

Fatores que interferem no sono dos alunos idosos da Universidade da Maturidade (UMA), na cidade de Palmas (TO)

Factors that interferes with sleep in elderly students from Maturity's University in the city of Palmas (TO)

Núbia Kênia Carneiro Silva
Maria Liz Cunha de Oliveira

RESUMO: O processo de senescência ocasiona mudanças na quantidade e qualidade do sono; assim, a maioria dos idosos tem queixas relacionadas ao sono, decorrentes de mudanças fisiológicas específicas do processo de envelhecimento, que podem causar distúrbios relacionados ao sono. Objetiva-se verificar quais os fatores que interferem no sono dos idosos alunos da Universidade da Maturidade (UMA), na cidade de Palmas (TO). Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, e de natureza quantitativa. Para o levantamento dos dados, utilizaram-se os instrumentos: Questionário de caracterização socioeconômico, seguido da Escala de Sonolência de Epworth (ESE), e do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI). Os resultados da ESE revelaram que 75% do grupo masculino e 51,85% do feminino apresentaram sonolência diurna excessiva normal com escores <10. As respostas abertas do PSQI, em relação à hora de deitar, mostram que 43,75% dos homens deitavam entre 23 e 24 horas; no grupo das mulheres, 29,63% deitavam entre 21 e 22 horas; quanto ao tempo para dormir, 68,75% dos homens e 62,96% das mulheres demoravam \leq 15 minutos; em relação à hora de acordar, 75% dos homens e 37,04% das mulheres acordam entre 6 e 7 horas; em relação a quantas horas de sono dormiu por noite, 50% dos homens dormiram entre 7 e 8 horas por noite, e 51,85% das mulheres dormiram \geq 8 horas por noite. Já no PSQI global, 56,25% dos homens possuem uma boa qualidade do sono, enquanto 66,67% das mulheres apresentaram má qualidade do sono, apesar de terem uma maior eficiência relacionada ao

sono. Os resultados mostraram que os homens tiveram uma boa qualidade do sono e as mulheres tiveram uma má qualidade do sono.

Palavras-chave: Idoso; Sono; Distúrbios relacionados ao sono.

ABSTRACT: *The senescence's process entails changes in the amount and quality of sleep, therefore most elderly have sleep-related complaints arising from specific physiological changes due to the aging process which can cause sleep-related disorders. Purpose: to identify the factors which affect the sleep of elderlies, students from the Maturity's University. Method: this is a descriptive survey of cross-sectional and quantitative's nature, the following instruments were used for data collecting: socio-economic survey questionnaire followed by the Epworth Sleepness Scale (ESS) and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The ESS results revealed that 75% of the male group and 51.85% of the female group presented normal excessive daytime sleepness with <10 scores. Whilst the PSQI open answers related to the bed time revealed that 43.75% of men would lay at between 11 pm and 0 am, while 29.63% of women would lay at between 9 pm and 10 pm. In relation to the time to fall asleep, 68.75% of men and 62.96% of women took ≤ 15 minutes; in relation to the wake up time, 75% of men and 37.04% of women wake up at between 6 and 7 am; in relation to the sleep time, 50% of men slept between 7 and 8 hours a night and 51.85% of women slept ≥ 8 hours a night. Whilst the global PSQI revealed that 56.25% of men have a good sleep quality and that 66.67% of women presented bad sleep quality, although they have a bigger efficiency related to the sleep. The results showed that men had a good sleep quality and women had a bad sleep quality.*

Keywords: *Elderly; Sleep; Sleep disorders; Nursing.*

Introdução

O sono é algo tão natural aos indivíduos que ninguém reflete sobre a forma como se dorme e nem discute a qualidade do sono; dessa forma, com o passar dos anos acaba-se não percebendo as diversas transformações que ocorrem no sono ao longo do envelhecimento.

O sono sofre mudanças na sua arquitetura, que começam a ser observadas no início da idade adulta ou pouco depois (Ancoli-Israel, 2009).

Essas mudanças, por sua vez, costumam trazer diversas alterações fisiológicas e estruturais, tais como a diminuição global do tempo de sono noturno, implicando maior permanência de tempo na cama para alcançar a mesma quantidade de sono que os mais jovens. Os idosos deitam-se mais cedo, mas demoram mais tempo para adormecer, o que leva a um aumento da latência do adormecer (Bruce, E.N., Bruce, M.C., & Vennelaganti, 2009).

Pesquisas apontam a queixa dos idosos como sendo a hipersonia (excesso de sonolência) ou insônia, as quais frequentemente são secundárias a outras doenças (Baracat, Bortoletto, & Lima, 1995). Por outro lado, outros estudos nesta área demonstram que indivíduos idosos relatam gastar mais tempo na cama, apresentam mais despertares durante a noite, e há um aumento da queixa de insônia (Ancoli-Israel, Poceta, Stepnowsky, Martin, & Gehrman, 1997).

Estudiosos apontam que 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 (Campos, Tufik, & Baracat, 2005).

A sonolência diurna, fadiga, diminuição do estado vigil, e a redução da motivação e indisposição para participar de atividades sociais e recreativas são algumas causas que acontecem quando os padrões de sono dos idosos são interrompidos; esses fatores refletem diretamente no desempenho das atividades da vida diária, bem como no comportamento e bem-estar pessoal de cada indivíduo (Freire, *et al.*, 2014).

Quando uma pessoa passa uma noite em claro, para se reestabelecer o padrão habitual de sono, ocasionalmente, é necessário uma ou duas noites de sono para ocorrer a restauração do organismo; caso a dificuldade em dormir persista, a pessoa se sentirá menos capaz de lidar física e mentalmente em sua vida cotidiana (Vigeta, 2007).

A insônia é dividida em duas categorias: primária e secundária. A primeira pode envolver fatores intrínsecos e extrínsecos em sua etiologia, não sendo considerada como secundária à outra doença. Já a segunda ocorre quando a insônia é sintoma de uma doença médica ou psiquiátrica, ou outro distúrbio do sono, ou o abuso de substâncias. O termo “insônia comorbidade” foi promovido pela *National Institute of Health*, na conferência de desenvolvimento de consenso de 2004, para distinguir insônia primária de insônia secundária, devido a outros distúrbios do sono primário, distúrbios médicos e psiquiátricos, e insônia devido à medicação ou uso de drogas (Thorpy, 2012).

Portanto, a avaliação da qualidade do sono permite evidenciar a existência de distúrbios no padrão de sono e a frequência dessas possíveis alterações.

O objetivo desta pesquisa foi verificar os fatores que interferem no sono dos idosos participantes da Universidade da Maturidade (UMA), da Universidade Federal do Tocantins (UFT), no município de Palma (TO). O interesse pelo objeto pesquisado surgiu da necessidade de responder a indagações de idosos do convívio cotidiano e profissional. As dúvidas apresentadas pelos participantes diziam respeito aos aspectos do sono, e seus reflexos na saúde mental e física. O estudo foi desenvolvido com os participantes de um programa social denominado Universidade da Maturidade, cujos integrantes expressam percentual representativo dos idosos palmenses, identificando fatores de risco que interferem no sono desse grupo.

O objetivo dessa pesquisa foi verificar quais os fatores que interferem no sono dos idosos alunos da Universidade da Maturidade (UMA), com base nas escalas de Epworth e Pittsburgh.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, e de natureza quantitativa. Este tipo de estudo possibilita a aquisição de informações, com simplicidade, baixo custo e rapidez, já que os dados podem ser coletados em um curto período de tempo, sem haver necessidade de continuidade dos mesmos, o que estimula e facilita a adesão dos participantes (Pereira, 2005). Estudo realizado na Universidade da Maturidade (UMA), da Universidade Federal do Tocantins (UFT), situada na cidade de Palmas (TO). A amostra da pesquisa foi constituída por 43 indivíduos de ambos os gêneros: masculino e feminino, com idade igual ou maior que 60 anos, e que estavam matriculados na UMA no segundo semestre de 2013.

Trata-se de um método não randômico, pois os sujeitos da seleção foram indivíduos que estiveram dispostos a participar da pesquisa. Os sujeitos foram incluídos na pesquisa segundo os critérios: deveriam estar regularmente matriculados na UMA e que possuíssem idade acima de 60 anos. Os critérios de exclusão referiram-se aos alunos que tinham idade abaixo de 60 anos e indivíduos que não faziam parte da UMA.

Para a coleta de dados, foram utilizados 03 questionários: um questionário socioeconômico, contendo questões como: idade, sexo, cor, escolaridade, renda mensal, o qual foi aplicado no início da entrevista. Em seguida, foram aplicados a Escala de Sonolência de Epworth e o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh.

A escolha das duas escalas se deu devido ao fato de serem consideradas simples, de fácil entendimento e preenchimento rápido, além de serem formas de medidas subjetivas e de baixo custo. Assim, a Escala de Sonolência de Epworth (SDE) foi utilizada para avaliar tal ocorrência, pois a SDE se refere à possibilidade de o indivíduo cochilar em diversas situações cotidianas. O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), por sua vez, foi utilizado para fornecer informações quanto à gravidade e natureza do transtorno, ou seja, informações quantitativas e qualitativas sobre o sono.

O trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Brasília (UCB), CAAE: 15007713.5.0000.0029, tendo como situação parecer Aprovado, de acordo com a determinação da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; em seguida, deu-se início ao processo de coleta de dados.

Após a conclusão da coleta dos dados, teve início o processamento dos dados coletados através da digitação e processamento no programa Excel 2007 (Microsoft Office). Para análise descritiva, realizou-se o cálculo de frequências absolutas e relativas, dispostos em tabelas ilustrativas.

Resultados e discussão

Foram entrevistados ao todo 43 indivíduos sendo 16 (37,2%) homens e 27 (62,8%) mulheres, todos eles idosos e alunos da Universidade da Maturidade, que estavam regularmente matriculados no segundo semestre de 2013.

Características dos idosos da UMA que foram participantes do estudo, segundo faixa etária, estado civil, escolaridade e renda mensal estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos alunos da UMA

| | | Masculino | | Feminino | | Total | |
|----------------------|-----------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Faixa etária: | 60 a 69 anos | 10 | 62,5 | 21 | 77,78 | 31 | 72,09 |
| | 70 a 79 anos | 6 | 37,5 | 4 | 14,81 | 10 | 23,26 |
| | Acima de 80 anos | 0 | 0 | 2 | 7,41 | 2 | 4,65 |
| Estado civil: | Casado | 11 | 68,75 | 7 | 25,92 | 18 | 41,86 |
| | Viúvo | 1 | 6,25 | 10 | 37,04 | 11 | 25,58 |
| | Separado (divorciado) | 2 | 12,5 | 5 | 18,52 | 7 | 16,28 |
| | Solteiro | 2 | 12,5 | 5 | 18,52 | 7 | 16,28 |

| | | | | | | | |
|----------------------|--|---|-------|----|-------|----|-------|
| Escolaridade: | Não-alfabetizado | 2 | 12,5 | 1 | 3,70 | 3 | 6,98 |
| | Ensino Fundamental Incompleto | 4 | 25 | 10 | 37,04 | 14 | 32,56 |
| | Ensino Fundamental Completo | 3 | 18,75 | 3 | 11,11 | 6 | 13,95 |
| | Ensino Médio Incompleto | 0 | 0 | 2 | 7,41 | 2 | 4,65 |
| | Ensino Médio Completo | 5 | 31,25 | 7 | 25,93 | 12 | 27,91 |
| | Ensino Superior Incompleto | 0 | 0 | 2 | 7,41 | 2 | 4,65 |
| | Ensino Superior Completo | 2 | 12,5 | 2 | 7,41 | 4 | 9,30 |
| Renda mensal: | Menos de 1 (um) salário mínimo | 0 | 0 | 3 | 11,11 | 3 | 6,98 |
| | 1 (um) salário mínimo | 5 | 31,25 | 11 | 40,74 | 16 | 37,21 |
| | Entre 1 (um) e 2 (dois) salários mínimos | 6 | 37,5 | 8 | 29,63 | 14 | 32,56 |
| | Acima de 2 (dois) salários mínimos | 5 | 31,25 | 5 | 18,52 | 10 | 23,26 |

Ao analisar os dados segundo faixa etária e sexo, observa-se a prevalência de idosos na faixa de 60 a 69 anos para ambos os grupos, sendo que, destes, 10 (62,5%) dos indivíduos são de sexo masculino, e 21 (77,78%), do sexo feminino. Essa prevalência de idosos “mais jovens” talvez se explique pelo critério de inclusão da amostra por selecionar apenas alunos idosos, sendo que a UMA possui vários alunos com idade inferior a 60 anos. Isso se deve ao fato de os idosos de 60 a 69 anos terem mais competência física em relação a idosos acima de 70 anos (Ribeiro, *et al.*, 2009). Contudo, na faixa etária de 70 a 79 anos, há maior prevalência de indivíduos do sexo masculino do que feminino, sendo 6 (37,5%) e 4 (14,81%), respectivamente. Além disso, há uma desigualdade na faixa etária de 80 anos ou mais com 2 (7,41%) indivíduos do grupo feminino e nenhum indivíduo do grupo masculino.

A maioria dos entrevistados eram mulheres, correspondendo a 27 indivíduos. Isso se deve a um fenômeno que vem sendo discutido em relação ao envelhecimento da população brasileira que é o processo de “feminização da velhice”. As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo. É bem maior o número de mulheres idosas, e as estimativas são as de que elas vivam, em média, de cinco a sete anos mais que os homens (Nicodemo, & Godoi, 2010).

Em relação ao estado civil, observou-se a prevalência de casados no grupo masculino no total de 11 (68,75%), seguido de 2 indivíduos solteiros, e 2 (12,5) separados, e apenas 1 (6,25%) indivíduo viúvo. Já no grupo feminino, há uma considerável ocorrência de pessoas viúvas no total de 10 (37,4%), 7 (25,92%) casadas, 5 (18,52%) solteiras e 5 (18,52%) separadas.

De acordo com Aires, Paz e Perosa (2009), observa-se um predomínio de mulheres em relação aos homens, conseqüente à feminilização do processo de envelhecimento, e menor número de novos casamentos quando viúvas ou separadas, conforme relatado no último Censo em 2010 (IBGE, 2010). Este resultado é esperado, pois a viuvez influencia na adaptação do sujeito ao envelhecimento, pois é um dos acontecimentos que mais afetam a população idosa feminina. Não só devido à perda do ente de convivência, mas também porque acarreta várias e importantes mudanças na esfera psicológica, social, econômica, nas condições de vida e da saúde física e mental (Carr, & Bodmar-Deren, 2009).

Com o aumento da idade dos idosos, há uma perda de relações, sendo isso potenciado pelo falecimento dos seus pares. A falta do cônjuge, segundo Arber (2009), prejudica o sono. São os idosos casados que, em média, apresentam o nível mais baixo de problemas relacionados ao sono, e o nível mais elevado foi registrado no grupo dos solteiros. Aqueles que vivem acompanhados parecem ter um sono com mais qualidade em relação aos que vivem sozinhos.

As modificações decorrentes da morte do cônjuge são inevitáveis e requerem esforços adaptativos por parte das pessoas viúvas. Nesse período, os recursos internos são fortemente mobilizados para o enfrentamento da tristeza e para a retomada da funcionalidade do cotidiano (Silva, & Nardi, 2011).

Quanto à escolaridade, observou-se que os homens apresentaram maior nível de escolaridade em relação às mulheres, sendo que a maioria das mulheres possuía baixo nível de escolaridade, ensino fundamental incompleto, enquanto a maior parte dos homens, o ensino fundamental completo.

Segundo Campos, *et al.* (2009), a baixa escolaridade dos idosos reflete a desigualdade social e as políticas de educação predominantes nas décadas de 1930 e 1940, devido ao acesso à escola nesse período ser muito restrito (IBGE, 2010).

Em relação à renda mensal, o grupo masculino apresentou patamar entre 1 e 2 salários mínimos, com 6 (37,5%) indivíduos; 5 (31,25%) apresentaram renda de um salário mínimo; e 5 (31,25%) apresentaram renda acima de 2 salários mínimos. No grupo feminino, 3 (11,11%) afirmaram ter renda inferior a 1 salário mínimo; 11 (40,74%) mulheres afirmam ter renda de 1 salário mínimo; 8 (29,63%) afirmam ter renda entre 1 e 2 salários mínimos; 5 (18,52%) acima de 2 salários mínimos.

Segundo Belo (2013), essa disparidade de renda entre os sexos diz respeito à atual geração de mulheres idosas que exerceram, ao longo da vida, o trabalho doméstico não remunerado, estando subordinadas, economicamente, aos homens. Como resultado, estas mulheres recebem, hoje, pensões exíguas de viuvez ou assistenciais. Em caso de terem exercido funções remuneradas, como tinham o salário inferior ao deles, recebem, hoje, aposentadorias abaixo dos valores a eles pagos.

Pelo perfil em estudo, é possível observar que os alunos da UMA, em sua maioria, são idosos jovens e casados, enquanto as alunas são idosas jovens e viúvas.

No que diz respeito à Escala de Sonolência de Epworth (ESE), dos 43 alunos, 26 (60,47%) têm um valor menor a 10, o que é considerado normal, sendo 12 (75%) indivíduos do sexo masculino e 14 (51,85%) do sexo feminino. A sonolência diurna excessiva é considerada normal, quando os escores forem considerados abaixo de 10; e anormal, quando os escores forem maiores ou iguais a 10, sendo que 4 (25%) indivíduos do grupo masculino apresentaram escores abaixo de 10 e, entre as mulheres, 13 apresentaram (48,15%) sonolência diurna excessiva (Tabela 2).

Tabela 2 - Escala de Sonolência de Epworth (ESE) dos alunos da Universidade da Maturidade, Palmas (TO), 2014

| Categoria | Masculino | | Feminino | | Total | |
|--|-----------|-----|----------|--------|-------|--------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Normal (escores < 10) | 12 | 75 | 14 | 51,85 | 26 | 60,47 |
| Anormal/sonolência diurna excessiva (escores ≥ 10) | 4 | 25 | 13 | 48,15 | 17 | 39,53 |
| Total | 16 | 100 | 27 | 100,00 | 43 | 100,00 |

Acredita-se que a escala de sonolência diurna de Epworth, da forma como foi construída, está mais voltada ao sexo masculino pelo tipo de atividades que propõe nas suas afirmativas (Baldwin, Kapur, Holberg, Rosen, & Nieto, 2004). Mesmo com essa construção, os escores nas mulheres ainda foram maiores no presente estudo.

Um estudo realizado na cidade de Campina Grande (PB), com a participação de 168 idosos, resultou na prevalência de sonolência diurna excessiva em 53 casos, ou seja, 31,5% dos idosos estudados. E mostrou que os homens (43,5%) foram os mais acometidos por esse distúrbio (Lopes, Dantas, & Medeiros, 2013).

Diferenças regionais de hábitos de vida, como horário de dormir, duração da jornada de trabalho e realização de atividades de lazer, assim como a maior ocorrência de doenças metabólicas, como a obesidade e o diabetes, podem estar relacionadas com o aparecimento da SDE (Lessov-Schlaggar, Bliwise, Krasnow, Swan, & Reed, 2008).

Neste estudo, as mulheres apresentaram maior ocorrência de SDE. No entanto, pode acontecer um julgamento errôneo se interpretado desta forma, pois a maior parte da amostra era composta por mulheres.

Pin e Cheng Tan (2010) afirmaram que idosos com idade acima de 60 anos apresentam maiores escores na Escala de Epworth. Inversamente, Pallesen, Nordhus, Omvik, Sivertsen, Tell, e Bjorvath (2007) mostraram que indivíduos mais jovens são mais propensos a terem SDE. Joo, Baik, Yi, Jung, e Kim (2009) não observaram qualquer influência da idade avançada sobre esta disfunção.

Segundo Barichello, Sawada, Sonobe, e Zago (2009), o hábito de cochilar durante o dia foi relatado por 60,6% dos idosos, e mais da metade deles cochilava mais que 30 minutos por dia. Esse fato poderia ser indício de sono noturno insuficiente, porém, observou-se que idosos sem queixas de problemas de sono também cochilavam habitualmente.

Zilli, Ficca e Salzarulo (2009) encontraram achados idênticos em estudo realizado com idosos saudáveis. Assim, a satisfação com o sono pode estar preservada nos idosos, a despeito dos sinais indicativos de sono noturno insuficiente, tais como o cochilo diurno, sugerindo mudanças adaptativas na percepção da qualidade do sono pelo idoso.

A sonolência diurna excessiva tem sua importância, pois traz prejuízos nas funções cognitivas, tais como concentração, atenção e memória que prejudicam o desempenho profissional e social e, muitas vezes, não são valorizadas pelo paciente, pois ocorrem de forma gradual e podem ser reconhecidas como sendo parte do “processo normal” associado ao envelhecimento (Burgos, & Carvalho, 2012).

Tabela 3 - Frequência e porcentagem das respostas dos sujeitos nas questões abertas do PSQI

| Perguntas | Respostas | Masculino | | Feminino | |
|----------------------------|-----------|-----------|-------|----------|-------|
| | | F | % | F | % |
| 1 - A que horas foi deitar | 19 F 20h | 0 | 0 | 2 | 7,41 |
| | 20 F 21 | 0 | 0 | 1 | 3,70 |
| | 21 F 22 | 2 | 12,5 | 8 | 29,63 |
| | 22 F 23h | 4 | 25 | 7 | 25,93 |
| | 23 F 24h | 7 | 43,75 | 6 | 22,22 |
| | 24 F 1h | 3 | 18,75 | 3 | 11,11 |

| | | | | | |
|---|----------|----|-------|----|-------|
| 2 - Quanto tempo (em minutos) demorou para dormir | ≤ 15 min | 11 | 68,75 | 17 | 62,96 |
| | 16-30min | 4 | 25 | 6 | 22,22 |
| | 31-60min | 1 | 6,25 | 3 | 11,11 |
| | > 60min | 0 | 0 | 1 | 3,70 |
| 3 - A que horas acordou de manhã | 4 F 5h | 0 | 0 | 2 | 7,41 |
| | 5 F 6h | 3 | 18,75 | 4 | 14,81 |
| | 6 F 7h | 12 | 75 | 10 | 37,04 |
| | 7 F 8h | 0 | 0 | 6 | 22,22 |
| | ≥ 8h | 1 | 6,25 | 5 | 18,52 |
| 4 - Quantas horas de sono por noite dormiu | 3 F 4h | 0 | 0 | 1 | 3,70 |
| | 4 F 5h | 2 | 12,5 | 1 | 3,70 |
| | 5 F 6h | 0 | 0 | 1 | 3,70 |
| | 6 F 7h | 3 | 18,75 | 6 | 22,22 |
| | 7 F 8h | 8 | 50 | 4 | 14,81 |
| | ≥ 8 | 3 | 18,75 | 14 | 51,85 |

Com relação à tabela 3, que traz a frequência e porcentagem das respostas das questões abertas do PSQI, verificou-se que a maior frequência do horário para se deitar no grupo **masculino** ocorreu entre 23 e 24 horas em 7 (43,75%) dos sujeitos; e 11 (68,75%) levaram até 15 minutos para pegar no sono; 12 (75%) acordam entre 6 e 7 horas; e 50% dormem em média entre 7 e 8 horas por noite. No grupo **feminino**, a maior frequência do horário de deitar ocorreu entre 21 e 22 horas em 8 (29,63%) dos sujeitos; e 17 (62,96%) levaram até 15 minutos para adormecer; 10 (37,4%) acordam entre 6 e 7 horas; e 14 (51,85%) dormem em média mais de 8 horas por noite.

Pesquisa realizada em uma instituição de longa permanência apresentou resultados semelhantes ao nosso estudo, sendo que 52,6% dos idosos iam deitar entre 21 e 22h; e 34,2% entre 22h30min e 23h. Em relação à hora de deitar, 50% conciliavam o sono entre 21h e 22h30min; e 36,8% entre 22h35min e 24h10min. O horário de despertar situava-se entre 5h e 6h para 57,9% dos idosos; e entre 6h30min e 7h para 28,9% (Araújo, & Ceolim, 2010).

Portanto, após a aplicação do IQSP, os escores foram determinados com a utilização de um instrumento de pontuação (ANEXO D) para cada um dos componentes com a finalidade de se obter um escore global. Os escores superiores a cinco pontos indicam má qualidade do sono, sendo a pontuação mínima zero e a máxima de 21 pontos.

Tabela 4 - Escores obtidos através da aplicação do Índice Qualidade de Sono de Pittsburgh, em idosos, Palmas (TO), 2014

| Pontuação Global do PSQI | Masculino | | Feminino | |
|--------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | N.º | % | N.º | % |
| Boa qualidade do sono PSQI ≤ 5 | 9 | 56,25 | 9 | 33,33 |
| Má qualidade do sono PSQI > 5 | 7 | 43,75 | 18 | 66,67 |
| TOTAL | 16 | 100 | 27 | 100 |

Na tabela 4, verifica-se que 9 (56,25%) indivíduos do grupo **masculino** apresentaram escores do Índice de Qualidade do Sono (PSQI) inferiores a 5 pontos, em que se constata que a maior parte desses alunos investigados possuem uma boa qualidade do sono. No entanto, 7 (43,75%) indivíduos, do mesmo grupo, possuem uma má qualidade do sono. Já no grupo **feminino**, 18 (66,67%) indivíduos apresentaram escores do PSQI superiores a 5 pontos, ou seja, possuem uma má qualidade do sono, enquanto 9 (33,33%) dos indivíduos possuem uma boa qualidade do sono.

Silva, Costa, Machado, e Xavier (2011) apresentaram dados semelhantes aos de nossa pesquisa, em seu estudo realizado com idosos não institucionalizados, isto é, que moram sós ou com familiares, sendo que 84,6% dos participantes tinham uma boa qualidade do sono (Silva, & Nardi, 2011).

A taxa aumentada de insônia que se verifica nas mulheres, pode estar relacionada a diversos fatores, que incluem aspectos afetivos, psicológicos, culturais, sociais e influências ambientais (Alcântara, *et al.*, 2007).

Destaca-se que o conjunto de dados obtidos referentes à pontuação global do PSQI permite avaliar a qualidade do sono dos alunos da UMA em foco. A prevalência e a apresentação dos distúrbios do sono diferem nas mulheres e nos homens, e também em estágios diferentes do ciclo de vida feminina.

No entanto, em relação ao padrão de sono, a análise de cada um dos componentes: qualidade do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, distúrbios do sono, uso de medicações para dormir, e disfunções diárias, nos fornecem subsídios para melhor compreender os problemas enfrentados pelos alunos da UMA no seu cotidiano.

Portanto, veremos agora os resultados obtidos em cada componente do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI):

Tabela 5 - Frequência e porcentagem das respostas do grupo masculino nas questões semiabertas do PSQI

| Perguntas | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | |
|--|----|-------|---|-------|---|-------|----|-------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 5a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos | 12 | 75 | 3 | 18,75 | 0 | 0 | 1 | 6,25 |
| 5b) Acordou no meio da noite ou de manhã muito cedo | 8 | 50 | 2 | 12,5 | 2 | 12,5 | 4 | 25 |
| 5c) Levantar-se para ir ao banheiro | 4 | 25 | 2 | 12,5 | 3 | 18,75 | 7 | 43,75 |
| 5d) Não conseguiu respirar confortavelmente | 12 | 75 | 3 | 18,75 | 1 | 6,25 | 0 | 0 |
| 5e) Tossiu ou roncou forte | 5 | 31,25 | 3 | 18,75 | 2 | 12,5 | 6 | 37,5 |
| 5f) Sentir muito frio | 12 | 75 | 2 | 12,5 | 0 | 0 | 2 | 12,5 |
| 5g) Sentiu muito calor | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 | 100 |
| 5h) Ter sonhos ruins ou pesadelos | 6 | 37,5 | 6 | 37,5 | 2 | 12,5 | 2 | 12,5 |
| 5i) Sentiu dor | 13 | 81,25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 18,75 |
| 6 - Ter boa qualidade de sono | 5 | 31,25 | 0 | 0 | 1 | 6,25 | 1 | 6,25 |
| 7 - Tomou algum remédio para dormir | 15 | 93,75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6,25 |
| 8 - Ter dificuldade para ficar acordado em quanto estava dirigindo | 14 | 87,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 - Sentir indisposição ou falta de entusiasmo | 11 | 68,75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

0 - nenhuma vez, 1 - menos de uma vez por semana, 2 - uma ou duas vezes por semana, 3 - três vezes por semana ou mais.

Tabela 6 - Frequência e porcentagem das respostas do grupo feminino nas questões semiabertas do PSQI

| Perguntas | 0 | | 1 | | 2 | | 3 | |
|--|----|-------|----|-------|---|-------|----|-------|
| | F | % | F | % | F | % | F | % |
| 5a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos | 11 | 40,74 | 5 | 18,52 | 2 | 7,41 | 9 | 33,33 |
| 5b) Acordou no meio da noite ou de manhã muito cedo | 10 | 37,04 | 2 | 7,41 | 1 | 3,70 | 14 | 51,85 |
| 5c) Levantar-se para ir ao banheiro | 2 | 7,41 | 2 | 7,41 | 0 | 0,00 | 23 | 85,19 |
| 5d) Não conseguiu respirar confortavelmente | 18 | 66,67 | 5 | 18,52 | 2 | 7,41 | 2 | 7,41 |
| 5e) Tossiu ou roncou forte | 9 | 33,33 | 2 | 7,41 | 2 | 7,41 | 14 | 51,85 |
| 5f) Sentir muito frio | 13 | 48,15 | 6 | 22,22 | 2 | 7,41 | 6 | 22,22 |
| 5g) Sentiu muito calor | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 1 | 3,70 | 26 | 96,30 |
| 5h) Ter sonhos ruins ou pesadelos | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 | | 0,00 |
| 5i) Sentiu dor | 13 | 48,15 | 3 | 11,11 | 1 | 3,70 | 10 | 37,04 |
| 6 - Ter boa qualidade de sono | 6 | 22,22 | 15 | 55,56 | 4 | 14,81 | 2 | 7,41 |
| 7 - Tomou algum remédio para dormir | 21 | 77,78 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 6 | 22,22 |
| 8 - Ter dificuldade para ficar acordado em quanto estava dirigindo | 20 | 74,07 | 2 | 7,41 | 3 | 11,11 | 2 | 7,41 |
| 9 - Sentir indisposição ou falta de entusiasmo | 11 | 40,74 | 10 | 37,04 | 2 | 7,41 | 4 | 14,81 |

0 - nenhuma vez, 1 - menos de uma vez por semana, 2 - uma ou duas vezes por semana, 3 - três vezes por semana ou mais

O componente 1 avalia a qualidade do sono que, relacionado com o PSQI total, apresenta uma tendência maior para uma má qualidade do sono; no entanto, ao avaliá-lo isoladamente, os resultados nos mostram, no grupo **masculino**, uma boa qualidade do sono, sendo que 10 (62,5%) responderam ter um sono bom; 4 (25%) indivíduos disseram ter uma qualidade do sono muito boa; 1 (6,25%) disse ter a qualidade do sono ruim; e 1 (6,25%), um sono muito ruim (Tabela 5). Já no grupo **feminino**, 6 (22,22%) dos indivíduos responderam possuir qualidade de sono muito boa; 12 (44,44%) responderam ter boa qualidade do sono; 7 (25,93%) disseram ter a qualidade do sono ruim; e 2 (7,41%) dos indivíduos responderam ter qualidade do sono muito ruim (Tabela 6).

Estudo realizado por Silva e Nardi (2011), com idosos não institucionalizados, apresentou que 63% tinha má qualidade do sono. Outra pesquisa realizada por Abreu (2009) analisou a qualidade do sono em 18 idosos, e encontrou que 69% dos participantes possuíam má qualidade do sono, enquanto em 31% era boa. Tsai, e Ku (2005) também encontraram uma má qualidade de sono com taxa de 46,4% em sua pesquisa. Araújo e Ceolim (2008) analisaram 38 idosos em instituições de longa permanência e verificaram que 81,6% dos sujeitos da amostra referiam dormir bem.

Já no componente 2, que avalia a latência do sono, obtivemos resultados semelhantes ao componente 1. A latência do sono é o interregno de tempo entre o deitar e o adormecer. Trata-se de uma desordem de sono relativamente grave que pode ocorrer em qualquer idade, mas que habitualmente está associada à idade avançada (Duarte, 2008).

Quando avaliada a latência do sono separadamente, o grupo **masculino** tende a apresentar uma boa qualidade do sono, pois 8 (50%) indivíduos responderam que não apresentaram problemas para dormir em até 30 minutos; 5 (31,25%) responderam não conseguir adormecer em até 30 minutos pelo menos uma vez por semana; 2 (12,5%) responderam não conseguir adormecer em até 30 minutos uma ou duas vezes por semana; e 1 (6,25%) indivíduo respondeu não conseguir adormecer em até 30 minutos em três ou mais vezes por semana (Tabela 5).

Em estudo realizado com idosos institucionalizados, observou-se que, para a maioria, a latência do sono não traduzia um sono de má qualidade, visto que 65,8% relatavam demorar menos de 30 minutos para adormecer (Araújo, & Ceolim, 2010).

No grupo **feminino**, 9 (33,33%) responderam não apresentar problemas para dormir em até 30 minutos; 9 (33,33%) responderam não conseguir adormecer em até 30 minutos pelo menos uma vez por semana; 5 (18,52%) responderam não conseguir adormecer em até 30 minutos uma ou duas vezes por semana; e 4 (14,81%) dos indivíduos responderam não conseguir adormecer em até 30 minutos três ou mais vezes por semana (Tabela 6).

Estudo com idosos não institucionalizados, sobre a latência do sono, apresentou que 69,2% dos indivíduos, de ambos os sexos, referiam adormecer em menos de 30 minutos; entretanto, 30,8% demoravam mais de 30 minutos para dormir, e isso ocorria três vezes por semana ou mais (Silva, Costa, Machado, & Xavier, 2011).

Em outro estudo realizado com idosos institucionalizados, observou-se que, para a maioria, a latência do sono não traduzia um sono de má qualidade, visto que 65,8% relatavam demorar menos de 30 minutos para adormecer (Araújo, & Ceolim, 2010).

O componente 3, que se refere à duração do sono, apresentou o seguinte resultado:

No grupo **masculino**, 6 (37,5%) indivíduos dormem mais que 7 horas; 8 (50%) dormem entre 6 e 7 horas; nenhum dorme entre 5 e 6 horas; e 1 (6,25%) dorme menos que 5 horas (tabela 5). No **feminino**, 15 (55,56%) indivíduos dormem mais que 7 horas; 8 (29,63%) dormem entre 6 a 7 horas; 3 (11,11%) dormem entre 5 e 6 horas; e 1 (3,70%) dorme menos que 5 horas por noite (Tabela 6).

Os dados do estudo atual demonstram certa equivalência, especialmente no grupo feminino, com o estudo referente à duração do sono (superior a 7h para 47,4%); e a eficiência do sono (superior a 85% para 57,9% dos entrevistados), indicando sono de boa qualidade, para, aproximadamente, 50% dos idosos pesquisados (Araújo, & Ceolim, 2010).

É complexo estabelecer uma relação direta entre a duração do sono e o bem-estar, porquanto diversos fatores apontam para diferentes direções, sendo inadequado afirmar que dormir muito ou pouco causaria problemas de saúde e que, por sua vez, os problemas de saúde estariam na origem de maior ou menor duração de sono. Apesar desta dualidade, vários estudos têm demonstrado que dormir cerca de 6 a 8 horas por dia está associado a um menor risco de mortalidade (Varela, 2010).

O componente 4 refere-se à eficiência do sono que se compõe pelo número de horas dormidas e a quantidade de horas entre deitar e levantar, ou seja, o número de horas que o indivíduo fica na cama.

Neste componente, os escores do grupo **masculino** tiveram pontuações 0 e 3, em que: 15 (93,75%) tiveram escore 0, indicando que possuem uma eficiência do sono >85%; e apenas 1 (6,25%) teve escore 3, indicando que a eficiência do sono é <65% (Tabela 5). Os escores do grupo **feminino**, por sua vez, tiveram pontuações 0, 1 e 3, em que: 23 (85,19%) tiveram escore 0, indicando que possuem eficiência do sono >85%; 2 (7,41%) dos indivíduos tiveram escore 1, indicando que a eficiência do sono está entre 75-84%; e 2 (7,41%) tiveram escore 3, indicando que a eficiência do sono é <65% (Tabela 6).

O componente 5 refere-se aos distúrbios do sono, que menciona 9 questões do questionário do Pittsburgh, em que quanto maior o escore final, mais distúrbios do sono cada indivíduo apresenta, e maior frequência que este distúrbio ocorre (Buysse, Hall, & Strollo, 2008).

No grupo **masculino**, o escore variou entre 1 e 3 pontos, em que 50% dos entrevistados tiveram escore 1; enquanto 43,75% tiveram escore 2; e 6,25% tiveram escore 3 (tabela 5). No grupo **feminino**, o escore variou entre 1 e 3 pontos, em que 22,22% tiveram escore 1; já 51,85% tiveram escore 2; e 25,93% tiveram escore 3 (Tabela 6).

O componente 6 refere-se ao uso de medicações para dormir: no grupo **masculino**, 15 (93,75%) indivíduos não usou medicação para dormir no último mês; e apenas um (6,25%) usa medicação para dormir entre três ou mais vezes durante a semana (Tabela 5).

No grupo **feminino**, 21 (77,78%) dos indivíduos não usaram medicação para dormir durante o último mês; e 6 (22,22%) usaram algum tipo de medicação para dormir (Tabela 6).

Estudo referente à qualidade do sono dos idosos mostrou não ser comum o uso de medicamentos para dormir. Efetivamente 57,8% dos idosos dormem sem recorrer a qualquer tipo de medicação, mas 36,7% deles recorrem à medicação para dormir três ou mais vezes por semana. São as idosas (60,6%) as maiores utilizadoras de medicação, três ou mais vezes por semana (Mugeiro, 2011).

Comumente, os idosos citam queixas relacionadas ao sono; no entanto, muitos não o fazem por não idealizar como disfunção, mas como evento normal do processo de senescência. Isso colabora para o subdiagnóstico e acréscimo do consumo de drogas hipnóticas, mas que foi pouco verificado no presente estudo, nem sempre prescritas e consumidas com observância à sensibilidade farmacodinâmica da idade (Clares, Freitas, & Galilza, 2012).

O emprego deste tipo de medicação pode depreciar, no idoso, aspectos psicomotores como a marcha, além dos aspectos cognitivos, havendo a recomendação de terapêutica individualizada, em períodos curtos, associada às técnicas de higiene do sono.

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 (Voyer, Verreault, Mengue, & Morin (2006).

O componente 7 refere-se às disfunções diárias e avalia a sonolência diária e o entusiasmo que estes indivíduos sentiram durante o último mês. Nesse componente, quanto maior o escore, maior as disfunções diárias.

O escore do grupo **masculino** teve pontuação 0, 1, e 2, em que 8 (50%) dos indivíduos tiveram escore 0; já 7 (43,75%) tiveram escore 1; enquanto 1 (6,25%) teve escore 2 (Tabela 5). O grupo **feminino** apresentou 8 (29,63%) indivíduos com escore 0; enquanto 12 (44,44%) escore 1; 6 (22,22%) escore 2; e 1 (3,70%) escore 3 (Tabela 6).

Estudo com idosos institucionalizados negou sonolência diurna excessiva para a maior parte (94,7%). Entretanto, 34,% dos idosos apontaram indisposição moderada ou alta para as atividades do dia a dia, o que poderia ser devido ao sono de má qualidade (Araújo, & Ceolim, 2010).

A indagação e a assimilação dos aspectos relacionados ao sono e repouso, na perspectiva do idoso, reflete uma busca pela totalidade da atenção a essa população crescente e demandante de cuidados específicos em virtude da vulnerabilidade e fragilidade advindas com a idade.

Assim, a avaliação do sono é necessária para o planejamento de ações de saúde, considerando seu impacto na qualidade de vida do idoso e seu bem-estar.

Recomenda-se que sejam realizados outros estudos com delineamento longitudinal e prospectivo, que permitam avançar na compreensão das relações causais entre a qualidade do sono e os fatores que interferem nele, o que não foi possível e constituiu limitação deste estudo, devido ao caráter transversal e retrospectivo.

Considerações finais

O presente estudo procurou identificar quais os fatores que interferem na qualidade do sono dos alunos idosos da UMA, segundo a percepção dos próprios e identificar a presença de algumas variáveis que o pudessem influenciar.

No sentido de melhor compreender os fatores que influenciavam a qualidade do sono, investigamos os estilos de vida adotados pelos idosos, bem como algumas variáveis socio-demográficas, pois se acredita que interajam com a mesma.

Passa-se, então, a se salientarem alguns resultados e conclusões que se consideram mais importantes no decurso da investigação:

- Os distúrbios do sono, no grupo masculino, foram identificados através dos seguintes fatores: levantar para ir ao banheiro; tossir ou roncar forte; problemas para dormir decorrentes de condições climáticas (muito calor). No grupo feminino, os fatores que interferem no sono foram: acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo; levantar para ir ao banheiro; tossir ou roncar forte; e problemas para dormir decorrentes de condições climáticas (muito calor).
- Neste estudo, encontrou-se uma sonolência diurna normal na maioria dos idosos de ambos os gêneros, avaliados conforme a ESE.
- No que tange à pontuação global do PSQI, concluímos que os idosos de sexo masculino obtiveram, em sua maioria, uma boa qualidade do sono, enquanto os idosos do grupo feminino obtiveram predominantemente uma má qualidade do sono.
- Quanto a qualidade subjetiva do sono, a maior parte do grupo masculino respondeu ter entre 6 e 7 horas de sono por noite; e a maioria do grupo feminino respondeu dormir 8 horas ou mais por noite.
- Com relação à latência do sono, os indivíduos dos dois grupos não apresentaram problemas para dormir em até 30 minutos, e outra parte igual do grupo feminino respondeu não conseguir adormecer em até 30 minutos.
- Quanto à duração do sono, os homens dormem entre 6 a 7 horas por noite e as mulheres, 7 horas.
- Em relação à eficiência habitual do sono, ambos os grupos possuem percentual >85%, o qual se refere à porcentagem total de sono.
- Em relação ao uso de medicação para dormir, em ambos os grupos a maioria dos indivíduos não faz uso de medicações para dormir.
- Com relação à sonolência diurna, a maioria do grupo masculino não relatou problemas; a mesma situação não se verificou no grupo feminino, que apresentou escore 1, referindo sonolência diurna excessiva menos de uma vez por semana.

Os resultados encontrados com o PSQI apontam as idosas como o grupo que obteve predominantemente uma má qualidade do sono. De acordo com a literatura revisada a má qualidade do sono nos idosos pode ter consequências muito graves na saúde física e mental. Quanto à saúde mental, a má qualidade de sono pode contribuir para o aumento da ansiedade, depressão e estresse entre os idosos.

De acordo com vários autores, este fenômeno não só se relaciona com as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento que afetam a qualidade de sono, mas também se encontram inerentes a diversos fatores psicossociais, ambientais, dentre outros que influenciam o sono dos idosos.

Estes achados chamam a atenção para a importância, de nós, enfermeiros e de outros profissionais de saúde, começarmos a estudar o sono de nossos idosos.

É necessário mostrar aos nossos idosos, bem como à população restante, que o sono não é uma mera função do organismo, , sim, um estado que contribui e muito para a nossa sobrevivência. O sono adquire maior relevância no âmbito da reabilitação, uma vez que este será tão mais eficaz, quanto mais restabelecido estiver o paciente, quer na vertente física, quer na vertente mental.

Assim, torna-se um dever dinamizar e difundir, entre adultos, idosos, junto das instituições de ensino, centros de saúde e unidades hospitalares, programas de sensibilização e ações de formação acerca da importância do sono e as consequências da sua má qualidade.

Deve-se também promover hábitos adequados de sono, através de medidas de higiene de sono, prevenindo hábitos inadequados que muitos idosos têm que, por sua vez, levam a perturbações profundas com conseqüente aumento da procura e consumo de medicamentos para dormir.

Ao longo desta pesquisa, foram sentidas algumas dificuldades, no que diz respeito ao reduzido suporte teórico em língua portuguesa. Reconhecemos com humildade algumas limitações sob o ponto de vista metodológico. Os desafios, as dificuldades e o poder aliciante e fascinante da investigação sobre o sono falaram mais alto, dando motivação para superar todos os obstáculos sentidos, bem como identificar necessidades de intervenção no âmbito do sono ao nível formativo e preventivo para a população brasileira, mas em particular nos idosos.

Referências

- Abreu, C.B.B. (2009). *Relação entre qualidade do sono e independência funcional em idosos residentes em instituição de longa permanência*. Dissertação de mestrado. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
- Aires, M., Paz, A.A., & Perosa, C.T. (2009). *Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas*. *Rev Gaúch Enferm*, 30(3), 492-499.
- Alcântara, C.S., Reimão, R., Rossini, S., Rovere, H.D., Coelho, A.T., Lorenzine, L.M., et al. (2007). Distúrbios do sono na mulher. In: Reimão, R. (Org.). *Neurologia em destaque*, 236-237. São Paulo (SP): Associação Paulista de Medicina.
- Ancoli-Israel, S., Poceta, J.S., Stepnowsky, C., Martin, J., & Gehrman, P. (1997). Identification and treatment of sleep problems in the elderly. *Sleep Med Rev.*, 1(1), 03-17.
- Ancoli-Israel, S. (2009). Sleep Deprivation and Exercise. *Revista Brasileira Médica Esporte*, 14(1).
- Araújo, C.L.O. (2008). *Qualidade do sono em idosos residentes em instituição de longa permanência*. Dissertação de mestrado. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
- Araújo, C.L.O., & Ceolim, M.F. (2010). Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*, 44(2), 619-626.
- Arber, S. (2009). Lack of sleep, work and the long hour's culture: evidence from the UK Time Use Survey. *Work Employment Society*, 23(30).
- Baldwin, C.M., Kapur, V.K., Holberg, C.J., Rosen, C., & Nieto, J. (2004). Association between gender and measures of daytime somnolence in the sleep heart health study. *Sleep*, 27(2), 305-311.
- Baracat, E.C., Bortoletto, C.C.R., & Lima, G.R. (1995). Gênese dos fenômenos vasomotores. In: Pinotti, J.A., Halbe, H.W., & Hegg, R. *Menopausa*, 37-40. São Paulo (SP): Roca.
- Barichello, E., Sawada, N.O., Sonobe, H.M., & Zago, M.M.F. (2009). Quality of Sleep in Postoperative Surgical Oncologic Patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 17(4), 481-488.
- Belo, I. (2013, set.-dez.). Velhice e mulher: vulnerabilidades e conquistas. *Revista Feminismos*, 1(3). Recuperado em 20 maio, 2015, de: <http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/viewFile/84/82> .
- Burgos, R., & Carvalho, G.A. (2012). Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) e sonolência diurna excessiva (SDE): influência sobre os riscos e eventos de queda em idosos. PUC-PR: *Fisioterapia em Movimento*, 25, 93-103. (impresso).
- Bruce, E.N., Bruce, M.C., & Vennelaganti, S. (2009). Sample entropy tracks changes in electroencephalogram power spectrum with sleep state and aging. *J Clin Neurophysiol*, 26(4), 257-266.
- Buysse, D.J., Hall, M.L., & Strollo, P.J. (2008). Relationships between the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), and Clinical/Polysomnographic Measures in a Community Sample. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4(6).

- Campos, H.H., Tufik, S., & Baracat, E.C. (2005). Distúrbios do sono. *In: Baracat, E.C., & Lima, G.R. Ginecologia*, 395-401. Barueri (SP): Manole.
- Campos, F.G.de, Barrozo, L.V., Ruiz, T., César, C.L.G., Barros, M.B.A., Carandina, L., & Goldbaum, M. (2009, jan.). Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sociodemográficas e de morbidade. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 25(1), 77-86.
- Carr, D., & Bodnar-deren, S. (2009). Gender, Aging and Widowhood. *In: Uhlenberg, L. International Handbook of Population Aging*, 705-728. Springer Science.
- Ceolim, M.F., Diogo, M.J.D., & Cintra, F.A. (2001). Qualidade do sono de pessoas idosas atendidas no Grupo de Atenção à Saúde do Idoso do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo (SP): *Nursing*, 4(33), 25-29.
- Clares, J.W.B., Freitas, M.C.de, Galilza, P.C.de A. (2012). Necessidades relacionadas ao sono/reposo de idosos: estudo fundamentado em Henderson. *Acta Paul Enferm*, 25(número especial 1), 54-59.
- Davies, D. (2003). *Insônia: esclarecendo suas dúvidas*. São Paulo (SP): Agora.
- Duarte, J.C. (2008). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência* [Em linha]. Porto (Portugal): Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 433. Tese de doutoramento em Saúde Mental. Recuperado em 02 janeiro, 2014, de: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19371/7/ndices.pdf>.
- Freire, A.L.L., Alves, L.F., Torres, M.V., Xavier, C.L., Gomes, M.J.A., Lopes, K.S., & Silva, M.H.R.da. (2014). Análise comparativa da qualidade do sono em idosas praticantes e não praticantes de atividade física na zona sul de Teresina (Piauí). *Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Saúde do Idoso*, 3101-3114.
- Joo, S., Baik, I., Yi, H., Jung, K., & Kim, J. (2009). Prevalence of excessive daytime sleepiness and associated factors in the adult population of Korea. *Sleep Medicine*, 10(2), 182-188.
- Lessov-Schlaggar, C.N., Bliwise, D.L., Krasnow, R.E., Swan, G.E., & Reed, T. (2008). Genetic association of daytime sleepiness and depressive symptoms in elderly men. *Sleep*, 31(8), 1111-1117.
- Lopes, J.M., Dantas, F.G., & Medeiros, J.L.A.de. (2013). Sonolência diurna excessiva em idosos: associação com risco de disfunção cardiovascular, depressão e obesidade. *Rev Bras Epidemiol*, 16(4), 872-879.
- Mancini, M.C., Aloé, F., & Tavares, S. (2000). Apneia do sono em obesos. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 44, 81-90.
- Mugeiro, M.J.C. (2011). *Qualidade do sono nos idosos*. Instituto politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu (Portugal).
- Nicodemo, D., & Godoi, M.P. (2010). Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev. Ciênc. Ext.*, 6(1), 41.
- Pallesen, S., Nordhus, I.H., Omvik, S., Sivertsen, B., Tell, G.S., & Bjorvatn, B. (2007, May). Prevalence and risk factors of subjective sleepiness in the general adult population. *Sleep*, 30(5), 619-624.

Pereira, M.G. (2005). *Epidemiologia. Teoria e Prática*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Pin, Tze Ng., & Cheng Tan, W. (2005, Nov.). Prevalence and determinants of excessive daytime sleepiness in an Asian multi-ethnic population. *Sleep Med*, 6(6), 523-529. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2005.01.007>).

Reimão, R. (1996). *Sono: estudo abrangente*. (2^a ed.). São Paulo (SP): Atheneu.

Ribeiro, P.C.C., Neri, A.L., Cupertino, A.P.F.B., & Yassuda, M.S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicol Estud*, 14(3), 501-509.

Silva, J.M.N.da, Costa, A.C.M., Machado, W.W., & Xavier, C.L. (2011). Avaliação da qualidade de sono em idosos não institucionalizados. *ConScientiae Saúde*, 11(1), 29-36.

Silva, A.C.O., & Nardi, A.E. (2011). Terapia cognitivo-comportamental para luto pela morte súbita do cônjuge. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 213-215.

Thorpy, J.M. (2012). Classificação de distúrbios do sono. *Neurotherapeutics*, 687-701. Recuperado em 18 agosto, 2014, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480567/>.

Tsai, Y.F., & Ku, Y.C. (2005). Self-care symptom management strategies for auditory hallucinations among inpatients with schizophrenia at a veterans' hospital in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs*, 19(4), 194-199.

Varella, A. (2010). *O sono, natural e restaurador*. Recuperado em 20 dez., 2013, de: <http://antoniovarella.wordpress.com/2010/11/30/antonio-varella-fala-do-sono-melhorremedio-de-todos/>.

Vigeta, S.M.G. (2007, jul.-set.). Alterações do sono e menopausa. *Ciênc Cuid Saúde*, 6(3), 377-383.

Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P.N., & Morin, C.M. (2006). Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. *Arch Gerontol Geriatr*, 42(1), 01-20.

Zilli, I., Ficca, G., & Salzarulo, P. (2009). Factors involved in sleep satisfaction in the elderly. *Sleep Med*, 10(2), 233-239.

Recebido em 13/11/2014

Aceito em 27/02/2015

Núbia Kênia Carneiro Silva – Enfermeira. Mestrado em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília (UCB). Brasília (DF), Brasil. Atua, como docente, no Instituto de Ensino e Pesquisa Objetivo (IEPO) em Palmas (TO), Brasil.

E-mail: nubiakenia@hotmail.com

Maria Liz Cunha de Oliveira - Enfermeira, Doutorado em Ciências da Saúde e Mestrado em Educação, pela Universidade de Brasília. Brasília (DF), Brasil. Professor Adjunto II da Universidade Católica de Brasília. (UCB). Brasília (DF), Brasil.

E-mail: lizcunhad@gmail.com