

## ANÁLISE COMPARATIVA DA QUALIDADE DO SONO EM IDOSAS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA NA ZONA SUL DE TERESINA - PIAUÍ

### COMPARATIVE ANALYSIS OF THE QUALITY OF THE SLEEP IN PRACTISING ELDERS AND NOT PRACTITIONERS OF PHYSICAL ACTIVITY IN THE SOUTH ZONE OF TERESINA - PIAUI

### ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN EL PRACTICAR LOS ANCIANOS Y NO PRACTICAR LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ZONA SUR DE TERESINA - PIAUÍ

Ana Lidia Lima Freire<sup>1</sup>, Lea Ferreira Alves<sup>2</sup>, Michelle Vicente Torres<sup>3</sup>, Christiane Lopes Xavier<sup>4</sup>, Mychel Jakson Araújo Gomes<sup>5</sup>, Katianne Soares Lopes<sup>6</sup>, Márcia Helena Rodrigues da Silva<sup>7</sup>

#### RESUMO

Este estudo objetiva comparar a qualidade do sono entre idosas praticantes e não praticantes de atividade física na zona sul de Teresina – Piauí. Trata-se de um estudo observacional, comparativo, transversal, descritivo e analítico, com amostra de 100 idosas, dividida em G1 e G2,

formados por praticantes e não praticantes de atividade física onde foram utilizados o Índice de Qualidade de Sono Pittsburgh (IQSP) e a Escala de Sonolência de Epworth (ESE). Na análise estatística foi realizado o teste não-paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney. Nos resultados pode-se observar que, as idosas ativas apresentaram menores *scores* no (IQSP) do que as idosas não praticantes de atividade física. Embora a má qualidade do sono tenha figurado entre 62% das idosas do G1, em contrapartida a 40% do G2, o percentual de idosas sedentárias com distúrbios do sono já instalados alcançou 42%; no G1 esse valor foi de 6%. Quanto à ocorrência da sonolência diurna excessiva averiguou-se que dentro do G1 52% das idosas apresentaram nível de normalidade, enquanto que, no G2 esta proporção caiu para 36%.

DESCRITORES: Distúrbios do Sono. Atividade Física. Idoso.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Graduada pela Faculdade Santo Agostinho. Email: [analidia.lf@hotmail.com](mailto:analidia.lf@hotmail.com)

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Neonatal e Pediátrica. E-mail: [leahalves@hotmail.com](mailto:leahalves@hotmail.com)

<sup>3</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Pública, Especialista em Fisioterapia Cardiovascular pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. E-mail: [michellevicento@yahoo.com.br](mailto:michellevicento@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde da Família, Especialista em Fisioterapia Neonatal e Pediátrica, Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Piauí. E-mail: [christiane-lobes@hotmail.com](mailto:christiane-lobes@hotmail.com)

<sup>5</sup> Fisioterapeuta, Graduado pela Faculdade Santo Agostinho, Pós Graduando em Osteopatia Estrutural. E-mail: [michel\\_jackson@hotmail.com](mailto:michel_jackson@hotmail.com)

<sup>6</sup> Acadêmica de Fisioterapia, Graduada do 9º Período da Faculdade Santo Agostinho. E-mail: [katiannesoares@hotmail.com](mailto:katiannesoares@hotmail.com)

<sup>7</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Docente da Universidade Federal do Piauí, Faculdade Santo Agostinho e Associação de Ensino Superior do Piauí. E-mail: [h-marcia@hotmail.com](mailto:h-marcia@hotmail.com)

## ABSTRACT

This study aims to compare sleep quality among older practitioners and non-practitioners of physical activity in the south of Teresina - Piauí. This is an observational, comparative, cross-sectional, descriptive and analytical, with a sample of 100 older, divided into G1 and G2, formed by practitioners and non-practitioners of physical activity where the Index Pittsburgh Sleep Quality (PSQI) were used and Epworth Sleepiness Scale (ESS). In the statistical analysis the non-parametric Wilcoxon-Mann-Whitney test was performed. The results can be observed that the active older women had lower scores in (PSQI) than older not physically active. Although poor sleep quality has been among the 62% of older G1, matched against 40% of G2, the percentage of sedentary elderly with sleep disorders already installed reached 42%; G1 in this figure was 6%. Regarding the occurrence of excessive daytime sleepiness was learned that within the G1 52% of the elderly had levels of normality, whereas in G2 this proportion dropped to 36%.

**KEY WORDS:** Sleep Disorders. Physical Activity. Elderly.

## RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo comparar la calidad del sueño entre los profesionales de más edad y los no practicantes de actividad física en el sur de Teresina - Piauí. Se trata de un estudio observacional, comparativo, transversal, descriptivo y analítico, con una muestra de 100 años, divididos en G1 y G2, formado por profesionales y no profesionales de la actividad física en donde se utiliza el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) y Escala de Somnolencia Epworth (ESS). En el análisis estadístico se llevó a cabo la prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney no paramétrica. Los resultados se observa que las mujeres mayores activas tenían puntuaciones más bajas en (PSQI) que no más físicamente activo. Aunque la mala calidad del sueño ha sido uno de los 62% de los mayores G1, compara con el 40% de G2, el porcentaje de sedentarios de edad avanzada con trastornos del sueño ya instaladas alcanzó el 42%; G1 en esta cifra fue del 6%. En cuanto a la ocurrencia de excesiva somnolencia durante el día fue aprendido que dentro de la G1 52% de los ancianos tenían niveles de normalidad, mientras que en G2 esta proporción se redujo a 36%.

**DESCRIPTORES:** Trastornos del sueño. La actividad física. Ancianos.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento representa o conjunto de consequências ou os efeitos da passagem do tempo considerado, biologicamente, como a involução morfofuncional que afeta todos os sistemas fisiológicos principais<sup>(1)</sup>.

Segundo Deliberato<sup>(2)</sup> as consequências do envelhecimento biológico incluem a diminuição da capacidade individual de adaptação ao meio ambiente, o que torna o geronte mais suscetível à possibilidade de adoecer.

No Brasil, a redução das taxas de fecundidade e mortalidade, sobretudo a partir da década de 60, vem acarretando uma importante mudança na pirâmide etária populacional, delineada pelo aumento rápido da proporção de idosos<sup>(3)</sup>.

Segundo dados do último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>(4)</sup> a população brasileira, em 2010, era de 190,8 milhões de pessoas, das quais 10,79% formavam o grupo com 60 anos ou mais.

Para Pereira et al<sup>(5)</sup>, apesar do aumento da expectativa de vida se caracterizar uma conquista social, na maioria dos países do mundo, cada vez mais o envelhecimento da população

exigirá um aumento das demandas sanitárias, sociais e econômicas.

Apesar de grande parte da população se considerar saudável até que apresente sintomas de algum tipo de doença, sabe-se que a saúde é mais abrangente e está relacionada com vários comportamentos e hábitos, como por exemplo, a prática regular de atividade física e de uma boa qualidade de sono<sup>(6)</sup>.

A experiência de um sono insatisfatório ou insuficiente é desagradável e tem reflexos no desempenho, no comportamento e no bem-estar, durante as atividades da vida diária<sup>(7)</sup>.

Para Seixas<sup>(8)</sup> o sono caracteriza-se por uma necessidade fisiológica, que tem como funções biológicas a restauração do organismo e a conservação da energia, permitindo o equilíbrio físico e emocional.

Ao longo da vida, o sono sofre modificações quanto à distribuição dos seus diversos estágios e quanto ao próprio ritmo circadiano, passando de polifásico para monofásico na idade adulta, podendo ainda ser mais fragmentado no envelhecimento<sup>(9)</sup>.

Segundo Nunes<sup>(10)</sup>, os padrões de sono interrompidos dos idosos

podem levar a sonolência diurna e outras consequências como fadiga, diminuição do estado vigíl e diminuição da motivação e energia para participar em atividades sociais ou recreativas. No idoso dependente, alterações no sono tornam-se razão de estresse constante para ele e seus cuidadores.

Vela-Bueno, De Iceta e Fernandez<sup>(11)</sup> afirmam que os distúrbios do sono estão entre os distúrbios clínicos com maior impacto de saúde e socioeconômico, sendo tão comuns como a asma e o diabetes mellitus; porém, poucos diagnosticados e tratados adequadamente.

Levando em conta que a prática regular de exercícios físicos pode promover relaxamento e aumento da temperatura corporal central, em formas que são benéficos para o início e manutenção do sono, este estudo objetivou avaliar a qualidade do sono em idosas praticantes e não-praticantes de atividade física, visando analisar os benefícios da prática regular de atividade física sobre o sono.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa observacional, comparativo, transversal, descritivo e analítico. Uma amostra intencional de 100 idosas da comunidade, residentes

na Zona Sul de Teresina (Bairros São Pedro e Vermelha), na faixa etária de 60-80 anos constituiu a amostra deste estudo. A amostra foi dividida em:

- Grupo 1 (G1) – formado por 50 idosas praticantes de atividade física;

- Grupo 2 (G2) – formado por 50 idosas sedentárias, previamente cadastradas na Estratégia Saúde da Família de Teresina-PI.

O G1 foi composto por idosas escolhidas aleatoriamente dentre as que praticavam atividade física regularmente em dois espaços comunitários locais: Espaço MP3 - Movimento Pela Paz na Periferia e Centro Social Pedro Arrupe.

As idosas deveriam praticar exercícios aeróbicos e/ou resistidos como parte de um programa de atividade física em grupo e/ou individual, realizada em pista plana e segura, sob supervisão e mediante liberação médica, com a frequência mínima de 2 sessões semanais de 40 minutos.

O G2, por sua vez, foi composto por idosas com estilo de vida sedentário - significando que estas idosas eram capazes de realizar atividades físicas regularmente, mas não o faziam por escolha própria e não pela existência de patologia prévia que lhes impedisse.

Considerando que a prática de atividades físicas apresenta-se potencialmente prejudicada em indivíduos com dor ou desconforto físico, foram excluídas idosas: com dor crônica; portadoras de cardiopatias e/ou pneumopatias graves; portadoras de Diabetes *Mellitus* (DM) e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensadas, ou ainda outra patologia capaz de limitar a prática de atividade física; com déficit cognitivo e aquelas que fizessem uso contínuo (mais de 4 vezes por semana) de medicamentos que sabidamente afetam o sono.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram duas ferramentas de avaliação subjetiva da qualidade do sono (validadas internacionalmente) e um questionário sociodemográfico, com questões de saúde da amostra.

O primeiro instrumento foi a versão brasileira do Índice de Qualidade de Sono Pittsburgh (IQSP) elaborado por Buysse e colaboradores em 1989, com o objetivo de fornecer uma medida de qualidade de sono padronizada, fácil de ser respondida e interpretada, que avalia a qualidade do sono durante o último mês.

Destaca-se por permitir avaliar a qualidade e padrões do sono em adultos, buscando diferenciar o sono em “bom”

ou “mau” através da avaliação de 19 (dezenove) questões autoadministradas e 5 (cinco) questões respondidas por seus companheiros de quarto (estas últimas são utilizadas somente para informação clínica) com pesos distribuídos numa escala de 0 a 3, agrupadas em 7 componentes: qualidade subjetiva do sono, latência para o sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, perturbações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção durante o dia.

As pontuações destes componentes produzem um escore global, que varia de 0 a 21, onde, quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono; de forma que pontuações de 0-4 irão indicar boa qualidade do sono, de 5-10 indicam qualidade ruim e acima de 10, indicam distúrbio do sono.

O segundo instrumento utilizado foi a versão brasileira da Escala de Sonolência de Epworth (ESE), publicada em 1991 por Johns. É um questionário desenvolvido através da observação da natureza e da ocorrência da sonolência diurna, que se refere à possibilidade de cochilar em oito situações cotidianas onde, para graduar a probabilidade de cochilar, o indivíduo utiliza uma escala de 0 (zero) a 3 (três), de modo que 0 (zero) corresponde a

nenhuma e 3 a grande probabilidade de cochilar.

A soma das oito situações descritas atinge valores de zero a 24 pontos. Na versão brasileira da escala, a classificação da sonolência excessiva é a seguinte: de zero a 6, normal; de 7 a 9, limite; de 10 a 14, leve; de 15 a 20, moderada; e acima de 20, grave.

As integrantes do G2 estavam cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Teresina – Piauí. Mediante autorização da Fundação Municipal de Saúde, obteve-se, em visita à unidade da ESF do bairro São Pedro, o nome e o endereço de idosas, acima de 60 anos que potencialmente pudessem formar o G2.

Em visita aos domicílios, as idosas que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão foram convidadas a participar da pesquisa. Diante da disponibilidade de cada participante, foi realizada a aplicação dos questionários ou agendada uma segunda visita ao domicílio, para que se realizasse a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Ao fim de cada entrevista, todos os participantes da amostra foram informados sobre a importância da prática regular de atividades físicas para a saúde do idoso, bem como dos seus

benefícios para o envelhecimento saudável e ativo.

O presente estudo foi submetido à avaliação da Coordenadoria de Ações Assistenciais da Fundação Municipal de Saúde, recebendo carta de apresentação à unidade da ESF do Bairro São Pedro, autorizando a realização da pesquisa. Em seguida, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santo Agostinho–CEP/FSA (sob o protocolo 590/11), obtendo parecer favorável à sua realização.

A coleta dos dados ocorreu no período de Março a Maio de 2012. A participação na pesquisa se deu somente mediante a assinatura (ou impressão dactiloscópica) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 6), após serem prestados os devidos esclarecimentos ao idoso ou ao seu responsável por meio de explicação verbal sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, segundo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados coletados nas avaliações foram catalogados e reunidos no programa Microsoft Office Excel 2007, para a construção da estatística descritiva. Para a análise comparativa dos resultados obtidos nos dois grupos, realizou-se o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, por meio do *software* SPSS®

(v. 17.0, Inc. Chicago, IL) para  $\alpha = 0,05$ .

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo constituiu-se de idosas jovens, predominantemente distribuídas na faixa etária de 60-69 anos, com uma média etária de 67,85 (DP  $\pm$  6,06) anos.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística <sup>(4)</sup>, as mulheres já correspondiam, em 2010, a 51,03% da população brasileira, em razão de apresentarem menor mortalidade que os homens, embora estejam sujeitas a sofrerem mais que os homens com doenças crônicas; em 2050, elas devem representar a 51,60% da população.

Segundo Lima e Bueno<sup>(12)</sup> o envelhecimento afeta as mulheres de maneira diferente da que afeta os homens, tornando-as mais vulneráveis não apenas aos problemas de saúde, mas ao isolamento social e a transtornos emocionais devido à aposentadoria, à

viuvez, às alterações fisiológicas, dentre outros problemas.

Na Tabela 1, seguem-se as principais características da amostra, segundo variáveis sociodemográficas. Observa-se que, quanto ao estado civil, 37 (37%) da amostra total eram viúvas, das quais a maioria (21%) pertencia ao grupo praticante de atividades físicas. Percebe-se, neste caso um aspecto positivo dentro da amostra estudada.

Na prática diária, não é raro encontrar casos em que a mulher idosa, após a morte do cônjuge, depare-se com um estado de depressão ou desenvolvimento de outras situações de morbidade. O que se observou, porém, foi um maior número de idosas que se dedicam a alguma atividade física, podendo estas estarem em busca de fatores que melhorem sua qualidade de vida e as afaste do estado de instalação de agravos.

**Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo variáveis sociodemográficas e de saúde (n=100) Teresina, 2012.**

VARIÁVEIS	PRÁTICA DE ATIVIDADE		
	SIM	NÃO	Total
<b>Idade</b>			
60-64	11(22%)	22(44%)	33(33%)
65-69	21(42%)	8(16%)	29(29%)
70-74	10(20%)	11(22%)	21(21%)
75-80	8(16%)	9(18%)	17(17%)
TOTAL	50(100%)	50(100%)	100(100%)
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	5(10%)	8(16%)	13(13%)
Casado	18(36%)	18(36%)	36(36%)
Divorciado	6(12%)	8(16%)	14(14%)
Viúvo	21(42%)	16(32%)	37(37%)
TOTAL	50(100%)	50(100%)	100(100%)
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	6(12%)	5(10%)	11(11%)
Ensino Fundamental	23(46%)	34(68%)	57(57%)
Ensino Médio	14(28%)	8(16%)	22(22%)
Ensino Superior	7(14%)	3(6%)	10(10%)
TOTAL	50(100%)	50(100%)	100(100%)
<b>Patologias Declaradas*</b>			
HAS	37(74%)	32(64%)	69(69%)
Diabetes Mellitus	14(28%)	6(12%)	20(20%)
Problemas Articulares	12(24%)	19(38%)	31(31%)
Dislipidemias	8(16%)	4(8%)	12(12%)
Problemas Cardíacos	5(10%)	5(10%)	10(10%)
Problemas Gástricos	4(8%)	1(2%)	5(5%)
Outros	17(34%)	21(42%)	38(38%)

Fonte: Idosos da Zona Sul de Teresina: 2012.

Legenda: \*o paciente poderá apresentar mais de uma patologia associada.

Quanto ao nível educacional, as idosas que relataram ter cursado o Ensino Fundamental foram maioria nos dois grupos estudados. Observou-se ainda que o grupo das praticantes apresentou-se com 21% de seus

Estudo de Camões e Lopes<sup>(13)</sup> com 37.692 indivíduos para verificar os fatores relacionados à prática regular de

componentes dentro dos níveis de ensino médio completo e/ou ensino superior, enquanto que no grupo de sedentárias apenas 11% das componentes apresentam esta realidade.

atividades físicas revelou que mulheres e homens com maior escolaridade possuíam probabilidade duas vezes

maior de serem fisicamente ativos que os menos escolarizados, estando de acordo com os dados observados na presente pesquisa.

Observa-se ainda na tabela 1 que, dentro do grupo de praticantes uma maior proporção de idosas apresentam agravos crônicos como hipertensão arterial sistêmica – HAS (74%) e diabetes *mellitus* – DM (28%) quando comparado com o grupo de sedentárias (64% e 12%, respectivamente).

Segundo Caromano, Ide e Kerbauy<sup>(14)</sup> as principais razões para as quais sujeitos sedentários há anos, repentinamente, já na terceira idade, iniciem e mantenham a prática de exercícios físicos são a necessidade de melhora emergencial da saúde, principalmente em situações de agravos já instalados e que possam significar risco a vida.

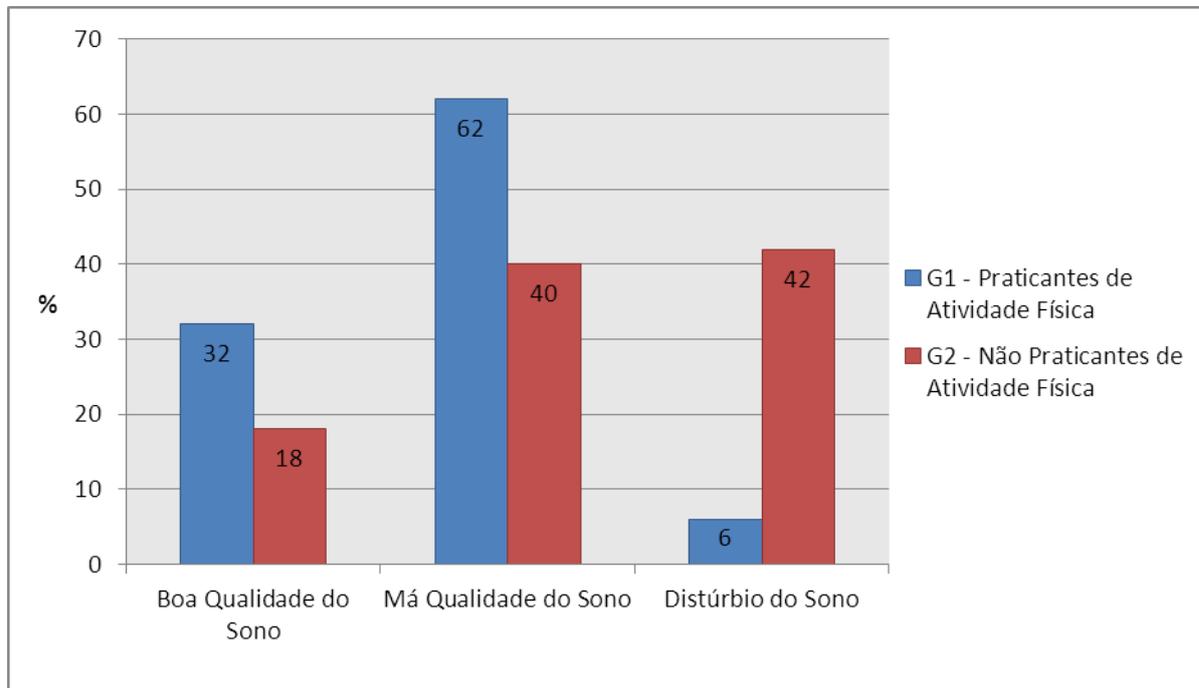
Na amostra geral, 69% das idosas eram portadores de HAS e 20% de DM. Apesar do processo de envelhecimento não estar, necessariamente, associado à incapacidades e doenças, à medida que cresce o número de idosos e eleva-se a expectativa de vida, as doenças crônico-

degenerativas tornam-se mais prevalentes.

A figura a seguir (Figura 1), refere-se à classificação da amostra segundo a pontuação obtida no IQSP. No presente estudo, as idosas praticantes de atividade física apresentaram menores *scores* no IQSP do que as idosas não praticantes de atividade física e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ( $U = 765,0$ ;  $W = 2040,0$ ;  $p = 0,000$ ).

Apesar de observar-se má qualidade do sono em uma proporção de 62% dentro do grupo de praticantes contra 40% dentro do grupo de sedentárias, percebe-se neste gráfico uma situação mais agravante quando verifica-se que 42% das idosas sedentárias apresentam um distúrbio do sono instalado contra apenas 6% desta situação no grupo ativo. Em estudo de Costa, Ceolim e Neri<sup>(15)</sup> para identificar problemas de sono em idosos da comunidade, revelou que dentre os 498 idosos participantes, 222 idosos (44,6%) relataram ter problemas de sono em geral.

**Figura 1 – Classificação da amostra segundo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh: comparação entre os grupos de idosas praticantes (G1 – n = 50) e não praticantes (G2 – n = 50) de atividade física da zona sul de Teresina – Piauí\*.**



Fonte: Idosas da Zona Sul de Teresina, 2012.

\*Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney estatisticamente significativo ( $U = 765,0$ ;  $W = 2040,0$ ;  $p = 0,000$ ;  $\alpha < 0,05$ ).

Corrêa e Ceolim<sup>(7)</sup>, em seu estudo sobre qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas em acompanhamento ambulatorial no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, realizaram uma pesquisa com 50 voluntários, com a análise dos achados do IQSP, e perceberam que a maior parte dos sujeitos possuíam má qualidade do sono, dado confirmado pela pontuação global, uma vez que 35 pacientes (70%) obtiveram pontuação superior a cinco.

Os autores afirmam que dificuldades para dormir afetam

indivíduos de todas as idades, mas há um aumento no número de afetados diretamente proporcional ao aumento da idade.

A figura 2 apresenta a classificação da amostra segundo a Escala de Sonolência de Epworth. As idosas praticantes de atividade física apresentaram menores *scores* na escala de sonolência do que as idosas não praticantes de atividade física e as diferenças observadas também foram estatisticamente significativas ( $U = 1018,0$ ;  $W = 2293,0$ ;  $p = 0,044$ ). Observou-se ainda que, dentro do G1, 52% das idosas apresentaram nível de

normalidade na escala avaliada, enquanto que, dentro do G2 esta proporção caiu para 36%.

No G2, 32% das idosas apresentaram nível de limite patológico no instrumento avaliado, enquanto que esta proporção foi de 20% no G1. Para o domínio Sonolência Diurna Excessiva Leve, encontrou-se 28% para o G1 e 20% para o G2 e para o domínio Sonolência Excessiva Diurna

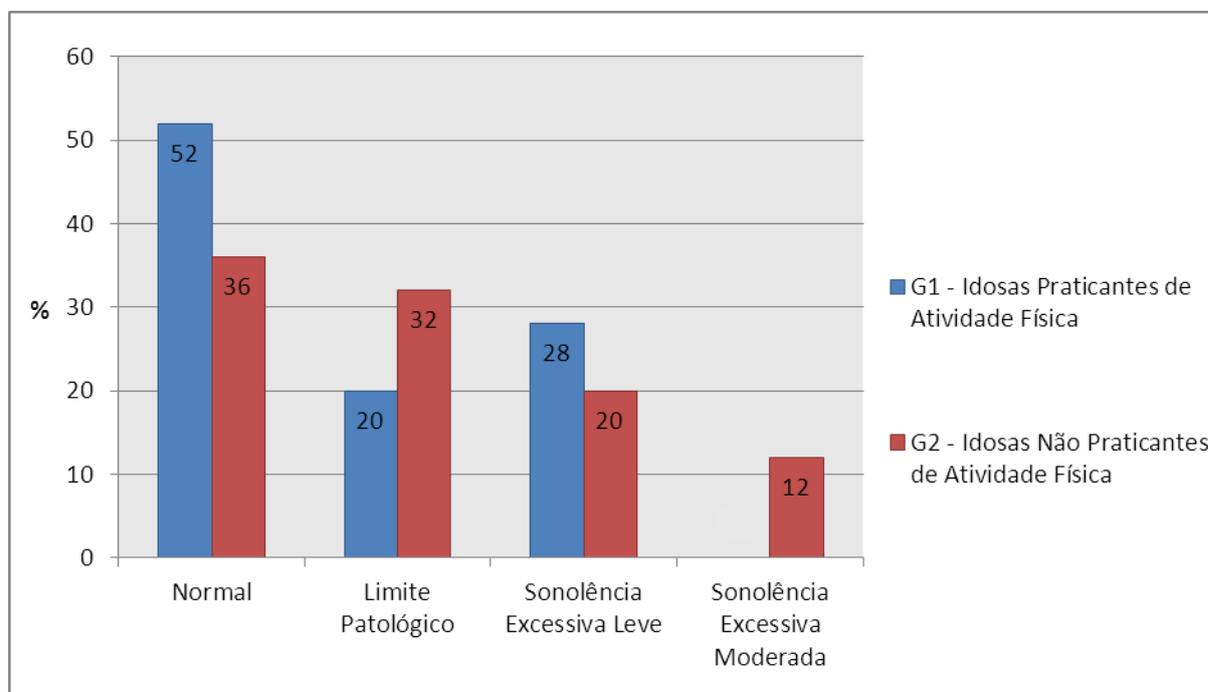
Esses dados reforçam o parecer de Ambrósio e Geib<sup>(17)</sup>, em estudo com 105 condutores de ambulância, onde foi possível observar que motoristas não

Moderada, encontrou-se 12% dentro do grupo G2.

Pedrosa e Holanda<sup>(16)</sup>, em estudo com 32 idosas hipertensas com (n=17) e sem (n=15) sonolência diurna excessiva (SDE), demonstrou mais de 47,7% da amostra estudada com SDE realizavam um baixo nível de atividade física; em contrapartida, no grupo que não apresentou SDE, 73,3% tinham um nível de atividade física moderado.

praticantes de exercícios físicos regulares têm a chance de apresentar SDE aumentada em 60%.

**Figura 2 – Classificação da amostra segundo a Escala de Sonolência de Epworth: comparação entre grupos de idosas praticantes (G1- n=50) e não praticantes (G2-n=50) de atividade física, Teresina - Piauí\*.**



Fonte: Idosos da Zona Sul de Teresina, 2012.

\*Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney estatisticamente significativo ( $U = 1018,0$ ;  $W = 2293,0$ ;  $p = 0,044$ ;  $\alpha < 0,05$ ).

Pereira et al<sup>(5)</sup> refere que, na presença da SDE, há diminuição da função motora e baixo desempenho na realização das atividades de vida diária, estando a sido associada à diminuição do rendimento no trabalho e na escola, afetando negativamente a aprendizagem, a interação social e a qualidade de vida.

Esses achados corroboram com Geib et al<sup>(18)</sup> ao enfatizarem a importância de se incorporar à revisão de rotina de saúde do idoso, uma avaliação sistematizada e abrangente do sono a ser realizada antes de qualquer encaminhamento ou indicação terapêutica, considerando-se que as queixas relacionadas ao sono podem estar associadas a outros distúrbios de saúde.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados observados no presente estudo, ressalta-se que o entendimento e a observância de um sono restaurador, como fator necessário à manutenção da saúde da pessoa idosa, é um requisito básico para a prevenção dos distúrbios do sono nessa parcela da população.

Todavia, mais estudos são necessários, sobretudo em relação à ao tipo, intensidade e quantidade de exercício a ser feito, a fim de que se

justifique e se otimizem os esforços na expansão de políticas que incentivam o envelhecimento ativo, produtivo e saudável.

Espera-se que os achados apresentados neste trabalho venham contribuir positivamente para a promoção de saúde da pessoa idosa, valorizando a prática regular de atividade física, enquanto instrumento de promoção da saúde física e mental da pessoa idosa.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moraes EM, Moraes FL, Lima SPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Rev Med Minas Gerais. 2010; 20 (1): 67-73.
2. Deliberato PCP. Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole, 2002.
3. Gomes KV, Zazá DC. Motivos de adesão a prática de atividade física em idosas. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2009;14.
4. \_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinops>

- e.pdf>. Acesso em: 18 de Maio 2014.
5. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priori SE et al. Influência de fatores sociossanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16 (6): 2907-2917.
  6. Boscolo RA, Sacco IC, Antunes HK, Mello MT, Tufik S. Avaliação do padrão de sono, atividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 2007; 1:18–25.
  7. Correia K, Ceolim MF. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):12-8.
  8. Seixas MP. Avaliação da qualidade do sono na adolescência: implicações para a saúde física e mental [dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2009.
  9. Guimarães LHCT. Idosas fisicamente ativas dormem mais e melhor que idosas sedentárias [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2007.
  10. Nunes IMSA. A constelação do idoso [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2009.
  11. Vela-Bueno A, De Iceta M, Fernandez C. Prevalence of sleep disorders in Madrid, Spain. *Gac Sanit*. 1999;13 (6): 441-8.
  12. Lima LCV, Bueno CLMB. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2009; 2 (2): 273-280.
  13. Camões M, Lopes C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42 (2).
  14. Caromano FA, Ide MR, Kerbauy RR. Manutenção na prática de exercícios por idosos. *Revista do Departamento de Psicologia*. 2006;18 (2):177-192.
  15. Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico - fragilidade em idosos brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4).
  16. Pedrosa R, Holanda G. Força muscular respiratória e capacidade funcional em idosas hipertensas com sonolência diurna excessiva. *Fisioter. Pesqui*. 2010; 17(2).

**17.** Ambrosio P, Geib LTC. Sonolência excessiva diurna em condutores de ambulância da macrorregião Norte do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2008; 17 (1).

*R. Psiquiatr. RS.* 2003; 25 (3):453-465.

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2014-07-29  
Last received: 2014-07-29  
Accepted: 2014-11-18  
Publishing: 2014-11-28

**18.** Geib LTC, Neto AC, Wainberg R, Nunes ML. Sono e envelhecimento.