualidade de vida.

Abstract

Objective: To evaluate daytime sleepiness and sleep quality in the elderly and their influence on quality of life. **Methods:** Quantitative, cross-sectional and descriptive research. For the evaluation of daytime sleepiness was used the Epworth Sleepiness Scale (ESS), to evaluate sleep quality, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), and to assess the quality of life of the WHOQOL-BREF. For analysis and interpretation of the results, the elderly was divided into groups according to the classification of ESS and PSQI. **Results:** A total of 128 elderly patients were evaluated. When analyzing ESS, 24.2% of the elderly had a score equal to or greater than 11 points, which indicates Excessive Day Drowsiness (EDD). When the quality of sleep was evaluated, 69.6% of the elderly had a score higher than 5 in the PSQI, which indicates poor quality sleep. When comparing from the ESS, the group of elderly people who did not present EDD with the elderly classified with EDD, a significant difference was observed in the psychological domain of the WHOQOL-BREF, when comparing the elderly with PSQI, there was a significant difference for the physical and environmental domains. **Conclusion:** The occurrence of excessive daytime sleepiness and poor sleep quality can have an impact on quality of life.

Palavras-chave:

Sono. Qualidade de Vida. Saúde do Idoso.

Keyword:

Sleep. Quality of Life. Health of the Elderly.

*Correspondência para/ Correspondence to: fabiacarvalho@globo.com

Av. Universitária, Km. 3,5 – Cidade Universitária, Anápolis – GO – Brasil, 75083-515.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população está ocorrendo em todas as regiões do mundo, em países com vários níveis de desenvolvimento. Está progredindo mais rapidamente nos países em desenvolvimento, inclusive naqueles que também apresentam uma grande população jovem. Dos atuais 15 países com mais de 10 milhões de idosos, 7 são países em desenvolvimento. E esse envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI. Apresenta implicações importantes e de longo alcance para todos os domínios da sociedade.¹

O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento. O aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhoras na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar econômico.¹

Atualmente, o Brasil se encontra em avançado estágio de transição tanto para mortalidade quanto para fertilidade, o que permite prever de maneira confiável a distribuição etária e o tamanho da população nas próximas quatro décadas. Enquanto a população de idosos com idade acima dos 65 anos aumentará em velocidade acelerada (2 a 4% ao ano), a população jovem diminuirá. De acordo com projeções das Nações Unidas, a população idosa aumentará de 3,1% em 1970 para 19% em 2050.²

O processo de envelhecimento normal ou usual ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afetam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade, que vivem em casa e 70% dos institucionalizados, com impacto negativo na sua qualidade de vida.³

Essas modificações no padrão de sono e repouso alteram o balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, sistema imunológico, desempenho, resposta comportamental, humor e habilidade de adaptação. Os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice podem ser agrupados nas seguintes categorias: 1) dor ou

desconforto físico; 2) fatores ambientais; 3) desconfortos emocionais e 4) alterações no padrão do sono.³

Um grande número de idosos apresenta alterações na qualidade do sono, principalmente as dificuldades em conciliar o sono, sono entrecortado ou fragmentado, sono muito superficial. Nos idosos, o próprio ritmo circadiano sofre alterações e não são raros os casos que o idoso fica acordado a noite e sonolento de dia.⁴

Pesquisa recente mostrou que pessoas adultas, quando socialmente isoladas, relatavam sono de má qualidade e sonolência diurna aumentada. Diante de resultados sugestivos de que a qualidade subjetiva do sono dos indivíduos destaca-se que a privação quantitativa e qualitativa do sono gera saúde deficitária. Outro estudo verificou que os distúrbios do sono constituem mediadores na associação entre falta de suporte social e a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, em idosos. Essa mediação poderia ser devido ao papel estressor da má qualidade do suporte social, que despertaria respostas cognitivas e emocionais, levando a estimulação fisiológica excessiva e, conseqüentemente, distúrbios do sono.⁵

As perturbações do sono podem provocar mudanças expressivas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida.⁶

Estudos comprovam que os idosos ativos são menos propícios a dificuldades para dormir que acarretam em estresses e qualidade de vida inadequada. Há também evidências de que a qualidade de sono ruim está associada, entre outras coisas, com problemas em relacionamentos sociais, dificuldade em lidar com problemas, distúrbios de sono e estados psicológicos como: depressão, ansiedade, tensão e medo.⁷

Segundo Souza et al.⁸, a sonolência excessiva diurna (SED) é um dos sintomas mais comuns em pessoas idosas e a ocorrência de sonolência diurna excessiva caracteriza-se pelo aumento da

necessidade de cochilar durante o dia, momentos em que o indivíduo deveria estar alerta e ativo. Desta forma, a presente pesquisa teve por objetivo avaliar a sonolência diurna e a qualidade do sono em idosos e sua influência na qualidade de vida em participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade (UniATI).

MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e descritiva, realizada no Centro Universitário de Anápolis – UNIEVANGÉLICA com os idosos participantes de um programa da Universidade Aberta da Terceira Idade (UniATI).

A população da UniATI corresponde a 190 idosos. Para o cálculo amostral, considerou-se a incidência de distúrbios do sono em idosos de 50% em adultos com 65 anos ou mais. Estimou-se uma amostra de 128 idosos. Foram incluídos no estudo idosos que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); com idade igual ou superior a 65 anos, participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade – UniATI.

Foram aplicadas as escalas de Sonolência de Epworth (ESE) e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) como métodos de instrumentos de medidas subjetivas e para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o instrumento WHOQOL-BREF. A escala de sonolência de Epworth analisa a ocorrência de sonolência diurna. Ela cobre todas as variedades de propensões ao sono, da maior a menor, us por uma hora sem parar; deitando-se à tarde para descansar quando as circunstâncias permitem; sentado e conversando com alguém; sentado calmamente após o almoço sem ter tomado bebida alcoólica; parado na direção de um carro, por alguns minutos, em trânsito intenso (congestionado). A distinção é feita entre adormecer e se com oito questões de situações cotidianas, a saber: sentado e lendo; vendo televisão; sentado em lugares públicos (como sala de aula e igreja); andando de trem, carro ou ônibus ou sentir-se simplesmente cansado. A pessoa deve fornecer uma nota de zero a três, quantificando sua tendência compreende em: adormecer em nenhuma

chance = 0; pequena = 1; moderada = 2; alta chance de cochilar = 3.¹⁰

Foi considerado com Sonolência Excessiva Diurna (SDE) quem obtiver o total de 11 ou mais pontos na soma das oito situações descritas. Se o sujeito não esteve recentemente nessas situações, ele é questionado a estimar o quanto elas poderiam ter lhe afetado. Os seus escores foram correlacionados significativamente, com a latência do sono durante o dia e à noite verificada através da polissonografia (PSG).¹⁰

O questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP) analisa a qualidade do sono em relação ao último mês. O IQSP foi desenvolvido com o objetivo de fornecer uma medida de qualidade de sono padronizada, fácil de ser respondida e interpretada, que discriminasse os pacientes entre “bons dormidores” e “maus dormidores” e, além disso, que fosse clinicamente útil na avaliação de vários transtornos do sono que pudessem afetar a qualidade do sono.¹¹

É composto por sete componentes (qualidade do sono, latência, duração, eficiência, distúrbios do sono noturno, uso de medicamentos para dormir e sonolência diurna), cada qual pontuado de zero a três, cuja soma resulta em um escore global que pode variar de zero a 21 pontos. Os valores mais elevados indicam sono de pior qualidade e escores acima de cinco sugerem sono de má qualidade. Outras questões, não computadas no escore final, complementam a avaliação do padrão de sono: horário de deitar e despertar, hábito de cochilar ou fazer a sesta.¹¹

E para analisar a qualidade de vida na percepção do indivíduo em questão multidimensional foi utilizado o questionário WHOQOL BREF o instrumento consta 26 questões, onde duas são questões 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, prender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência), relações sociais (relação pessoais, atividade sexual e apoio social) e meio ambientes (segurança física e proteção,

ambiente no lar, recursos financeiros, poluição, ruído, trânsito, clima, transporte e oportunidades de lazer). Cada questão do instrumento WHOQOL- bref, têm uma valoração que varia de 1 a 5, aumentando ou diminuindo o grau de satisfação do indivíduo em relação a cada pergunta dos domínios citados acima. Esses indicativos de 1 a 5, na sintaxe do instrumento para tabulação será transformada em porcentagem, que vai variar de 0 a 100%, e quanto mais alto seu escore, melhor é a Qualidade de Vida.¹²

Os quatro domínios e as questões que correspondem a cada domínio são: Domínio 1– Físico: dor e desconforto (questão 3), dependência de medicação ou tratamento (questão 4), energia e fadiga (questão 10), sono e repouso (questão 16), mobilidade (questão 15), atividade da vida cotidiana (questão 17), capacidade para o trabalho (questão 18). Domínio 2– Psicológico: sentimentos positivos (questão 5), crenças pessoais/espiritualidade (questão 6), memória e concentração (questão 7), imagem corporal e aparência (questão 11), autoestima (questão 19), sentimentos negativos (questão 26). Domínio 3– Relações Sociais: relações pessoais (questão 20), atividade sexual (questão 21), suporte social (questão 22). Domínio 4 – Meio ambiente: segurança física e proteção (questão 8), ambiente no lar (questão 23), recursos financeiros (questão 12), cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (questão 24), oportunidade de adquirir novas informações, habilidade (questão 13), participação e oportunidades de recreação/lazer (questão 14), ambiente físico (questão 9), transporte (questão 25).¹²

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de

Anápolis – CEP UniEVANGÉLICA e recebeu o parecer de aprovação número 1.519.725.

Os dados foram expressos em média, desvio padrão, frequência, porcentagem e gráficos. Para verificar a anormalidades dos dados foi utilizado o teste de Kolmorov – Smirnov. Para comparar a qualidade de vida de acordo com a classificação IQSP foi utilizado o teste Kuskal-Wallis com post hoc de Dun. O teste de Mann-Whitney comparou os scores de qualidade de vida de acordo com a escala de ESE. O valor de p considerado foi $< 0,05$. Os dados foram digitados em planilhas do Excel e analisados no software *Statistical Package Social Science* (SPSS).

RESULTADOS

Foram avaliados 128 idosos, com média de idade de $69,1 \pm 4,99$ anos, sendo 17% (22) do sexo masculino e 83% (105) do sexo feminino. Ao avaliar a ESE, 24,2% (32) dos idosos apresentaram uma pontuação igual ou maior a 11 pontos, o que indica Sonolência Diurna Excessiva (SDE). Quando avaliado a qualidade do sono no IQSP 69,6% (89) dos idosos apresentaram pontuação superior a 5, o que indica sono ruim ou de má qualidade. Na análise de QV através do WHOQOL – BREF observou-se uma média de 73,5 pontos no domínio físico; 80,1 pontos no domínio psicológico; 66,4 pontos no domínio social; 65,1 no domínio ambiente e 69,7 na qualidade de vida evidenciada na Tabela 1.

Ao comparar através da ESE o grupo de idosos (G1 n=96) que não apresentaram SDE, com os idosos (G2 n=32) que apresentaram SDE, observou-se diferença significativa no domínio psicológico (G1 = 79,2 e G2 = 70,8; $p = 0,04$) do WHOQOL-BREF, entre os idosos com SDE, conforme os dados expostos na Tabela 2 e Figura 1.

Tabela 1 - Características dos 128 idosos incluídos no estudo.

		n = 128		
Idade		69,1	± 4,99	
Sexo[#]				
	Masculino	22	17	
	Feminino	105	83	
ESE[#]				
	Abaixo de 11	96	72,7	
	Igual ou Maior a 11	32	24,2	
IQSP[#]				
	0-4 - Boa	39	30,5	
	5-10 - Ruim	71	55,5	
	≥10 - Distúrbio	18	14,1	
QV[‡]		Média	Mínimo	Máximo
	Dom Físico	73,5 ±15,9	17,9	100
	Dom Psicológico	80,1 ±75,9	25	91,7
	Dom. Social	66,4 ±19,5	25	100
	Dom. Ambiente	65,1 ±14,3	15,6	100
	QV	69,7 ±12,2	23	92,3

Legenda: ESE= Escala de Sonolência de Epworth; IQSP= Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh; QV= Qualidade de Vida; Valores expressos em forma de média e desvio padrão. [#] Valores expressos em forma de frequência relativa e absoluta. [‡]Valores expressos em médio, desvio padrão, mínimo e máximo.

Tabela 2 - Comparação dos idosos de acordo com a classificação no ESE e os domínios do WHOQOL-BREF.

	ESE		p
	Abaixo de 11	Igual ou Maior a 11	
WHOQOL-BREF	G1 n = 96	G2 n = 32	
Dom Físico	75 (17,9-100)	71,4 (42,9-100)	0,48
Dom Psicológico	79,2 (25-95,8)	70,8 (29,2-95,8)	0,04
Dom Social	66,7 (33,3-100)	66,7 (25-100)	0,51
Dom Ambiente	65,6 (15,6-93,8)	65,6 (15,6-100)	0,95
QV	69,9 (23-92,3)	68,3 (40,7-86,3)	0,24

Legenda: ESE= Escala de Sonolência de Epworth; G1= Grupo 1; G2= Grupo 2; p= ponto de Significância; Dados expressos: Med (Min-Máx). Teste de Mann-Whitney.

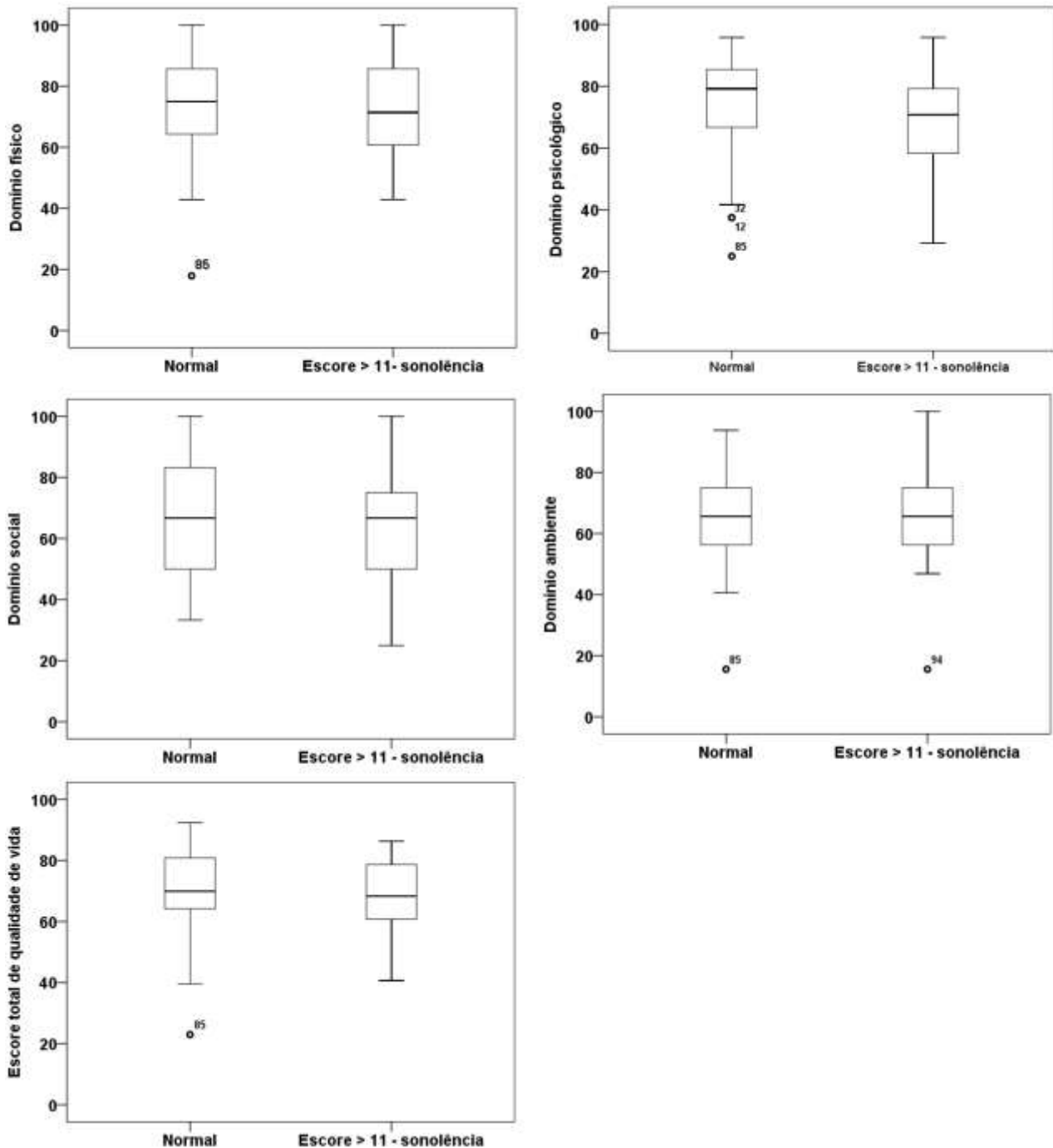


Figura 1 - Box plot indica a diferença nos domínios de qualidade de vida e o escore total entre idosos com escore < 11 e idosos com escore > 11 na escala de sonolência.

Ao comparar os idosos segundo a escala de IQPS houve diferença significativa no WHOQOL-BREF, para os domínios, físico ($p=0,04$) e ambiental ($p=0,02$). No domínio físico houve diferença

entre o domínio bom (0-4) e distúrbio (> 10) ($p=0,03$), no domínio ambiental houve diferença entre o domínio bom (0-4) e ruim (5-10) ($p=0,02$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação dos idosos de acordo com a classificação no IQSP e os domínios do WHOQOL-BREF.

	IQSP			p
	0 - 4 (G1) n = 39	5 - 10 (G2) n = 71	> 10 (G3) n = 18	
WHOQOL-BREF				
Dom Físico	78,6 (17,9-100)	75 (42,9-96,4)	67,9 (42,9-82,1)	0,04
Dom Psicológico	83,3 (25-95,8)	75 (29,2-95,8)	70,8 (37,5-95,8)	0,18
Dom Social	66,7 (33,3-100)	75 (25-100)	62,5 (33,3-100)	0,05
Dom Ambiente	71,9 (15,6-93,8)	62,5 (15,6-100)	62,5 (40,6-81,3)	0,02
QV	70,9 (23-91,7)	69 (40,7-92,3)	65,1(43,3-85,6)	0,15

Legenda: IQSP= Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg; G1= Grupo 1; G2= Grupo 2; G3= Grupo 3; p= ponto de Significância Dados expressos: Med (min-máx). Teste Kuskal-Wallis com post hoc de Dun.

Quanto ao uso de medicação foi observado que 12% dos idosos faziam uso de Ansiolíticos e Antidepressivos e 4% de Antipsicóticos (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos medicamentos utilizados pelos idosos.

Grupos de medicamentos	Fármacos	n (%)
Anti-hipertensivos	Atenolol; Losartana; Somalium; Higroton; Hidrion; Lotar; Carvedilol; Clortalidona; Selozok; Amioron; Propanolol; Tenadren; Zart H; Hidroclorotiazida; Captopril; Renitec; Nebilet; Aradois; Indapamida; Enalapril; Diovan; Besilato.	47 (39,17)
Anti-inflamatórios	Dorflex; Bup; Atorvastatina; Vitamina B12; Somalgin; Dipirona; Fenaflan.	8 (6,67)
Ansiolíticos e Antidepressivos	Assert; Somalium; Zoloft; Alprazolam; Bromazepam; Diazepam; Fluoxetina; Citalopram; Maracugina; Cinarizina; Rivotril.	12 (10,00)
Diabetes	Insulina; Diamicron	3 (2,5)
Hipotireoidismo	Puran; Levoid; Euthyrox.	19 (15,84)
Osteoporose	Vitamina D; Calcium-d3; Ômega 3.	5 (4,18)
Artrose	Artrolive.	1 (0,83)
Gastrointestinal	Omeprazol; Pletil; Metformina.	9 (7,5)
Colesterol	Sinvastatina; Plenance.	4 (3,33)
Varizes	Venalot; Ginkgo Biloba.	2 (1,67)

Continua

Antipsicóticos	Olanzapina; Hidantal; Melleril; Carbolitium.	4 (3,33)
Redução de peso	Ciprofibrato	1 (0,83)
Labirintite	Labirin	1 (0,83)
Problemas Coronários	Sustrate	1 (0,83)
Remédio para memória	Gammar	1 (0,83)
Trombose venosa profunda	Marevan	1 (0,83)
Deficiência Estrogênica	Natifa	1 (0,83)

DISCUSSÃO

O sono é resultado do sistema circadiano e do processo homeostático, o primeiro promove e mantém vigília durante o dia, gerando um sinal de alerta com variações de intensidade. Já o processo homeostático ocorre devido ao acúmulo de sono, resultante da duração da vigília e da quantidade e qualidade do sono.¹³ Dessa forma, a magnitude da sonolência será determinada pela combinação do sistema circadiano e do processo homeostático. A sonolência é uma função fisiológica caracterizada pela redução da habilidade de manter a vigília, aumento da propensão ao sono e probabilidade de adormecer.¹³ Já a sonolência excessiva, refere-se a uma propensão aumentada ao sono com compulsão para dormir, tirar cochilos involuntários e ataques de sono em horários e locais inapropriados.¹⁴

A compreensão de qualidade de vida na velhice está atrelada ao significado de velhice dada pelos idosos onde devem ser consideradas as referências às mudanças do corpo e as imagens desse corpo, os contrastes sociais e culturais que caracterizam o curso de vida, se o passado foi marcado pela busca de sobrevivência, pelo trabalho com poucas garantias ou não, e se hoje na velhice, sobrevivem com a ajuda de familiares ou são independentes.¹⁵

Neste estudo encontrou-se uma ocorrência de sonolência diurna em 24% dos idosos. O estudo de Lopes¹⁶, que teve por objetivo determinar a prevalência de sonolência excessiva diurna (SED)

em idosos, avaliou uma amostra de 168 participantes e encontrou dados semelhantes a esta pesquisa, com uma frequência de 31,5% de idosos com sonolência diurna. Da mesma forma Hara et al.¹⁷ verificaram que 13% dos idosos da cidade de Bambuí-MG apresentavam SED. O padrão normal do sono muda com o avançar da idade, mudanças sociais e fisiológicas do envelhecimento contribuem para tal fato, mudança do padrão social, dos padrões familiares, diminuição dos ciclos de amizades, inatividade física e profissional favorecem maior sonolência diurna e conseqüentemente, redução do sono noturno.¹⁸

Ao avaliar a qualidade do sono no IQSP, 69,6% dos idosos apresentaram pontuação superior a 5, o que indica sono ruim ou de má qualidade. Similarmente o estudo de Silva et al.¹⁹, que buscou avaliar a qualidade do sono de idosos não institucionalizados de Teresina (PI) e identificar problemas relacionados ao sono, com uma amostra de 65 idosos observou que 63% possuíam má qualidade de sono. Monteiro²⁰ ao descrever a qualidade do sono em 160 idosos observou uma ocorrência de 69,4% de idosos com sono de má qualidade.

Araújo e Ceolim²¹ relatam que as queixas sobre o sono se mostraram relacionadas à presença não só de doenças, mas também de incapacidades, o que poderia indicar, de modo indireto, um grau de dependência elevado. Gooneratne et al.²² relataram que, além disso, a dependência associa-se frequentemente à inatividade física e mental durante a vigília, mesmo entre idosos

residentes na comunidade, e com mais evidência entre os institucionalizados. Portanto, a inatividade pode contribuir para a fragmentação, ou seja, redução da eficiência do sono e limitação funcional. Outros problemas relacionados ao sono de má qualidade incluem a dificuldade em manter um bom relacionamento familiar e social, o aumento da incidência de dor, a tendência a má avaliação da própria saúde, a capacidade reduzida para realizar as tarefas diárias e o aumento da utilização de serviços de saúde.²¹

Ao comparar através da ESE o grupo de idosos que não apresentaram SDE, com os idosos que apresentaram SDE, observou-se diferença significativa no domínio psicológico do WHOQOL-BREF, já ao analisar o IQPS, houve diferença significativa para os domínios físico e ambiental. Braga et al.²³, tiveram como objetivo avaliar a Qualidade de Vida (QV) de idosos residentes do município de Juiz de Fora/MG, tendo como referência os diferentes domínios do WHOQOL-BREF com uma amostra de 133 idosos (77,3%) acima de 60 anos onde o domínio psicológico apresentou relevância estatística e nível de satisfação de 51,3%.

O estudo de Pereira et al.²⁴, investigaram a contribuição de cada domínio da qualidade de vida (físico, social, psicológico e ambiental) na qualidade de vida global e em que extensão esses domínios explicam a qualidade de vida global de idosos residentes no município de Teixeira, na Região Sudeste do Brasil com uma amostra de 211, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, onde observou que o domínio que mais contribui na qualidade de vida global é o físico (28,2%), seguido do ambiental (6,2%) e do psicológico (1,3%). Esses resultados sugerem que os aspectos psicológicos (sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religião e crenças pessoais) são importantes preditores da QV global e percepção de saúde.²⁴

Da mesma maneira, outro fator importante para a promoção de uma percepção de saúde positiva entre as idosas é o domínio Psicológico, que se mostrou fortemente associado à percepção de

saúde das idosas avaliadas. Deste modo, a participação em atividades na Universidade Aberta da Terceira Idade - UniATI é capaz de oferecer às idosas um trabalho com profissionais qualificados e interessados em ajudá-las em diferentes aspectos, desde saúde até relações interpessoais, o que contribui para a formação de novos círculos de convivência, para uma melhor autoestima e sentimentos positivos, podendo assim explicar a forte associação desse domínio com a percepção de saúde em idosas, o que é confirmado por outros estudos²⁵⁻²⁷, indicando sua importância frente à promoção de QV de idosas.

O uso de ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, estiveram presentes entre os idosos avaliados. Souza et al.²⁸ teve como objetivo estimar a prevalência e a associação da SED com o uso de hipnóticos e meios alternativos para dormir melhor em um estudo com amostra de 148 idosos, 76% dos entrevistados declararam não ter usado hipnóticos no último mês, enquanto os restantes se distribuíram, principalmente, entre uso com frequência inferior a uma vez por semana ou três ou mais vezes por semana. Entre os que utilizaram remédio para dormir, no último mês, 97,5% o fizeram mediante indicação médica.

Araújo e Ceolim²⁹, ao avaliarem a qualidade do sono de idosos residentes em quatro instituições de longa permanência com uma amostra de 38 idosos observou quanto ao uso de medicação para dormir, prescrita ou não pelo médico, 13,2% dos idosos informaram que utilizavam esses medicamentos três vezes por semana ou mais. A utilização deste tipo de medicação pode prejudicar, no idoso, aspectos psicomotores como a marcha, além dos cognitivos, havendo a recomendação de uma terapêutica individualizada, em períodos curtos, associada às técnicas de higiene do sono¹¹ A prescrição desses medicamentos deve ser precisa, de curta duração, levando-se em conta os seus efeitos benéficos e colaterais, a etiologia do transtorno de sono presente e, em essencial, a idade do paciente.

Conclui-se que a ocorrência de sonolência diurna excessiva e a má qualidade do sono,

caracterizadas pelo aumento da necessidade de cochilar durante o dia, nos momentos em que o idoso deveria estar alerta e ativo, provoca impacto negativo na qualidade de vida. Medidas de higiene do sono e orientações a esta população são fundamentais para uma melhor qualidade de vida.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

Forma de citar este artigo: Magalhães ACR, Duarte DF, Batista ES, Souza JA, Fernandes VLS, Santos AMS, Ribeiro, FAC. Avaliação da sonolência diurna e qualidade do sono em idosos e sua relação com a qualidade de vida. Rev. Educ. Saúde 2017; 5 (2): 94-104.

REFERÊNCIAS

- Heller E. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e HelpAge International, 2012.
- Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. Einstein. 2008; 6 (Supl 1):S4-S6.
- Geib LTC, Neto AC, Wainberg R, Nunes ML. Sono e envelhecimento. R. Psiquiatr. RS, 25(3):453-465, 2003.
- Ballone GJ, Moura EC. *Transtornos do Sono em Idosos*, PsiqWeb, internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2004.
- Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico fragilidade em idosos Brasileiros. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 19(4),2011.
- Duailibi K. Depressão. Opyright Moreira Jr. Editora. RBM 13, 70 (12): 6-13.
- Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado mental de idosos. Revista de Saúde Pública. 42(2), 2008.
- Souza JC, Magna LA, Paula TH. Sonolência excessiva diurna e uso de hipnóticos em idosos. Rev. Psiq. Clín. 30 . Psiq. Clín. . Psiq. Clín. 30 (3):80-85, 2003.
- Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 3. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2009.
- Silveira C. Avaliação do Sono e sua Relação com Sintomas em Pacientes do Sexo Feminino com Transtornos Psiquiátricos. Orients. Ellis Dárrigo Busnello, Maria Paz Loayza Hidalgo – Porto Alegre – UFRGS: 2004.
- Araújo CLO, Ceolim MF. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. Rev. esc. enferm. USP, 44 (3), 2010.
- Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):33-38, 2000.
- Mello TM, Santos RHE, Pires LNP. Sonolência e Acidentes. In: Tufik, S. et al. Medicina e Biologia do Sono. Barueri: Manole, 2008. P. 416 - 420.
- Andersen ML, Bittencourt LRA. Fisiologia do sono. In: Tufik, S. et al. Medicina e Biologia do Sono. Barueri: Manole, 2008. p. 48 - 58.
- Penna FB, Santo, FHE. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. Rev. Eletr. Enf. [online], 8(1):17-24, 2006.
- Lopes, JM. Prevalência de sonolência excessiva em idosos. Dissertação – Universidade Estadual da Paraíba, Pró- Reitoria de Pós Grduação e pesquisa, 2012.
- Hara C, Rocha FL, Castro ÉD, Fuzikawa C, Uchoa E, Lima-costa MF. Prevalence of excessive daytime sleepiness in Brazilian community-dwelling older adults with very low levels of schooling, and its association with sociodemographic characteristics and lifestyle: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). J Bras Psiquiatr, 2008;57(2):91-7.
- Motta LB, Sá RMB, Oliveira FJ. – Insônia: Prevalência e factores de Risco Relacionados em população de Idosos acompanhados em

ambulatório. Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia. 10(2), 2007.

19. Silva JMN, Costa ACM, Machado WW, Xavier, CL. Avaliação da qualidade de sono em idosos não institucionalizados Com Scientia e Saúde, 11(1): 29-36, 2012.

20. Monteiro, Natália Tonon; Ceolim, Maria Filomena. Qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 356-64.

21. Araújo CLO. Qualidade do sono em idosos residentes em instituição de longa permanência. [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2008.

22. Gooneratne NS, Weaver TE, Cater JR, Pack FM, Amer HM, Greenberg AS, et al. Functional outcomes of excessive daytime sleepiness in older adults. J Am Geriatr Soc. 2003;51(5):642-9.

23. Braga MCP, Casell, M.A; Campos, M.L.N; Paiva, S.V; Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: estudo com idosos residentes em juiz de fora/mg. Rev. APS; 2011; jan/mar; 14(1); 93-100.

24. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al., Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. 28 (1), 2006.

25. Spilker B. Quality of life assessments in clinical trials. New York: Raven Press; 1990.

26. Tamai SAB, Paschoal SMP, Lityoc J, Machado AN, Curiati PK, Prada LF, Jacob-Filho W. Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. Inst Ens Pesq Albert Einstein, 2011; 9(1):8-13.

27. McAuley E, Doerksen SE, Morris KS, Motl RW, Hu L, Wójcicki TR, White SM, Rosengren KR. Pathways from physical activity to quality of life in older women. Ann Behav Med 2008; 36(1):13-20.

28. Souza, J.C.; Magna, L.A.; Paula, T.H. Sonolência excessiva diurna e uso de hipnóticos

em idosos. Rev. Psiqu. Clín. 30 . Psiqu. Clín. . Psiqu. Clín. 30 (3):80-85, 2003.

29. Voyer P, Verreault R, Mengue PN, Morin CM. Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. Arch Gerontol Geriatr. 2006;42(1):1-20.