



## Universidades Lusíada

Cordeiro, Natacha Dinis, 1987-

### **Qualidade de vida e sono : a perspetiva de adultos com mais de 55 anos residentes na região da grande Lisboa**

<http://hdl.handle.net/11067/4763>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2019

**Resumo**

Nesta investigação, procurou-se apurar e analisar os fatores sociodemográficos, idade, género, estado civil e habilitações literárias, preditores da qualidade de sono de adultos residentes na região de Lisboa, com idade superior a 55 anos. A amostra é constituída por 276 participantes, maioritariamente do género feminino (N=205), com uma média de idades de 75 anos, variando entre um mínimo de 55 anos e um máximo de 99, em que 91,3% se encontra em situação de reforma. A investigação foi organiza...

The aim of this research is to point out and analyze the socio-demographic factors, age, gender, marital status and educational qualifications, which will be better predictors of sleep quality of adults living in Lisbon and outskirts of this city, older than 55 years. The sample consists of 276 participants, mostly female (N = 205), with a mean age of 75 years, ranging from a minimum of 55 years to a maximum of 99, in which 91.3% are retired from work. The research was organized through the app...

**Palavras Chave**

Sono, Perturbações do sono, Qualidade de vida

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-05-17T10:14:55Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**Qualidade de vida e sono: a perspetiva de adultos com mais de 55 anos residentes na região da grande Lisboa**

**Realizado por:**  
Natacha Dinis Cordeiro

**Orientado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Arguente: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Dissertação aprovada em: 5 de dezembro de 2019

Lisboa

2019



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Qualidade de vida e sono: a perspetiva de adultos  
com mais de 55 anos  
residentes na região da grande Lisboa

Natacha Dinis Cordeiro

Lisboa

julho 2019



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Qualidade de vida e sono: a perspetiva de adultos  
com mais de 55 anos  
residentes na região da grande Lisboa

Natacha Dinis Cordeiro

Lisboa

julho 2019

Natacha Dinis Cordeiro

Qualidade de vida e sono: a perspetiva de adultos  
com mais de 55 anos residentes na região da  
grande Lisboa

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e  
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

julho 2019

## Ficha Técnica

**Autora** Natacha Dinis Cordeiro  
**Orientadora** Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlía Rute Maia Cabrita  
**Título** Qualidade de vida e sono: a perspetiva de adultos com mais de 55 anos residentes na região da grande Lisboa  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2019

### Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

CORDEIRO, Natacha Cordeiro, 1987-

Qualidade de vida e sono : a perspetiva de adultos com mais de 55 anos residentes na região da grande Lisboa / Natacha Dinis Cordeiro ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA, Túlía Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Sono
2. Perturbações do sono
3. Qualidade de vida
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Sleep

2. Sleep disorders

3. Quality of life

4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. QP425.C37 2019

## Índice

Índice.....	V
Índice de Tabelas .....	VII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos .....	IX
Agradecimentos .....	XI
Resumo.....	XIII
Abstract .....	XV
Introdução.....	1
Enquadramento Teórico.....	5
Qualidade de Vida .....	5
Caracterização do Sono.....	9
O papel dos Fatores Psicossociais e Demográficos.....	13
Alterações do Sono em Idade de Pré-Reforma .....	14
Alterações de Sono em Situação Paliativa.....	17
Comparação entre Género e Estado Civil.....	18
Intervenção.....	20
Qualidade de Sono.....	23
Objetivos .....	27
Método .....	29
Participantes .....	29
Instrumentos.....	30
Procedimentos .....	32
Resultados .....	35
Incidência de Doença Crónica.....	35
Associação entre WHOQOL e Qualidade de Sono.....	37
Comparação por Género.....	38
Comparação por Idade .....	39
Comparação por Estado Civil.....	40
Comparação por Habilitações Literárias.....	42
Estudo das Variáveis Predictoras da Qualidade de Sono.....	43
Discussão.....	45
Conclusão.....	50

Sugestões para Estudos Futuros.....	52
Referências .....	55



## Índice de Tabelas

Tabela 1- <i>Caracterização sociodemográfica (N = 276)</i> .....	30
Tabela 2 - <i>Doença crónica</i> .....	35
Tabela 3 - <i>Qualidade de vida e qualidade de sono</i> .....	36
Tabela 4 – <i>Correlações entre variáveis</i> .....	37
Tabela 5 – <i>Diferença entre género feminino e masculino</i> .....	38
Tabela 6 – <i>Diferenças entre idades (até aos 65 anos, entre 65 e 80 e mais de 80 anos)</i> .....	39
Tabela 7 – <i>Diferenças entre Estado Civil Solteiro, Casado, Divorciado ou Viúvo</i> .....	40
Tabela 8 – <i>Diferenças entre níveis de habilitações literárias</i> .....	42
Tabela 9 - <i>Coefficientes</i> .....	43



### **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

- AASM - American Academy of Sleep Medicine
- CHPL - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
- DA - Demência de Alzheimer
- DGS - Direção-Geral de Saúde
- DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ESRS - Comité da Sociedade da Investigação do Sono
- GHQ-28 - Escala de Saúde Geral de Goldberg
- ICSD - International Classification of Sleep Disorders
- NITEAD - Tratamento e Educação para a Insónia Noturna na Demência de Alzheimer
- NREM - Movimento não-rápido dos olhos
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PSQI - Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh
- PUBMED - Arquivo biomédico e ciências sociais dos E.U.A
- QS - Qualidade de Sono
- QV - Qualidade de Vida
- SLIQ - Questionário de Estilo de Vida
- WHOQOL - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde



## **Agradecimentos**

A Deus (das teses). À minha família, especialmente à minha mãe pelo amor e apoio incondicional. Às minhas amigas (e amigos) pela motivação e alegria. À minha Team Damasceno de Muay Thai da RFT que mantem a minha mente sã em corpo são (foi um ano enorme e cheio de conquistas para todos!). Às minhas colegas de trabalho, as melhores ouvintes dos meus autos de sono e investigação, e as melhores a agilizar as minhas ausências para tal. À Modigliani, pela sua bela e simples presença canina.

Agradeço profundamente à Professora Túlia pela sua disponibilidade, carinho e dinamismo, pela oportunidade que me ofereceu, aceitando orientar esta dissertação e permitir-me encerrar este capítulo académico.

Ao Professor Manuel Domingos que continua a proporcionar-me um laboratório vivo da prática da Psicologia e “os seus ensinamentos de alquimia”. OSS.

À Catarina Graça, que tem uma capacidade exímia para controlar os domínios da formatação.



## Resumo

Nesta investigação, procurou-se apurar e analisar os fatores sociodemográficos, idade, género, estado civil e habilitações literárias, preditores da qualidade de sono de adultos residentes na região de Lisboa, com idade superior a 55 anos.

A amostra é constituída por 276 participantes, maioritariamente do género feminino (N=205), com uma média de idades de 75 anos, variando entre um mínimo de 55 anos e um máximo de 99, em que 91,3% se encontra em situação de reforma. A investigação foi organizada através da aplicação de escalas e questionários sobre a qualidade de sono (PSQI), qualidade de saúde (GHQ-28), e qualidade de vida (WHOQOL e SLIQ), objetivando o estudo sobre as variáveis senescência, reforma, qualidade de vida e qualidade de sono. Os resultados encontrados sugerem que o género feminino obtém valores inferiores ao nível da qualidade de vida e uma maior incidência de perturbações de sono. A um nível geral a qualidade de vida correlaciona-se significativamente com a qualidade de sono. Verificou-se que as variáveis que melhor explicam a qualidade de sono são: a idade e a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** qualidade de sono, qualidade de vida, características sociodemográficas, fatores de proteção, senescência





## Abstract

The aim of this research is to point out and analyze the socio-demographic factors, age, gender, marital status and educational qualifications, which will be better predictors of sleep quality of adults living in Lisbon and outskirts of this city, older than 55 years.

The sample consists of 276 participants, mostly female (N = 205), with a mean age of 75 years, ranging from a minimum of 55 years to a maximum of 99, in which 91.3% are retired from work. The research was organized through the application of scales and questionnaires on quality of sleep (PSQI), health quality (GHQ-28), and quality of life (WHOQOL and SLIQ), to sight the study on the variables senescence, retirement, quality of life and quality of sleep. The results suggest that female participants score lower levels of quality of life and higher incidence of sleep disorders. At a general level, quality of life correlates significantly with sleep quality. It was verified that the variables which may explain sleep quality are: age and quality of life.

**Keywords:** quality of sleep, quality of life, sociodemographic characteristics, protection factors, senescence



“And I do not remember a night on which you could not hear things. If I could have a light I was not afraid to sleep, because I knew my soul would only go out of me if it were dark.”

Ernest Hemingway, 1927

“A rapariga do segundo-andar de defronte/ Debruça-se com os olhos azuis à procura de alguém./ De quem?./ Pergunta a minha indiferença./ E tudo isso é sono. / Meu Deus, tanto sono!” Fernando Pessoa, 1935



## Introdução

A atitude social relativamente aos padrões de sono de pessoas em idade de pré-reforma e reforma, vem-se revelando algo letárgica através da crença segundo a qual, os sintomas de alteração dos padrões saudáveis de sono são uma consequência natural do envelhecimento (Geib *et al.*, 2003) com tendência a agravar e, portanto, não merecedoras de grande investimento ao nível de intervenção clínica, ou do mito da inexistência de formas de reabilitação do sono, por via não medicamentosa. Muitos idosos não relatam as suas queixas ligadas ao sono porque simplesmente não as concebem como alterações patológicas, o que vem contribuindo para o subdiagnóstico e o aumento no consumo de substâncias hipnóticas, em que a grande parte dos consumidores tem mais de 60 anos (Geib *et al.*, 2013).

Pretende-se através desta dissertação contrariar esta letargia e considerar as alterações de sono e as suas implicações na qualidade de vida como acontecimentos anormais, digamos, associados ao envelhecimento, merecedoras de uma avaliação diagnóstica e intervenções terapêuticas, pois, embora as alterações afetem a profundidade e duração do sono, os idosos saudáveis mantêm a capacidade de dormir e restaurar a energia funcional (Geib *et al.*, 2003).

Um dos objetivos gerais desta investigação é a clarificação da influência das alterações de sono na população portuguesa com idade superior a 55 anos, em função do género, idade, estado civil, e escolaridade. Para atingir este objetivo será avaliada a perceção destas pessoas sobre o impacto destas alterações na sua saúde, e, de que forma as características do seu sono são mediadas pela sua qualidade de vida.

Na fundamentação teórica serão considerados os tipos de alterações de sono à medida que aumenta a idade, a respetiva situação laboral ou de reforma, os determinantes sociodemográficos, culturais e cognitivos e os esquemas atuais de intervenção da psicologia

clínica numa visão agregadora e promotora da obtenção de ganhos em saúde e bem-estar da população adulta.

Portugal apresenta um perfil demográfico caracterizado pelo aumento da longevidade e da esperança média de vida que atingiu em 2015 os 77,4 anos para homens e 83,2 anos para as mulheres, sendo 20,5% da população constituída por pessoas com idade superior a 65 anos (Costa, 2017). O crescendo da longevidade associado a um maior número possível de anos de uma vida saudável é sentido como uma bênção para as pessoas em geral e um espelho de uma sociedade humana que reconhece e cuida dos seus longevos. Resta investigar o que acontece efetivamente aos níveis social e pessoal se pensarmos que a qualidade destes anos ganhos através do aumento da qualidade de vida, apresenta ainda um potencial para melhorar (Costa, 2017). Este tipo de investigação poderá auxiliar na conceção de estratégias estatais prospetivas focadas na autonomia do cidadão, visto como agente da sua própria saúde, participação e segurança.

O envelhecimento individual, ativo e saudável depende de um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional condicionado por fatores de mudança biopsicossocial da pessoa durante o seu ciclo de vida, logo, a questão do envelhecimento saudável não deve somente obedecer à pedagogia sobre comportamentos saudáveis sendo fulcral trabalhar as dimensões ambientais e pessoais, fatores de proteção e risco no envelhecimento, determinantes económicos, sociais, culturais, ambiente físico, sistema de saúde e identidade de género. O bem-estar obedece assim a um conceito holístico, que contempla todos os componentes de vida valorizados pela pessoa, reflexo dos hábitos de vida, suporte, sucesso, motivação e princípios pessoais (Costa, 2017). A senescência é o processo natural que acompanha o envelhecimento, rigoroso, afeto universalmente, que se caracteriza pela alteração física homeostática, uma maior vulnerabilidade à patologia, e

consecutiva privação de processos vitais que alteram as funções principais do sistema nervoso central, nomeadamente o sono (Clemente, 2014). O sono é considerado tão essencial à vida como a alimentação, sendo que os sinais de alteração patológica do sono se assumem, aparentemente, como a principal causa de diminuição de qualidade de vida em idades avançadas (Antão *et al.*, 2012). Numa observação sobre a prevalência de perturbações de sono realizada em Portugal Continental a 1211 indivíduos verificou-se que o sintoma mais frequente é a dificuldade para iniciar e manter o sono, o mesmo se observa numa população brasileira (Lucchesi *et al.*, 2005), respetivamente a insónia inicial e de manutenção, aqui designada como latência. Assim 19% dos inquiridos relataram dificuldade em adormecer e 71%, despertares noturnos. Estes dados coincidem com estudos europeus em que 50% da população admite ter dificuldades em iniciar e manter o sono com consequências ao nível da qualidade e quantidade do mesmo (Gadie *et al.*, 2017). No estudo supracitado um menor nível de instrução significou uma maior tendência para alterações de sono, mais significativo no género feminino e em idades superiores a 75 anos (Branco *et al.*, 2006). Existem consecutivos estudos europeus que indicam diferenças marcadas entre género, ao nível das alterações de sono quando é considerada a variável da idade, em que as mulheres indicam mais frequentemente alterações de sono no seu começo, enquanto os homens apresentam uma maior prevalência de queixas de despertares noturnos (Gadie *et al.*, 2017).

Relativamente a dados europeus (Bracke & Straat, 2015), em média 24% da população afirma ter sofrido de problemas de sono quando inquiridos sobre os últimos seis meses. Entre os respetivos países, Portugal é o 3º a apresentar um maior número de indivíduos com mais de 60 anos, a sofrer de alterações de sono, aproximadamente 30%. Entre géneros, a discrepância nacional é de 16%, com agravamento de sintomas na população feminina, em que 37% apresenta alterações de sono, média superior aos 21% relativos à

população masculina e ao total dos indivíduos da amostra, quer ao nível europeu como nacional, colocando Portugal em 2º lugar na comparação com os outros países.



## **Enquadramento Teórico**

### **Qualidade de Vida**

Segundo Gergen & Gergen (2002) através do crescimento da população de pessoas com mais idade que usufruem de poder social, político e económico, decresce a vontade para aceitar a chamada era negra do envelhecimento e o tempo ideal para reconstruir a sua imagem de uma forma positiva. Para tal referem uma variedade de investigações que suportam que uma intervenção focada no fortalecimento da saúde, do bem-estar emocional, da participação ativa na vida, manutenção e fortalecimento de relações significativas, com consequências substancialmente positivas nesta faixa etária.

Estes autores chamam a atenção para a evidência de que a Psicologia talvez tenha gasto tempo e recursos de mais a focar os deficits das pessoas, por exemplo, na categorização das doenças mentais, descurando uma categorização mais positiva sobre as formas através das quais as pessoas prosperam, se tornam mais resilientes e como conseguem superar estes mesmos deficits. Por outro lado, o conceito de qualidade de vida começou a representar algo mais que a mera posse de bens materiais através da tendência da OMS, e da redação da sua constituição de 1948, para considerar que a saúde é um estado que depende da presença ou não de patologia. No contexto da senescência a definição atual de saúde que importa adotar é, um estado de equilíbrio que um indivíduo estabelece entre si e o seu ambiente e a capacidade de lidar adequadamente com as demandas da sua vida (Sartorius,2006). Existe portanto a possibilidade de determinados indivíduos sofrerem de alterações, nomeadamente a nível do sono, apontadas como patologias, sem que o indivíduo se sinta doente. Aqueles que sofram de doença ou alteração serão considerados pessoas saudáveis, ao nível por si definido, sobre o equilíbrio interno que lhes permite usufruir da vida, independentemente da presença da mesma.

De acordo, o conceito de qualidade de vida surge como um movimento no sentido de valorizar os parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2007).

As doenças não devem de facto substituir indivíduos, mas ao nível clínico dever-se-á trabalhar em duas dimensões: primeira, remover ou aliviar a doença, segundo, estabelecer este ponto de equilíbrio, através da exploração clínica da forma como os indivíduos se sentem sobre a doença, como ela afeta a sua vida, e como se propõe a lutar pela sua disseminação ou simplesmente a viver com ela (Sartorius,2006). O mesmo autor sugere que a promoção da saúde é afetada pelas diferenças na definição de saúde. Assim, a introdução da funcionalidade do indivíduo nesta definição gera um processo de reforço, sobre a sua autonomia e capacidade de adequar novos comportamentos salubres, por exemplo a prática obrigatória e regular de exercício físico, medida que sabemos melhorar a qualidade do sono, e a um conjunto de recomendações que removem do mapa fatores de risco ligadas a determinadas doenças, como um estilo de vida sedentária, hábitos tabágicos, nutrição pobre, e aplicação de medidas higiénicas, e veja-se que existe uma higiene do sono, muito para além da higiene mais vulgar do “lavar as mãos com regularidade” que implica horários, comodidades e rotinas. A qualidade de vida, mais especificamente na área da saúde, é assim vista como uma responsabilidade do próprio, e de cada um, como elemento participativo de ações preventivas, como expressão normal do seu comportamento harmonioso até em relação aos valores da sua comunidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é a perceção do indivíduo e a forma como define a sua posição na vida em termos de cultura, sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição deixa implícita a ideia do conceito subjetivo, multidimensional e inclui

elementos de avaliação tanto positivos como negativos. Reflete a subjetividade do construto inserida no contexto cultural, social e do meio ambiente (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2007).

Epidemiologicamente falando, as alterações de sono podem causar acidentes que colocam em causa a própria vida, uma perda severa na produtividade e alterações na dinâmica psicossocial. Há cada vez mais evidências que a insónia crónica provoca um impacto negativo a nível do bem-estar psicológico e qualidade de vida. A nível clínico, prevê-se que 40 % dos adultos que sofrem de insónia sejam diagnosticados com, pelo menos uma perturbação psiquiátrica, sendo a mais comum a depressão (Sahin & Timur, 2012). Os mesmos autores afirmam que a procura por artigos científicos com o termo qualidade de vida triplicou nos últimos dez anos como resultado de grandes avanços na cura da maior parte das doenças, o aumento da longevidade, e a capacidade renovada para viver longos períodos com doença crónica. O conhecimento dos pacientes sobre as doenças e a decisão participada sobre o tratamento aumentou igualmente, as alternativas de comunicação e o uso acessível da internet, ou seja, os indicadores da saúde para a qualidade de vida como a redução dos sintomas dos paciente e o aumento da longevidade não são atualmente suficientes para avaliar o tratamento clínico: a perspetiva do paciente, deve ser incorporada no processo de avaliação. Não obstante, o impacto das alterações de sono na qualidade de vida, são subestimadas. A qualidade e quantidade de sono a praticar depende de fatores como níveis de energia, e por sua vez os níveis de energia estão associados a numerosas doenças, portanto, em contexto clínico na avaliação do paciente deverá começar-se a aplicar algumas das medidas genéricas de vida positiva, nomeadamente escalas de qualidade de vida com uma abrangência à população saudável sobre circunstâncias normais. Como resultado, a nível da autoridade pública, deve forçar-se a atenção na higiene do sono e educação. Por exemplo, podemos prevenir a insónia se tomarmos medidas simples como praticar exercício, conhecer

técnicas de relaxamento, tomar duchas quentes, integrar uma terapia comportamental, excluído, tratamento medicamentoso (Nasiri *et al.*, 2013).

Estão em aberto as inúmeras possibilidades de cariz positivo que poderão elevar o nível de qualidade de vida destas pessoas mais velhas: voluntariado, viagens, educação, envolvimento político, criatividade artística, *performance*, movimentos unidos das religiões (cujas religiões mantiveram animosidades durante séculos), ou seja, crescimento pessoal, ou enriquecimento de casais. Brown *et al.* (2015) inserem igualmente nesta discussão o indicador da vitalidade, um fator a integrar no futuro neste tipo de investigação, por considerarem que este é um fator do tipo eudaimónico da qualidade de vida e não tanto hedónico, que dá ênfase ao significado e à melhoria do funcionamento e não à experiência do prazer; por sua vez o bem-estar eudaimónico é particularmente importante nesta faixa etária. O tipo de qualidade de vida eudaimónico está associado inclusivamente, através do estudo genético, a uma redução de genes pro-inflamatórios que causam doenças associadas ao envelhecimento, do tipo cardiovascular ou a diabetes.

A perceção subjetiva da qualidade de vida está tão dependente de fatores psicológicos, quanto físicos o que sugere, segundo os autores supracitados, que o *coping* psicológico adaptativo, pode proteger os indivíduos de um decréscimo na sua perspetiva de vitalidade e qualidade de vida, inclusivamente quando vivem com prejuízo somático. Segundo Myllyntausta & Stenholm (2018), o sono é uma característica chave em termos de saúde e qualidade de vida, e particularmente relevante no que toca ao desempenho laboral. As alterações de sono estão associadas ao decréscimo da produtividade, absentismo e acidentes. Numa altura em que a geração *baby boomer* está a entrar na reforma, torna-se importante investigar de que forma o sono se altera nesta situação em que supostamente se abre uma janela de mudanças positivas relativas ao sono, nomeadamente, o horário de trabalho deixa

de dominar os tempos de sono e os stressores relacionados com o trabalho são removidos. Assim, a qualidade de sono parece ter um papel mais forte que a duração de sono como preditor de qualidade de vida. As evidências que a melhoria da qualidade de sono e sua duração aumenta com a reforma são importantes para promover mudanças positivas no sono antes e depois deste momento. Em paralelo, uma melhoria do padrão de sono pode traduzir-se num melhor funcionamento diurno, e no aumento da qualidade de vida em dimensões como redução de fadiga física e psicológica, e um aumento positivo na percepção da própria saúde.

### **Caracterização do Sono**

A teoria do sono desenvolve-se a partir do século XX segundo duas correntes: as teorias do restabelecimento que definem que o sono acontece para sanar o corpo e as teorias evolucionistas que veem o sono como uma capacidade instintiva de sobrevivência dos animais. Mais importante, no seguimento, é a descoberta dos dois tipos de sono: NREM, onde é possível observar a ausência de movimentos oculares, em que, aparentemente, acontece o restabelecimento de processos biológicos degradados durante o dia, e o sono REM, em que os olhos se movimentam dentro das pálpebras como se contemplassem algo, supostamente responsável pela revitalização de processos cerebrais através de dinâmicas biológicas de síntese proteica. Há quatro fases essenciais no sono NREM: sono leve, sono intermédio, no qual se verifica o relaxamento progressivo do corpo e das suas funções, sono profundo e sono mais profundo com desligamento do mundo exterior (Bes & Schulz, 1997). Outra descoberta fundamental feita por Freud revelou que os sonhos têm uma função psicológica fundamental e não são criações aleatórias provocadas por estímulos físicos. Interferem com o próprio sono e é uma forma do organismo trabalhar ao nível da consciência, a experiência subjetiva. Dormir significa sonhar, sendo que sonhar é uma necessidade

fisiológica. Na psicanálise as alterações de sono impõem-se, desde logo, como dimensões clínicas significativas relacionadas com, por exemplo, fenómenos ansiosos (Pereira 2007).

Para definir as alterações de sono o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th Edition (DSM-III), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition (DSM-IV) e a Classificação Internacional dos Distúrbios do sono, geram linhas orientadoras de diagnóstico a nível de incidência temporal, se os sintomas se manifestam no presente, mês ou ano transato e *spam* de vida. O DSM-IV, define como critérios de insónia, a dificuldade em iniciar ou manter o sono, e a sensação de sono não reparador, por pelo menos um mês. Estes critérios têm um carácter inespecífico, dificilmente trabalhados na investigação científica e caracterizados pela dúvida em relação ao sofrimento sobre a queixa predominante. No entanto, poucos sintomas interpelam tão radicalmente as pessoas quanto a insónia. A dificuldade em adormecer, o despertar sobressaltado, ou simplesmente o sono inquieto e agitado impõem uma interrogação oculta sobre si mesmo. As perturbações de sono tendem a ser vistas como um mal-estar inespecífico ligado às incertezas da vida e do mundo atual (Pereira, 2003). Em geral as pessoas estão pouco cientes sobre a importância do sono e do impacto que a sua privação poderá causar no seu dia-a-dia. Aparentemente consideram as alterações de sono como um acontecimento normal, sem considerar este facto como patologia, colocando em jogo a sua saúde e bem-estar (Bracke & Straat, 2015).

A insónia é definida, num registo mais atual através do International Classification of Sleep Disorders, version 2 (ICSD-2), como uma alteração do sono, na sua duração, eficiência e qualidade, alteração que se manifesta contrariamente ao que seria expectável, traduzida numa situação disruptiva do dia-a-dia e incapacitante. Esta noção mais global difere das anteriores, e insere um novo conceito sobre as consequências diurnas da insónia. Assim as alterações de sono não são sintomas que afetam e se desenvolvem no período em que

supostamente ocorreria o sono, portanto durante a noite, mas, compreendida em relação às vinte e quatro horas que ocupam todo o dia.

O efeito da privação de sono no funcionamento cerebral é significativo e mensurável através da avaliação do decréscimo no desempenho das funções cognitivas e os efeitos biológicos nas vias cerebrais que suportam este mesmo desempenho cognitivo, por exemplo, verifica-se a redução na velocidade de processamento e atenção. As funções cognitivas superiores, são afetadas de forma menos pronunciada, observando-se um desempenho menos intensivo da capacidade cristalizada. Estas alterações pioram há medida que aumenta o tempo em que o indivíduo se encontra acordado, mas são contornadas depois que se atinge uma qualidade de sono próxima do normal. Isto quer dizer que a nível clínico se deve introduzir uma triagem do sono em contexto de entrevista clínica, em registo regular de forma a avaliar cognitivamente o indivíduo (Bucks & Waters, 2011). Segundo Gadie *et al.* (2017) o principal fator de proteção da saúde ao nível fisiológico é um tipo de sono regular e suficiente que promove a consolidação de memórias, a eliminação de radicais livre e resíduos neurotóxicos.

Russel Foster (2013) afirma que ao atingir 90 anos o ser humano terá dormido aproximadamente 32 anos da sua vida, o que significa que de facto o sono é a experiência comportamental mais importante das nossas vidas.

O mesmo autor refere que em pleno século XXI assistimos a uma obsessão para ocupar a noite e durante este processo de ocupação tratamos o sono praticamente como uma doença ou inimigo. O sono é uma multifunção muitíssimo importante ao nível bio-psico-social. Num contexto biodinâmico, verifica-se em determinadas áreas cerebrais um aumento da respetiva atividade durante o período de sono. O sono não emerge de uma estrutura cerebral de forma isolada mas verificam-se propriedades em rede. Quanto pior a qualidade do

sono, em qualquer idade, maior comprometimento dos indivíduos na realização de tarefas cognitivas com reflexo negativo nas atividades da vida quotidiana.

Os denominadores ambientais são considerados como fatores secundários capazes de provocar anomalias no padrão de sono. O ambiente social é um deles, tal como as condições físicas geradoras de desconforto, sofrimento e dor. Numa perspectiva naturalista, parece emergir um conceito bastante importante, de carácter protetor, a cognição ambiental, e a necessidade de conhecer a percepção, sentimentos e comportamentos das pessoas na experiência dos seus ritmos biológicos e de que forma se acionam os seus sistemas de temporização, mais adaptativa. Segundo Pereira (2003) o ritmo da nossa vida e da nossa sociedade espelha-se em contexto clínico na demanda dos pacientes por dormir “como deve ser”. Este é um pedido em espelho do mundo contemporâneo, emergente, por norma, de pessoas aparentemente saudáveis, mas que à noite não encontram paz interior que permite o sono e o repouso. Os indícios mais perturbadores são o estimar que pelo menos um terço dos adultos no Ocidente sofra de algum tipo de insónia e que a medicação tranquilizante esteja entre as drogas lícitas mais vendidas no mercado farmacológico atual; trata-se de uma contradição interna da nossa cultura.

Por outro lado, Knutson, (2013) indica no seu estudo que a duração do sono é parcialmente determinada pelo comportamento e será hipoteticamente moldada por valores culturais, crenças e práticas. O tempo, o local e com quem as pessoas dormem são aspetos impactantes sobre a qualidade e tempo de sono. A nível mundial, aparentemente, existe uma variação substancial das características da qualidade do sono subjetivo, sem que os investigadores compreendam a sua origem. Ao compararmos dez países espalhados pelo mundo em relação à hora de ir deitar, chegamos à conclusão que este momento acontece mais precocemente, dez da noite, no Brasil, Alemanha, Eslováquia e África do sul, e mais tarde, à



meia-noite, em Portugal e Espanha. Ainda assim, a duração mais curta de sono provém do Japão, aproximadamente 7 horas, e mais longa de Portugal, 8,4 horas. A percentagem de indivíduos com uma fraca qualidade de sono poderá variar entre 10%, correspondente à Áustria e 32% à Bélgica. Os mecanismos da máquina social sobre os efeitos na saúde e especificamente na qualidade de sono, não foram de todo identificados, e ainda que consideremos estar perante uma conjuntura de *stress* social, ou global, é necessário repensar o seu próprio termo ou definição, e entender que a resposta a condições stressantes varia consoante a individualidade de cada ser humano. (Knutson, 2013).

### **O papel dos Fatores Psicossociais e Demográficos**

Factores psicossociais tais como depressão, *stress* e solidão são associados a um aumento de alterações de sono. No caso da depressão observamos uma desconstrução na arquitetura do sono e redução da sua eficiência acompanhada de queixas de insónia. O *stress* tem sido mais estudado como factor de risco relativamente às pessoas que se encontram no papel de cuidadoras, em que a qualidade de sono é inferior a um grupo de não cuidadores. A solidão está associada a uma fraca eficiência de sono e à sua fragmentação (Knutson, 2014).

Chen *et al.* (2008), indicam que as variáveis do seu estudo correlacionadas com a qualidade do sono, respetivamente, depressão, relações sociais, nível de educação e hábito de consumo alcoólico regular, participam de 46% sobre a variância da qualidade sono, ou seja, a qualidade de sono dos idosos melhora se estes mantiverem pouca tendência para a depressão, boas relações com amigos e familiares e um nível de escolaridade inferior ao ensino superior. Os fatores associados ao nível de escolaridade, cognição, atitude, *status* psicossocial, estilo de vida e ocupação têm aparentemente uma grande influência nos resultados, tal como os hábitos de sono anteriores à reforma. Na medida em que as diferenças socioculturais acarretam uma vulnerabilidade dos indivíduos relativamente ao *stress*, solidão e depressão, é

importante, no futuro, estudar a importância das mesmas em associação com as alterações do sono. A pressão social e um conjunto de condições ambientais pobres poderão provocar um decréscimo da qualidade de sono em populações desfavorecidas. As diferenças absolutas nos padrões materiais que incluem os efeitos ambientais do ruído, luminosidade e poluição do ar poderão ser afetadas se forem tomadas conjuntamente em consideração com a riqueza relativa das famílias, fator que sabemos ser causa de *stress* psicossocial. Numa sociedade, um nível igualitário de ganhos monetários e um maior nível de coesão social é associado a uma maior qualidade de vida e, portanto, um fator de proteção relativo às alterações de sono. A nível prático a mediação das disparidades sociais faz-se através de investigação progressiva, e de um conjunto de intervenções de cariz pouco dispendioso, não farmacológicas e comportamentais. Sempre com o objetivo de promover a saúde em populações de risco.

### **Alterações do Sono em Idade de Pré-Reforma**

As alterações de sono são conotadas como um dos principais problemas de saúde que afetam a autoavaliação e a intenção de proceder à reforma (Silva, 2016), quando, por motivos socio-económicos, a idade a partir da qual os indivíduos têm direito a aceder-lhe é cada vez mais prolongada. Assim podemos afirmar que este grupo etário, da chamada nova idade, sensivelmente até aos 70 anos é um grupo a destacar, no sentido de definir uma intervenção adaptada a esta nova realidade, sobre o criar condições para que estas pessoas permaneçam na força de trabalho durante mais tempo, sem prejudicar a sua saúde, mantendo ou melhorando, a sua qualidade de vida.

À medida que se atinge a 3ª idade verifica-se o aumento no estágio 1 do sono, e um decréscimo tanto no estágio 2 como no sono REM (Gadie *et al.*, 2017). Se analisarmos ao nível europeu as diferenças significativas do efeito da idade sobre as alterações de sono, percebemos que elas existem entre a população com 60 a 69 anos e os indivíduos com idades

entre os 50 e os 59 anos, em que os mais novos parecem padecer de mais problemas de sono. A diferença entre países é mais pronunciada entre as mulheres e parece variar segundo o número de filhos. Excetuando uma situação de desemprego por invalidez ou doença, apenas as pessoas reformadas apresentam mais problemas de sono, se comparados aos semelhantes que continuam a exercer a sua profissão (Bracke & Straat, 2015). Assim podemos afirmar que a situação de reforma é preditora de um agravamento de sintomas de sono e que a gestão do envelhecimento, em contexto de trabalho deve ser um ponto a investir socialmente. Segundo Ferreira (2015), esta gestão não se configura ainda estrategicamente, mas existe recentemente um novo espaço de discussão que tem dado frutos ao nível do debate científico.

Pertencer a um grupo de idade avançada tende a ser associada a um agravamento da qualidade do sono na maioria dos países europeus, ainda que esta associação não seja propriamente linear. Segundo Bracke & Straat (2015) que chamam a atenção para a necessidade de estudar as alterações de sono especificamente junto dos idosos, a experiência do envelhecimento diversifica-se consideravelmente entre países.

A quantidade de sono necessária para o idoso mantém-se constante durante a vida, sendo que a sua qualidade sofre alterações. Com a idade diminui o tempo de sono profundo (estágios delta 3 e 4), acompanhados de despertar noturno e períodos de despertar prolongado, com grande dificuldade em voltar a adormecer.

Este decréscimo de qualidade do sono faz parte de um conjunto de mudanças consequente das alterações típicas do processo de envelhecimento, ou seja, a nível biológico verifica-se a alteração do ritmo circadiano, relógio biológico estabelecido a cada 24 horas regulador de vários sinais vitais do organismo, tais como, pressão arterial, temperatura corporal, produção hormonal, saciedade, atividade digestiva, funcionamento dos rins e intestinos. Consequentemente, a alteração do ritmo circadiano e da dinâmica biológica

estender-se-á à performance diária com tendência para uma fadiga fácil e uma mudança de rotinas com tendência a maiores e mais recorrentes períodos de descanso.

Existem várias hipóteses sobre os fatores que contribuem para as alterações de sono no idoso com demência. A primeira advém das próprias alterações neuropatológicas (Camargos *et al.*, 2015), como a perda neuronal e a atrofia do núcleo supraquiasmático do hipotálamo, que interferem na organização do ciclo sono-vigília e na redução da atividade colinérgica, uma vez que a acetilcolina tem influência no sono REM. Nestes casos o sono alterado é amplamente assumido como resultado da medicação, sendo os sintomas mais comuns a deambulação desorientada, confusão e despertares noturnos, sonolência diurna, inversão do ciclo sono-vigília, alterações cognitivas e metabólicas.

Segundo Knutson (2013) podemos pensar o declínio do sono como consequência de comorbilidades associadas ao envelhecimento, mas não só; as questões de isolamento progressivo e escassez de suporte social devem ser esclarecidas.

Considerando as alterações de sono como um distúrbio comportamental, altamente comprometedor da qualidade de vida, aumentado em caso de doença, como as demências, de cariz extremamente pesado e ingrato, percebemos tratar-se de um compromisso que se estende ao cuidador e que muitas vezes obriga o paciente a alterar o seu ambiente, e que o faz incorrer em risco, por exemplo de institucionalização (Camargos *et al.*, 2015). Numa população brasileira, a incapacidade para dormir foi correlacionada com uma diminuição da capacidade cognitiva e, frequentemente sinónima de frustração e conseqüente abandono de cuidados domiciliários prestados pela família a pacientes com demência, para além do facto que este tipo de alteração cognitiva é aumentada pelo abuso de medicação psicotrópica (Geib *et al.*, 2003).

Knutson (2014) através da teorização dos fatores psicossociais, afirma que os idosos pertencentes a sistemas fortes de suporte social terão uma qualidade de sono superior em comparação aos que carecem de conexões sociais; assim, na medida em que a posição e o papel social destes indivíduos variam entre as diferentes sociedades, chega-se a uma possível explicação sobre a diversidade de associações entre sono e envelhecimento, com repercussões importantes na identificação futura de fatores protetivos face às alterações de sono, que propiciam a qualidade de vida e o bem-estar geriátrico.

### **Alterações de Sono em Situação Paliativa**

Segundo Albuquerque *et al.* (2016), num estudo em que foram contempladas 83 pessoas com idade média de 71 anos, são comuns as alterações de sono entre indivíduos em situação paliativa, revelando-se uma prevalência de 48%, dentro da qual se expressam os sintomas de insónia, a hipersónia e a sonolência diurna.

Nestes casos especificamente, a insónia exacerba-se pela preocupação do indivíduo sobre a doença pré-instalada, e a incapacidade para dormir gera um ciclo vicioso entre as seguintes situações: aumento da ansiedade nas tentativas para adormecer, aumento da frustração e mal-estar pela perceção da incapacidade para voltar ao sono. Além dos sintomas psicológicos a insónia é muitas vezes propulsionada pela dor, incontável, digamos. Os fatores ambientais associados à hospitalização ou institucionalização são bastante desconfortáveis embora necessários, tais como intervenções noturnas por parte dos técnicos de saúde, ou ruído normal de um espaço partilhado com outros utentes.

Há a relevar que a hipersónia é comumente subavaliada e entendida como sonolência excessiva e comorbilidade de outra doença, ou efeito da medicação (Ahn *et al.*, 2010). No entanto é essencial a sensibilidade do profissional de saúde no sentido de uma abordagem a este diagnóstico como potencialmente sanável, visto que a hipersónia causa, factualmente,

um mal-estar e uma disfuncionalidade do indivíduo tanto na sua atividade laboral ou do dia-a-dia, e ao nível das suas relações sociais. Além do mais, em caso de doenças graves ou terminais será difícil distinguir a sonolência de estados alterados da consciência, de natureza patológica (Albuquerque *et al.*, 2016).

A sonolência também designada como disfunção diurna tem origens multifatoriais desde a insónia, inversão do ciclo despertar-sono, doenças metabólicas, medicamentos opióides, antidepressivos e anticonvulsivos (AASM, 2005).

### **Comparação entre Género e Estado Civil**

Knutson (2014) aponta uma diferença, e um fator de risco importante coexistente entre género, no que consta à hipersónia e à evidência de um aumento considerável de ondas lentas na meia-idade, mais concretamente, no caso das mulheres associado à menopausa e à alteração do funcionamento das hormonas reprodutivas, e no caso dos homens, uma maior predisposição a doenças cardiometabólicas. Neste panorama, o tempo e qualidade de sono é quantitativamente superior nas mulheres, mas o mesmo não se verifica a nível qualitativo. Esta contradição replica-se a outros níveis patológicos do sono e deve-se, supostamente, aos papéis e expectativas sentidas pelos respetivos géneros, por exemplo, as mulheres sentir-se-ão mais dispostas a admitir as suas dificuldades de sono e manifestam, comparativamente, altíssimos níveis de ansiedade e depressão.

Segundo Buysse *et al.* (2009) as mulheres revelam, pelo menos até esta geração, uma maior interdependência relacional entre fatores como: uma sensibilidade emocional mais pronunciada, reatividade fisiológica perante problemas ou relações negativas, e a qualidade do sono, efetivamente sensível à ondulação dos mesmos. As demandas sociais, o protagonizar de diversos papéis dentro e fora de casa, a felicidade conjugal, a transição para a

parentalidade e a adaptação a uma doença, estão ao mesmo tempo ligadas a alterações nos padrões de sono e à precipitação do declínio da relação conjugal.

Parece assim, existir uma concordância sobre a necessidade identificar os processos estruturais e interpessoais que marcam a diferença no usufruto do sono entre casais. Aparentemente, vários estudos anteriores a 2019, sugeriam que o casamento estava associado com um sono de melhor qualidade, o que progressivamente não se verifica pelo menos em termos do tempo em que este ocorre. Segundo Jackson (2017), que investigou a prevalência da duração curta (7 horas) e longa (9 horas) nos casais com matrimónio, não existem, em termos raciais e de género, diferenças significativas, sendo o período de sono considerado curto prevalente entre casais, se comparados a pessoas solteiras. Cauley *et al.* (2016), numa revisão combinada entre sono e envelhecimento através de artigos publicados na PUBMED indicam que a viuvez e a qualidade do casamento são preditores potencialmente relevantes de alterações do sono.

Os resultados de 150 anos de investigação sobre os benefícios do casamento para questões associadas à saúde e bem-estar indicam que os homens casados usufruem de melhores níveis de qualidade de vida, em comparação aos seus semelhantes solteiros e viúvos nas dimensões física e psicológica, com aparente redução do risco de depressão, maior nível de satisfação com a vida em tempo de transição para a reforma, melhor performance cognitiva e, em último caso, menor risco de proliferação dos sintomas da D. A., melhor regulação dos níveis de açúcar no sangue e uma aderência mais positiva no caso de internamento hospitalar e sua recuperação. É estatisticamente provável que as mulheres sejam viúvas mais cedo, no entanto, considera-se o género masculino um grupo de risco nesta matéria através da observação de um maior número de suicídios, e há evidências de que os homens viúvos perecem a um ritmo mais acelerado das doenças preexistentes (Simon, 2019).

Considerando a variação substancial entre a sintomatologia, vivência e papéis de género existente entre diferentes sociedades, o nível de diferença da qualidade de sono entre homens e mulheres mantem-se uma questão interessante e pouco explorada. Interessa apontar que ao nível europeu existem evidências, igualmente escassas, que este fenómeno acontece analogamente em casais homossexuais (Simon, 2019).

### **Intervenção**

As teorias e modelos são muito importantes para o progresso científico no campo da investigação do sono e cumprem duas funções: a da observação experimental e a formulação de predições que possam ser utilizadas em investigação futura, ou programas de intervenção em desenvolvimento. Relativamente às teorias atuais do sono, nenhuma se propõe a ser completa: trata-se de um campo que vem alcançando rápida extensão de autores, é por si só um conceito intrigante, mas talvez por isso dispomos de poucas metodologias específicas para o seu estudo (Bes & Schulz, 1997).

A medicina do sono é uma nova disciplina nos cuidados de saúde, encontrando-se num bom momento de evolução a nível global, que foca a componente comportamental. Afim do estabelecimento de um currículo interdisciplinar sólido e da necessidade de implementação de programas de sensibilização para o aumento da qualidade de sono, o ESRS, catalogou o tipo de intervenção nesta área segundo os seguintes aspetos: fisiologia, patologia, diagnóstico e tratamento, com fins sociais e organizacionais, nomeadamente, servir o máximo de profissionais de saúde, como psicólogos e cientistas, para uma educação sobre o sono. Segundo esta catalogação as áreas com maior importância para a intervenção clínica da psicologia são as bases neurológicas do sono, a regulação do sono e despertares, efeitos da privação do sono, classificação das alterações de sono, a entrevista clínica e a reabilitação (Bassetti *et al.*, 2013).



Nos estudos atuais sobre problemas de sono verifica-se uma inclinação por parte dos investigadores em focar-se na insónia. Ainda que este termo seja amplamente usado, sugerindo uma definição fixa, cada corrente ao nível metodológico define ampla e distintamente o conceito de insónia conforme as carências em termos da sua própria aferição concetual (Bracke & Straat, 2015).

Existem atualmente diferentes métodos para aferição sobre as dimensões do sono. A polissonografia, realizada através de eléctrodos aplicados no corpo resulta num registo arquitetónico do sono que abrange os dois principais estádios de sono REM e NREM. O NREM é dividido em pelo menos mais 3 estágios, sinónimos de um sono sucessivamente mais profundo. A actigrafia é um método realizado através de um aparelho parecido com um relógio, contador de movimentos, em que um menor número dos mesmos é indicador do período de sono, sem no entanto, apurar os estágios. Finalmente, a estimativa subjetiva sobre a duração do sono e sua qualidade, bem como o nível de sonolência são amplamente aplicadas (Knutson, 2013).

A intervenção psicoterapêutica focada nas alterações de sono deverá conceber que as mesmas estão fortemente correlacionadas com a satisfação e qualidade de vida dos utentes ou pacientes, e que são traduzidas pelo desconforto ou sofrimento dos mesmos, consequência física e psicológica de um nível de fadiga muitíssimo elevado, intolerância à dor, irritabilidade e depressão (Albuquerque *et al.*, 2016). A sua prevalência a partir dos 55 anos é de facto alarmante, pelo que as mesmas devem ser avaliadas e encaradas como problemas, quer sejam decorrentes do processo de senescência, ou definidas como doenças orgânicas ou psiquiátricas. O seu aparecimento e, ou, exacerbação podem ser prevenidos, com a devida valorização, investigação e intervenção (Geib *et al.*, 2003).

Embora a prevalência das alterações de sono da D.A. seja bastante alta parece não existir uma forte congruência relativamente ao seu tratamento quer por via farmacológica e/ou não farmacológica (Camargos *et al.*, 2015). Os tratamentos vulgarmente visam a higienização do sono, uso de luz intensa, uso de melatonina, inibidores de acetilcolinesterases, antipsicóticos, hipnóticos ou antidepressivos, mais propriamente trazodona.

As terapias comportamentais, ou terapia de luz brilhante são abordagens recomendadas e bastante vantajosas devido ao baixo risco para a saúde se comparadas à terapêutica farmacológica.

A higiene do sono é uma terapia comportamental e aparentemente o seu sucesso depende da experiência individual de quem a dinamiza, e da forma como o próprio paciente adere ao tratamento. Um dos problemas humanitários que aqui se coloca é que, na prática clínica, é verificada a baixa aderência dos cuidadores às medidas de higienização e uma má perceção do sono, como iremos verificar seguidamente. É sempre necessária uma ação psicopedagógica presencial, e não a simples entrega de orientações escritas. Segundo Camargos *et al.* (2015) o projeto NITEAD, tratamento aplicado pelo cuidador, parece surtir efeitos positivos na reabilitação do sono. O treino é constituído por orientações sobre a higienização do sono a trabalhar com os pacientes, e exercício físico a ser praticado diariamente durante 30 minutos. Verificou-se que os cuidadores tiveram uma ação motora para mudar os hábitos dos pacientes, sendo que após 2 meses de tratamento o sono tornou-se mais eficiente quanto à redução de despertares noturnos e sonolência diurna.

A qualidade de sono está positivamente associada a prática de *mindfulness* (Hirsch *et al.*, 2015) com evidências de redução de disfuncionalidade cognitiva que aumenta a excitação pré-sono, promovendo uma maior aceitação biológica dos processos de iniciação do sono.

## Qualidade de Sono

Existem essencialmente dois tipos de investigação que regulam as intervenções sobre os fatores de risco relativos ao sono: o estudo sobre os efeitos cronológicos e não cronológicos e ainda uma grande lacuna relativamente ao examinar dos fatores associados ao desenvolvimento de alterações na qualidade do sono a um nível compreensivo e preventivo à parte do potencial impacto do envelhecimento cronológico por si só.

A qualidade do sono é um constructo que pode ser avaliado através do auto relato e de escalas para o mesmo efeito. Os elementos recolhidos variam de forma dependente das características do próprio sujeito. Este tipo de avaliação tem assim um carácter subjetivo com dados do tipo quantitativo relativos à duração do tempo de sono, número de despertares, tempo de latência, e dados do tipo qualitativo como o que é sentido pelo sujeito relativamente à qualidade do seu descanso, estados de humor e conteúdo onírico. O PSQI, segundo Buela-Casal & Sanchez (2002), é o instrumento orientador do presente estudo, um inquérito amplamente usado para aferir a boa ou má qualidade do sono, nomeadamente em contexto hospitalar e clínico onde, por razões óbvias, é premente a sua aplicação para avaliação de grupos de maior risco. Numa investigação realizada numa Unidade de Saúde do Alto Minho (Matos, Nina & Rodrigues, 2014), as autoras concluem que as perturbações do sono são muito frequentes entre os utentes que recorrem aos cuidados de saúde primários e que cabe à equipe clínica, mais especificamente ao médico de família, estar alerta aos sinais de alterações ou patologias do sono para proceder a um diagnóstico e acompanhamento adequado. Esta preocupação prende-se com o facto de o sono estar nos 10 principais motivos de consulta, e faz igualmente parte dos 20 diagnósticos mais efetuados nas consultas de Medicina Geral e Familiar. Ao contrário, poucos pacientes que sofrem de insónia, patologia do sono mais recorrente, procuram ajuda adequada, ou sequer a perspetivam como um

assunto acessório. Existe aparentemente uma desvalorização dos problemas de sono por parte de ambas as fações que contribuí para o crescimento deste problema ao nível económico e de saúde. Estas pessoas irão consumir um maior número de consultas, medicamentos, exames e internamentos. Por outro lado, uma terapêutica inadequada, particularmente, na insónia terá graves consequências na qualidade de vida dos indivíduos (Matos, Nina e Rodrigues, 2014).

A experiência pessoal dos sintomas patológicos envolve a perceção, avaliação e resposta. A perceção refere-se à capacidade da pessoa em identificar uma mudança na forma como normalmente se sente através da consciência individual ou interpretação cognitiva em determinado contexto; a avaliação do sintoma tem a ver com o julgamento sobre a intensidade, frequência e tratamento; a resposta é constituída por sentimentos, pensamentos e comportamentos relativos ao problema de saúde e demonstrada através de componentes psicológicos, fisiológicos e comportamentais (Dodd *et al.*, 2001). Assim, é importante entender que tipo de cultura têm estas pessoas, que fatores de risco, ou seja, que variáveis sociodemográficas importa focar num contexto de trabalho com estes utentes, que perceção construtiva revela sobre a própria saúde, e mais propriamente neste caso, como intervir no sentido da remissão de sintomas de patologia do sono. O ambiente, contexto em que os sintomas ocorrem, numa idade avançada é um fator extremamente importante para análise. Inclui os espaços físicos em que habitam as pessoas, casa, lar ou hospital, os espaços sociais como o suporte ou rede social e os fatores culturais como crenças, valores e práticas únicas que identificam eticamente a pessoa, a nível religioso por exemplo (Dodd *et al.*, 2001).

O ser humano é sem dúvida um animal social, tanto que podemos identificar os efeitos fisiológicos negativos consequentes de um suporte social deficitário, nomeadamente o aumento de produção de hormonas de *stress* com efeitos prejudiciais a nível do sistema endócrino, atividade cardiovascular, funções autónomas e funções hipotalâmicas-pituitárias-

adrenais. O mesmo será dizer que o suporte social tem um papel crítico na promoção do envelhecimento saudável e no próprio comportamento protetivo em relação à saúde (Chen *et al.*, 2008).

A relação entre as redes de apoio social e a qualidade de sono é normalmente estudada em camadas mais jovens, sem grandes debates de relevo relativamente aos idosos. No entanto os sinais encontrados nos jovens parecem coincidir com a temática do envelhecimento como a evidência que a solidão retarda as funções do sono e que o contacto social influencia a duração do sono (Chen *et al.*, 2008).



## Objetivos

Este estudo gerará conhecimento com o intuito de beneficiar a população adulta e idosa, instituições e sistema de saúde sobre os fatores psicossociais capazes de regular o próprio sono e a sua qualidade. Para tal, propõe-se identificar, segundo a população estudada, os fatores protetivos ou promocionais da qualidade de sono subjetiva, sentida e percecionada pelas pessoas que a constituem, com efeitos na sua qualidade de vida. Para tal ter-se-ão em conta as seguintes variáveis preditoras: idade, género, nível de escolaridade, estado civil e qualidade de vida.

A grande maioria dos estudos nesta área focam-se nos sintomas e alterações, ao nível dos cuidados de saúde primários, sendo necessário alargar os horizontes, transversalmente, ao encontro de um trabalho de intervenção psicológica, de princípios compreensivos e humanistas, de forma a aceder ao que verdadeiramente é sentido e percecionado por estas pessoas relativamente à sua boa ou má qualidade de sono, e definir as suas características, quem são e como vivem.

Como objetivos específicos de investigação procura-se identificar:

1. A prevalência de doenças crónicas e a sua especificidade de forma a corroborar a investigação apresentada sobre as comorbilidades associadas às alterações de sono;
2. Os resultados descritivos da variável investigada qualidade de vida, mais propriamente a satisfação com o aspeto analisado aos níveis físico, psicológico, social e ambiente;
3. A qualificação da qualidade de sono, ou seja, apontar a distribuição da escala de sono e a média de respostas desde a sua boa qualidade, duração e eficiência, até

aos indicadores de alteração, perturbações, latência, medicação para dormir e disfunção diurna;

4. Resultados significativos ao correlacionar a Qualidade de vida com as dimensões de qualidade de sono pelo PSQI e averiguar a que domínio do WHOQOL pertencem as correlações mais significativas, prevendo-se encontrar diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade do sono, definida como variável dependente e as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias).



## **Método**

### **Participantes**

Colaboraram no estudo 276 adultos portugueses, da comunidade em geral, utentes de lares em regime total ou de dia, de hospitais, integrados em programas de reabilitação, e de universidades sénior. A média de idades era de 75.4 anos, variando entre um mínimo de 55 anos e um máximo de 99, em que as pessoas até 65 anos representam 19% da amostra, de 66 a 80, 43% e 81 anos ou mais, 37%. A maioria era do género feminino (75.1%) com escolaridade ao nível do ensino básico (49.3%), viúva (41.5%), com um filho (37.6%) ou dois filhos (41.5%) e em situação de reforma (91.3%). Quase metade dos inquiridos residia em casa própria (48%).

Tabela 1- *Caracterização sociodemográfica (N = 276)*

	N	%
<i>Idade (Média)</i>	75.4	
<i>Idade de reforma (Média)</i>	57.9	
<i>Género</i>		
Feminino	205	75,1
Masculino	68	24,9
<i>Escolaridade</i>		
Inf. Ens. básico	71	26,1
Ensino básico	134	49,3
Ensino secundário	39	14,3
Superior	28	10,3
<i>Estado civil</i>		
solteiro	32	11,6
união de fato / casados	86	31,3
separado / divorciado	43	15,6
viuvo	114	41,5
<i>Situação profissional</i>		
Atividade profissional ativa	18	6,8
Reformado(a)	241	91,3
Reformado(a) com atividade profissional ativa	5	1,9
<i>Residência</i>		
Casa própria	131	48,0
Casa dos filhos	22	8,1
Casa alugada	42	15,4
Instituição	66	24,2
Outra	12	4,4

## **Instrumentos**

Apresentam-se agora todas as partes do protocolo de investigação de forma sequencial.

Assumindo o compromisso ético da investigação científica foi apresentado o consentimento informado sobre a condução do estudo, objetivos, princípios e praticabilidade.

Foi definido um questionário sociodemográfico segundo as informações consideradas determinantes para a pesquisa, composto por idade, estado civil, descendência, nível de escolaridade, situação profissional e situação de residência.

Definiu-se igualmente um questionário sobre dados clínicos nomeadamente, o registo sobre a presença de uma patologia impactante no dia-a-dia, resumo da história clínica pessoal, hábitos medicamentosos, terapêuticas em curso e resumo da história clínica familiar. Ambos tiveram como objetivo a recolha de dados qualitativa.

Para análise quantitativa, apresentou-se seguidamente a WHOQOL-BREF, Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, escala que permite avaliar a perceção das pessoas sobre a sua qualidade de vida por domínios, respetivamente físico, psicológico, a nível de relações sociais e da relação com o ambiente. O objetivo da sua aplicação é avaliar aspetos pessoais e sociais, medidas de incapacidade e bem-estar psicológico, incorporando o ponto de vista do paciente, ou seja, a avaliação da qualidade de vida em pacientes psiquiátricos e da população em geral. O WHOQOL oferece uma ampla possibilidade de uso numa perspectiva internacional e transcultural. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As restantes 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2007).

Para a população portuguesa este instrumento apresenta bons índices de consistência interna quando se consideram o conjunto dos domínios e os respetivos 26 items, com um alfa de Cronbach de 0,79. Analisados individualmente os domínios apresentam igualmente valores de alfa de Cronbach bastante aceitáveis, variando entre .64 relativo ao domínio de qualidade de vida física e .87 de domínio de qualidade de vida psicológica. O instrumento possui uma boa estabilidade temporal, de pelo menos 3 a 5 semanas (Canavarro *et al.*, 2006).

O Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) aufer a qualidade e perturbações de sono durante o período de um mês, constituído por 19 questões de auto

relato divididas em sete componentes, respetivamente, qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações de sono, uso de medicação para dormir e nível de disfunção diurna provocada pelo sono. Cada componente permite a resposta de 0 a 3, em que o total do resultado é obtido pela soma dos sete componentes. Os totais podem variar de 0 a 21 pontos, na proporção que quanto maior a pontuação, pior a qualidade de sono. Os objetivos clínicos da sua aplicação são detetar bons e maus usufrutuários do sono na população em geral, identificar pacientes com alterações de sono concomitantes com a sua patologia entre a população psiquiátrica, orientar o clínico sobre os componentes de sono deteriorados de uma perspetiva humanista considerando a sua história natural de desenvolvimento (Lomeli *et al.*, 2008).

Este instrumento apresenta um valor de alfa de Cronbach de 0,71 com fiabilidade aceitável o que indica a capacidade de rastreio de alterações de sono do PSIQ na população portuguesa (Viana, 2019). Os resultados são estáveis através do tempo (Lomeli *et al.*, 2008).

## **Procedimentos**

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário composto por várias escalas, seguidamente descritas, a fim de fundamentar esta e outras investigações académicas a decorrer em paralelo, identificar e compreender fatores que influenciam a qualidade de sono e a qualidade de vida, em pessoas com mais de 55 anos.

Foi estabelecido um acordo com a direção de uma série de lares, centros de dia, universidades seniores, e hospitais para a divulgação e dinamização de um gabinete de investigação, definido em determinado horário, no qual participaram de forma protegida, anónima, livre e informada, todos os utentes, com idade superior a 55 anos, que assim entenderam. Todos os procedimentos e material recolhido obedeceram ao código ético e deontológico dos psicólogos, nomeadamente o estabelecimento de uma relação humana,

compreensiva com as pessoas envolvidas, e uma atitude de suporte quando pontualmente alguma questão era incompreendida ou fisicamente desafiante.

Os questionários foram numerados e inseridos numa base de dados construída anteriormente no SPSS, programa estatístico, versão 22.

A análise estatística foi trabalhada através de medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq .05$ .

Utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, para medir e analisar a intensidade e direção da relação linear entre duas variáveis contínuas, o teste Anova One-Way, para comparação entre grupos, e o modelo de regressão linear múltipla. Estas variáveis foram expressas em frequência, média, mediana e desvio padrão, consoante a distribuição. Já as variáveis qualitativas de categoria expressas em percentagem.

A análise estatística foi efetuada com o *software* SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 25.0 para Windows.



## Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados sobre a recolha e processamento estatístico de dados, segundo os objetivos estipulados ao nível da investigação até aqui apresentada.

A apresentação dos resultados inicia através da descrição de dados sobre a relação entre as variáveis de qualidade de vida e qualidade de sono da amostra.

Foi apresentada a descrição dos dados relativos à incidência de doenças crónicas entre os participantes. De seguida expuseram-se os valores obtidos de qualidade de vida, ao nível físico, psicológico e de ambiente face às dimensões da qualidade de sono, qualidade subjetiva, latência, duração, eficiência, perturbações, medicação para dormir e disfunção diurna.

Expuseram-se os dados de comparação entre a qualidade de vida e qualidade de sono em função das variáveis sociodemográficas de género, idade, estado civil e habilitações literárias.

Finalmente são apontadas as variáveis que efetivamente estimam a qualidade de sono, respetivamente, idade e qualidade de vida.

### **Incidência de Doença Crónica**

Uma percentagem elevada indicava ter doença crónica ou condição de saúde com impacto no seu dia-a-dia, sendo as mais referidas a Diabetes (27.8%) e as doenças cardíacas/circulatórias (13.5%). Um pouco mais de 80% referia tomar medicação relativa às doenças indicadas.

Tabela 2 - *Doença crónica*

	N	%
Não	84	31,7
Sim	181	68,3
Total	265	96,0

**Distribuição das Dimensões das Escalas WHOQOL e PSIQ**Tabela 3 - *Qualidade de vida e qualidade de sono*

	Média	Desvio Padrão
QV Físico	3,53	0,77
QV Psicológico	3,57	0,80
QV Social	3,68	0,74
QV Ambiente	3,57	0,62
QV Total	3,60	0,56
Qualidade Subjectiva Sono	2,14	0,75
Latência Sono	1,30	1,12
Duração Sono	1,18	1,10
Eficiência Sono	1,56	1,30
Perturbações Sono	1,32	0,60
Medicação dormir	1,24	1,45
Disfunção Diurna	0,74	0,92
Índice Sono Pittsburg	1,85	0,36

Por meio de média e desvio padrão na tabela 3 podemos apreciar os valores obtidos pelos sujeitos nos domínios da qualidade de vida e nas dimensões da qualidade do sono. Os sujeitos apresentam valores mais elevados em qualidade de vida no domínio social com uma média de resposta de 3.68, e mais baixos em qualidade de vida no domínio físico 3.53, quando a hipótese de resposta mínima é 1 e máxima 5. A média de respostas de qualidade subjectiva de sono 2.14 numa escala de Lickert em que 3 é o extremo negativo, indica que as pessoas consideram ter uma fraca qualidade de sono sem que tal se reflita na sua capacidade dinâmica durante o dia (média de respostas de disfunção diurna de 0.74).



**Associação entre WHOQOL e Qualidade de Sono**Tabela 4 – *Correlações entre variáveis*

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12
QV Psicológico	,62**											
QV Social	,26**	,46**										
QV Ambiente	,53**	,52**	,37**									
QV Total	,83**	,84**	,57**	,79**								
Q. Sub. Sono	-,33**	-,24**	-,20**	-,26**	-,30**							
LatênciaSono	-,29**	-,23**	-,10	-,25**	-,25**	,52**						
Duração Sono	-,24**	-,10	-,03	-,15*	-,14	,53**	,44**					
Efi. Sono	-,27**	-,22*	-,03	-,17	-,23*	,58**	,39**	,68**				
Pert. Sono	-,37**	-,28**	-,17*	-,32**	-,36**	,37**	,37**	,27**	,34**			
Med. dormir	-,20**	-,19**	-,10	-,03	-,12	,10	,04	,00	,11	,17**		
Disf. Diurna	-,37**	-,33**	-,12	-,26**	-,37**	,103	,10	,09	,21*	,26**	,22**	
Ind. Sono Pittsburg	-,31**	-,28**	-,24*	-,28**	-,34**	,44**	,34**	,36**	,44**	,32**	,35**	,22*

*Legenda:*

QV físico	V1
QV Psicológico	V2
QV Social	V3
QV Ambiente	V4
QV Total	V5
Q. Sub. Sono	V6
LatênciaSono	V7
Duração Sono	V8
Efi. Sono	V9
Pert. Sono	V10
Med. dormir	V11
Disf. Diurna	V12

De forma genérica os coeficientes de correlação entre os domínios da qualidade de vida e as dimensões da qualidade do sono são significativas, negativas e fracas. Visto que os coeficientes são negativos isso significa que quanto mais elevados são os níveis da qualidade de vida mais elevada é a qualidade do sono.

**Comparação por Género**Tabela 5 – *Diferença entre género feminino e masculino*

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
QV Físico	3,44	0,78	3,79	0,68	0,001***
QV Psicológico	3,46	0,79	3,86	0,75	0,000***
QV Social	3,68	0,79	3,68	0,64	0,984
QV Ambiente	3,52	0,61	3,72	0,62	0,025*
QV Total	3,53	0,56	3,76	0,51	0,005**
Qualidade Subjectiva Sono	2,22	0,75	1,93	0,70	0,005**
Latência Sono	1,43	1,14	0,98	0,98	0,005**
Duração Sono	1,26	1,10	0,98	1,08	0,114
Eficiência Sono	1,75	1,25	1,04	1,29	0,011*
Perturbações Sono	1,37	0,62	1,19	0,50	0,040*
Medicação dormir	1,32	1,46	1,00	1,41	0,117
Disfunção Diurna	0,79	0,94	0,56	0,84	0,073
Índice Sono Pittsburg	1,88	0,32	1,75	0,44	0,095

Legenda: M – Média DP – Desvio padrão \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Quando comparamos a qualidade de vida e a qualidade do sono em função do género encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Qualidade de vida domínio físico,  $F(1, 264) = 11.101$ ,  $p = .001$ , os homens obtêm valores significativamente mais elevados do que as mulheres neste domínio da qualidade de vida (3.79 vs 3.44).

Qualidade de vida domínio psicológico,  $F(1, 259) = 13.359$ ,  $p = .001$ , os homens obtêm valores significativamente mais elevados do que as mulheres neste domínio da qualidade de vida (3.86 vs 3.46).

Qualidade de vida domínio ambiente,  $F(1, 250) = 5.103$ ,  $p = .025$ , os homens obtêm valores significativamente mais elevados do que as mulheres neste domínio da qualidade de vida (3.72 vs 3.52).

Qualidade de vida total,  $F(1, 210) = 7.983$ ,  $p = .005$ , os homens obtêm valores significativamente mais elevados do que as mulheres na qualidade de vida (3.76 vs 3.53).

Qualidade subjectiva de sono,  $F(1, 261) = 8.004$ ,  $p = .005$ , as mulheres obtêm valores significativamente mais elevados do que os homens (2.22 vs 1.93).

Latência de sono,  $F(1, 214) = 2.512$ ,  $p = .005$ , as mulheres obtêm valores significativamente mais elevados do que os homens (1.43 vs 0.98).

Eficiência de sono,  $F(1, 110) = 6.746$ ,  $p = .011$ , as mulheres obtêm valores significativamente mais elevados do que os homens (1.75 vs 0.50).

Perturbações de sono,  $F(1, 256) = 4.252$ ,  $p = .040$ , as mulheres obtêm valores significativamente mais elevados do que os homens (1.37 vs 1.19).

### Comparação por Idade

Tabela 6 – *Diferenças entre idades (até aos 65 anos, entre 65 e 80 e mais de 80 anos)*

	Até 65 anos		65 - 80		> 80 anos		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
QV Físico	3,74	0,85	3,57	0,70	3,37	0,77	0,015*
QV Psicológico	3,52	0,88	3,70	0,70	3,43	0,85	0,050*
QV Social	3,54	0,90	3,70	0,69	3,73	0,71	0,357
QV Ambiente	3,53	0,71	3,65	0,59	3,51	0,59	0,239
QV Total	3,57	0,68	3,66	0,51	3,54	0,52	0,360
Qualidade Subjectiva Sono	1,94	0,86	2,20	0,75	2,19	0,65	0,090
Latência Sono	1,08	1,09	1,46	1,15	1,23	1,06	0,099
Duração Sono	0,98	0,99	1,31	1,10	1,15	1,15	0,232
Eficiência Sono	1,21	1,37	1,64	1,26	1,72	1,28	0,263
Perturbações Sono	1,13	0,71	1,39	0,57	1,33	0,54	0,034*
Medicação dormir	1,45	1,47	1,09	1,41	1,30	1,49	0,296
Disfunção Diurna	0,52	0,92	0,78	0,92	0,81	0,91	0,144
Índice Sono Pittsburg	1,85	0,36		0,31	1,77	0,43	0,292

Legenda: M – Média DP – Desvio padrão \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Quando comparamos a qualidade de vida e a qualidade do sono em função da idade encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Qualidade de vida domínio físico,  $F(2, 265) = 4.278$ ,  $p = .015$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos mais jovens obtêm valores significativamente mais elevados do que os mais velhos neste domínio da qualidade de vida (3.74 vs 3.37).

Qualidade de vida domínio psicológico,  $F(2, 260) = 3.026$ ,  $p = .050$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos mais jovens obtêm valores significativamente mais elevados do que os mais velhos neste domínio da qualidade de vida (3.52 vs 3.43).

Perturbações de sono,  $F(2, 257) = 3.418$ ,  $p = .034$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos mais jovens obtêm valores significativamente mais baixos do que os mais velhos (1.13 vs 1.33).

### Comparação por Estado Civil

Tabela 7 – *Diferenças entre Estado Civil Solteiro, Casado, Divorciado ou Viúvo*

	Solteiro		Casado		Divorciado		Viúvo		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QV Físico	3,59	0,91	3,74	0,66	3,50	0,74	3,37	0,78	0,011*
QV Psicológico	3,53	0,95	3,80	0,70	3,48	0,84	3,43	0,78	0,013*
QV Social	3,47	0,83	3,77	0,71	3,36	0,80	3,79	0,68	0,007**
QV Ambiente	3,46	0,72	3,60	0,62	3,68	0,59	3,55	0,59	0,466
QV Total	3,67	0,58	3,73	0,53	3,49	0,57	3,51	0,55	0,041*
Qualidade Subjectiva Sono	2,13	0,94	2,00	0,65	2,15	0,76	2,26	0,74	0,134
Latência Sono	1,44	1,16	1,06	1,01	1,32	1,11	1,45	1,17	0,132
Duração Sono	1,09	1,16	1,06	1,03	1,31	1,16	1,26	1,11	0,554
Eficiência Sono	1,25	1,36	1,20	1,25	1,53	1,37	2,00	1,20	0,028*
Perturbações Sono	1,20	0,61	1,23	0,57	1,42	0,59	1,37	0,61	0,153
Medicação dormir	1,81	1,47	0,85	1,33	1,52	1,50	1,26	1,46	0,006**
Disfunção Diurna	0,57	0,94	0,64	0,86	0,86	0,93	0,82	0,95	0,299
Índice Sono Pittsburg	1,82	0,40	1,77	0,43	1,94	0,24	1,90	0,31	0,284

Legenda: M – Média DP – Desvio padrão \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Quando comparamos a qualidade de vida e a qualidade do sono em função do estado civil encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Qualidade de vida domínio físico,  $F(3, 263) = 3.806$ ,  $p = .011$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos casados obtêm valores significativamente mais elevados do que os viúvos neste domínio da qualidade de vida (3.74 vs 3.37).

Qualidade de vida domínio psicológico,  $F(3, 259) = 3.685$ ,  $p = .013$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos casados obtêm valores significativamente mais elevados do que os viúvos neste domínio da qualidade de vida (3.80 vs 3.43).

Qualidade de vida domínio social,  $F(3, 223) = 4.148$ ,  $p = .007$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos divorciados obtêm valores significativamente mais baixos do que os casados ( 3.36 vs 3.77) e do que os viúvos neste domínio da qualidade de vida (3.36 vs 3.79).

Qualidade de vida,  $F(3, 210) = 2.800$ ,  $p = .041$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos casados obtêm valores significativamente mais elevados do que os viúvos ( 3.73 vs 3.51).

Eficiência de sono,  $F(3, 109) = 3.142$ ,  $p = .028$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos casados obtêm valores significativamente mais baixos do que os viúvos ( 1.20 vs 2.00).

Medicação,  $F(3, 259) = 4.185$ ,  $p = .006$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos casados obtêm valores significativamente mais baixos do que os solteiros (0.85 vs 1.81).

**Comparação por Habilitações Literárias**Tabela 8 – *Diferenças entre níveis de habilitações literárias*

	< Ens. básico		Ens. básico		Secundário		Superior		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
QV Físico	3,33	0,75	3,52	0,73	3,70	0,83	3,83	0,75	0,011*
QV Psicológico	3,41	0,87	3,59	0,70	3,71	0,84	3,58	0,95	0,255
QV Social	3,61	0,83	3,71	0,70	3,78	0,73	3,56	0,77	0,565
QV Ambiente	3,39	0,64	3,61	0,61	3,53	0,55	3,88	0,54	0,005**
QV Total	3,40	0,57	3,63	0,51	3,68	0,56	3,74	0,64	0,028*
Qualidade Subjectiva Sono	2,29	0,79	2,08	0,68	2,15	0,84	2,04	0,79	0,248
Latência Sono	1,70	1,11	1,17	1,09	1,31	1,13	1,04	1,09	0,012*
Duração Sono	1,36	1,19	1,06	1,08	1,29	1,03	1,17	1,05	0,404
Eficiência Sono	1,95	1,27	1,48	1,27	1,40	1,31	1,60	1,45	0,536
Perturbações Sono	1,43	0,56	1,31	0,58	1,31	0,62	1,07	0,68	0,065
Medicação dormir	1,26	1,49	1,38	1,47	1,05	1,41	0,89	1,34	0,352
Disfunção Diurna	0,57	0,85	0,88	0,95	0,58	0,92	0,77	0,86	0,086
Índice Sono Pittsburg	2,00	0,00	1,84	0,37	1,78	0,43	1,80	0,41	0,262

Legenda: M – Média DP – Desvio padrão \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

Quando comparamos a qualidade de vida e a qualidade do sono em função das habilitações literárias encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Qualidade de vida domínio físico,  $F(3, 262) = 3.805$ ,  $p = .011$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos com o ensino superior obtêm valores significativamente mais elevados do que os com habilitações inferiores ao ensino básico neste domínio da qualidade de vida (3.38 vs 3.33).

Qualidade de vida domínio ambiente,  $F(3, 248) = 4.367$ ,  $p = .005$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos com o ensino superior obtêm valores significativamente mais elevados do que os com habilitações inferiores ao ensino básico neste domínio da qualidade de vida (3.88 vs 3.39).

Qualidade de vida,  $F(3, 208) = 3.097$ ,  $p = .028$ , o teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que os sujeitos com o ensino superior obtêm valores significativamente

mais elevados do que os com habilitações inferiores ao ensino básico neste domínio da qualidade de vida (3.74 vs 3.40).

Latência de sono,  $F(3, 239) = 3.698$ ,  $p = .012$ , o teste de comparação múltipla *a posteriori* indica-nos que os sujeitos com o ensino superior obtêm valores significativamente mais baixos do que os com habilitações inferiores ao ensino básico (1.04 vs 1.70).

### Estudo das Variáveis Predictoras da Qualidade de Sono

Tabela 9 - Coeficientes

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
	B	Erro Padrão	Beta		
2 (Constante)	3,050	,364		8,371	,000
Idade	-,009	,004	-,240	-2,051	,043*
Género	-,049	,088	-,059	-,557	,579
Nível de Escolaridade	-,020	,015	-,141	-1,313	,193
Estado Civil	,051	,026	,226	1,938	,056
QV Total	-,175	,062	-,286	-2,827	,006**

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

O modelo de regressão linear múltipla através das variáveis idade, género, nível de escolaridade, estado civil e qualidade de vida como variáveis independentes e a qualidade sono como variável dependente explica 20.3% da variância total desta última variável. A idade ( $\beta = -.240$ ,  $p < .05$ ) e a qualidade de vida ( $\beta = -.286$ ,  $p < .01$ ) revelaram-se estimadores significativos da qualidade de sono. Como os coeficientes são negativos, isso significa que à medida que aumenta a idade aumenta a qualidade do sono e à medida de que aumenta a qualidade de vida aumenta a qualidade do sono.





## Discussão

Na medida em que os objetivos desta investigação pretenderam auferir o nível de influência da qualidade de vida na qualidade de sono e fazer emergir as variáveis sociodemográficas mais definidoras dessa relação, pretende-se na discussão trabalhar estes elementos definidores como eventuais fatores de risco, ou eventuais fatores de proteção, de forma a cumprir com os objetivos propostos inicialmente, sobre a criação de uma dinâmica que considere o sono e suas implicações na qualidade de vida como acontecimentos anormais, que podem ser identificados, compreendidos e sanados.

Sendo que a grande maioria das pessoas na amostra sofre de doença crónica ou condição de saúde com impacto no seu dia-a-dia, foi alcançada a associação entre a condição prevalente entre as mesmas, a diabetes, e, pelo menos uma das formas de padecimento do sono, a sua privação. Existem diversos estudos que demonstram o impacto da privação de sono no metabolismo da glicose e na regulação do apetite, alterações que contribuem para o aumento da incidência de hiperglicemias, insulémia e diabetes. No conjunto são afetadas milhões de pessoas na sociedade ocidental, como consequência da redução do tempo total de sono afeta a alterações de comportamento induzidas por condicionantes sociais, nomeadamente profissionais, ou condições patológicas, por exemplo alterações ventilatórias do sono (Carvalho *et al.*, 2008).

A relação entre as variáveis qualidade de vida e qualidade de sono auferidas respetivamente pela escala de qualidade de vida (WHOQOL-BREF) e Questionário Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) em estudo é moderada se considerado o valor  $p=0,001$ , e fraca,  $r=-0,349$ . A correlação negativa entre o índice da qualidade de sono com os parâmetros constituintes da qualidade de vida indica que há medida que aumenta a severidade sintomática do sono, são tomados em pior consideração os aspetos da qualidade de vida.

Podemos concluir que ambas as variáveis estão diretamente relacionadas. O impasse profissional, ou a reforma, por exemplo, é um fator de qualidade de vida que pode afetar a qualidade do sono de um indivíduo porque a preocupação presente nessa situação aumenta a latência do sono e os despertares noturnos. Por outro lado, um indivíduo que vivencie alterações do sono provavelmente sofrerá consequências no contexto de trabalho devido à má qualidade do sono. A multiplicação das responsabilidades sociais, exacerbada como já aqui descrito no caso das mulheres, e o estilo de vida ativo têm sido igualmente definidos como fatores responsáveis pela afetação do sono na sociedade moderna (Guimarães & Muller, 2007).

Outro dos objetivos alcançados foi definir a dimensão de qualidade de vida em que os participantes apresentam valores superiores, neste caso, o domínio social. Este facto indica-nos que os determinantes de uma má qualidade de vida no envelhecimento emergem de fatores psicológicos e físicos. Segundo Chen *et al.* (2016) a participação na vida social potencia um envelhecimento saudável. E não só as relações familiares: o ambiente de trabalho, a condição socioeconómica e as implicações da participação social alargada, são muitíssimo importantes e devem, em investigações futuros ser estudadas relativamente ao desempenho do sono. Esta corrente médico-sociológica defende que a participação social afeta o sono através de dois mecanismos: prover as pessoas com um sentido de pertença e integração social através de tempo partilhado em atividades comunitárias entre membros da comunidade, ou religiosos. O companheirismo e a integração social são cruciais para o bem estar dos idosos, redutores de stress, o que promove uma boa qualidade de sono, e mais, aumenta os resultados positivos em termos de saúde mental. O segundo mecanismo, aparentemente capaz de ajudar a subir o nível de qualidade de vida física, é a participação social, em grupos, como mediadora na redução de comportamentos de risco para a saúde,

nomeadamente consumo de álcool e tabaco. Aqui a qualidade de sono aumenta através de uma melhoria do estado de saúde do indivíduo.

Um dos objetivos prende-se com a hipótese sobre a associação entre os domínios da qualidade de vida e a qualidade de sono. Foram encontradas associações significativas indicadoras que à medida que se elevam os níveis de qualidade de vida, melhor será a qualidade de sono. Este facto destrói a típica tendência da literatura das ciências sociais quando caracteriza o processo de envelhecimento como período de declínio, degeneração ou decrepitude, abrindo caminho à possibilidade de o definir como uma possibilidade geradora, de crescimento, desenvolvimento, mesmo que nos estejamos a referir às últimas décadas de vida (Gergen & Gergen 2002). Este facto pode igualmente significar que as pessoas experienciam subjetivamente a qualidade de sono como uma parte fundamental do seu bem-estar em geral, e que uma boa intervenção nesta matéria fortalecerá uma forma destas pessoas resistirem ao declínio, enriquecendo e melhorando as suas vidas. O sono é, segundo Brown *et al.* (2015) um mediador potencial, especialmente relevante para o bem-estar, com toda a sua complexidade clínica inerente, por se constituir de aspetos tanto objetivos como subjetivos, de tal forma que está associado a dimensões psicológicas positivas como gratidão e satisfação de vida.

Em geral, as pessoas consideram que a sua qualidade de sono é fraca, conseguindo de alguma forma gerir esta lacuna e funcionar ativamente durante o dia, provavelmente com consequências ao nível da sua qualidade de vida que apresenta um nível pouco elevado, especialmente ao nível físico.

Frequentemente as diferenças entre género são tomadas em consideração no ramo da saúde face às evidências que os homens têm uma expectativa de vida mais reduzida comparativamente ao género oposto, no entanto, tal como indicam Creason *et al.* (1990), as

mulheres sofrem desproporcionalmente de doenças crónicas debilitantes. Esta evidência vai de encontro aos resultados aqui expostos, visto que, na comparação de género, as mulheres sofrem de mais perturbações de sono, particularmente, latência, e a sua perceção sobre a qualidade do seu sono é inferior à dos homens. Segundo Elliot *et al.* (2007), é premente futura investigação para perceber o que está a impedir as mulheres de vivenciar o período pré-sono de uma forma positiva para a sua saúde. Segundo os mesmos autores, este período aumentado de latência de sono nas mulheres é exacerbado por medicação para a hipertensão e um nível de funcionalidade psicológica mais reduzida, o que de facto entra em acordo com os dados apresentados, se observarmos que as mulheres tomam mais medicação e têm uma qualidade de vida a nível psicológico inferior aos homens.

De uma forma geral podemos considerar, segundo a presente amostra, que o envelhecimento progressivo significa a perda de qualidade de vida, concretamente a partir dos 80 anos, exceto na dimensão da qualidade de vida social.

As pessoas que têm entre 65 e 80 anos apresentam um nível de qualidade de vida ligeiramente superior aos grupos de comparação através das dimensões qualidade de vida psicológica e do ambiente.

Como seria de esperar, as pessoas com menos de 65 anos têm níveis inferiores de perturbações de sono, uma maior funcionalidade diurna, concernente às alterações de sono, e níveis superiores de qualidade de vida física, áreas que tendencialmente declivam com o avanço da idade. No entanto, apresentam níveis de qualidade de sono mais baixos associados a um nível superior de consumo medicamentoso relativa ao sono. Segundo o que já foi exposto em capítulos anteriores, isto pode significar que as pessoas têm uma cognição errada relativamente ao seu sono e os parâmetros da sua qualidade, ponderando somente a sua capacidade funcional diurna, relativa ao emprego ou outras atividades do dia-a-dia, quando as

características fundamentais da qualidade de sono, eficiência e duração, não se apresentam salutarmente proporcionais.

Encontra-se uma subsequência ao estudo de Cauley *et al.* (2016), previamente citado, no sentido que se verificou de facto que, a viuvez e o casamento são preditores potencialmente relevantes de alterações do sono. Desta feita, as pessoas casadas manifestam em regra, uma qualidade de vida superior, se comparadas às viúvas.

A questão do tempo volta aqui a ser colocada, visto que os viúvos aparentam fruir de maior eficiência de sono, o que poderá significar, segundo a linha de raciocínio de Jackson (2017) sobre a duração curta e longa de sono, que existem fatores relacionados, por exemplo com a qualidade do matrimónio, fator não explorado na presente dissertação, que estão a influenciar negativamente o sono das pessoas casadas. Entre o total da amostra, 31% das pessoas estarão a partilhar o seu sono com o seu cônjuge ou companheiro de cama pelo que a questão da qualidade desta relação tem implicações importantes para o estudo da qualidade do sono.

O facto de existirem níveis mais reduzidos de toma de medicação para dormir por parte das pessoas casadas, e comparativamente às solteiras, pode ser indicador que a relação conjugal é um fator de proteção relativamente a sintomas de depressão e ao uso de medicação psicotrópica, normalmente sinónimo da severidade patológica (Buysse *et al.*, 2009).

O nível de formação académica segundo Chen *et al.* (2008) tem influência nos valores finais da qualidade de sono, um dado em concordância entre investigações sobre os factores sociais que influenciam a qualidade de vida, e de sono, no entanto, verificámos de maneira oposta aos resultados destes autores que a qualidade de sono dos idosos portugueses é superior entre as pessoas que completaram o ensino superior. Esta oposição de resultados pode significar uma diferença cultural, europeia versus asiática sobre a perceção ou

acomodação relativa às alterações de sono. A nível europeu, segundo o estudo de Bracke & Straat (2015), em que os autores agruparam o nível de educação, a situação atual de trabalho e o património líquido como tríade constituinte do *status* económico, o fator formação superior, a par de um património favorável, é associado a uma quantidade menor de problemas de sono.

## **Conclusão**

Neste estudo objetivou-se aprofundar e produzir mais informação sobre a prevalência de alterações de sono numa população portuguesa de pessoas com mais de 55 anos e respetivas associações aos níveis sociodemográfico, qualidade de saúde e qualidade de vida. À medida que foram usados dados transversais, percebemos que a direção causal destas associações se prende com a qualidade de vida, cujas dimensões são melhor consideradas pelas pessoas se for promovida a qualidade de sono, e portanto de saúde.

Observa-se um decréscimo na qualidade de vida ao nível físico e psicológico e um maior nível de perturbações de sono, como seria de esperar, a acompanhar a longevidade. Tudo indica, tal como já referido nesta dissertação que o foco da intervenção deverá pender não tanto para uma intervenção médica e medicamentosa, mas para uma vertente dinâmica, humanista, compreensiva e pedagógica que procure averiguar o significado do sintoma na vida do paciente. Veja-se que não há um padrão específico de mau sono, mas sim um índice cumulativo de uma constelação de problemas de sono, factor de risco, inclusivamente para alterações cognitivas associadas ao envelhecimento (Gadie *et al.*, 2017).

O companheirismo, a participação cultural, desportiva, comunitária e a redução do consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, deverão ser as principais áreas de atuação.

É importante ressaltar que as pessoas com menos de 65 anos sofrem menos patologias de sono, mas, apresentam níveis de qualidade de sono mais baixos ligados a um

alto nível de consumo medicamentoso, o que pode significar a necessidade de intervir nesta faixa etária, em função de uma reforma antecipada, dado que atualmente a reforma legal só é possível aos 66 anos em Portugal.

Este tipo de intervenção poderá ter duas formas: promover o sono em quantidade e qualidade adequadas às pessoas que pretendem manter-se laboralmente, apoiando o seu trabalho, ou, promover a redução da ansiedade, flexibilidade de tempo e a higiene de sono, fatores protetivos de saúde e da qualidade de sono em situação de pré-reforma.

Embora as diferenças entre género e idade sejam provavelmente condicionadas por fatores comportamentais e culturais, estas não são modificáveis. São sim, aspetos definidores da nossa identidade, predominantemente determinadas por forças socioculturais.

As mulheres apresentam mais problemas de sono aparentemente associados a fatores físicos, sociais, familiares e socioeconómicos, sem que considerem encontrar-se em situação limite de patologia. No entanto, numa fase de vida solitária ou doença, os homens afiguram-se igualmente como uma população de risco.

Para aumentar a qualidade de vida nas mulheres deve proceder-se ao levantamento e adequação da medicação, que não provoque insónias, investir em programas de reabilitação psicológica que aliviem sintomas de doença mental, distúrbio de ansiedade, patologia afetiva e promover pelo menos a exposição das pessoas à luz solar com efeitos de redução de sintomas depressivos e aumento da atividade física.

A vida conjugal parece funcionar como um fator protetivo ao nível da qualidade de vida psicológica e social, com menor registo de consumo medicamentoso, patologia e sua severidade, mas parece favorecer alterações do sono em aspectos de descanso efetivo através de características intrínsecas que não são avaliadas nesta investigação, i.e., qualidade da

relação, afetividade, companheirismo, dinâmica do dia-a-dia, qualidade de interação entre membros de família no lar, entre outros.

Os resultados desta avaliação entre a QV e QS de adultos com mais de 55 anos é aproximada a alunos do ensino superior (Meia-Via, 2013), segundo uma investigação análoga que utiliza os mesmos instrumentos, em que a qualidade de sono por si só contribui para a QV.

As limitações desta investigação originam no contexto da aplicação dos instrumentos, o PSQI pode ser difícil de aplicar a pacientes com um nível de instrução baixo, por se tratar de um questionário de auto preenchimento que pode ser respondido inclusivamente online. No contexto da longevidade e patologia de alguns inquiridos, algumas questões podem ter sido ambigualmente entendidas. Sem a presença e acompanhamento de um agente entrevistador, muitas questões seriam incompreendidas e deixadas em branco.

### **Sugestões para Estudos Futuros**

Afim de aferir melhor a questão entre a duração de sono e a existência de patologia psiquiátrica específica será relevante no futuro proceder a um tipo de investigação que defina a existência ou não de duas equivalências: quando é que uma duração temporal curta do sono indica o diagnóstico de insónia, e quando uma duração de sono prolongada é considerada hipersónia ou simplesmente um bom sono (Ahn *et al.*, 2010).

A investigação sobre a qualidade de vida pode ajudar os pacientes psiquiátricos e com doenças crónicas a reconhecer e superar dificuldades, a diminuir as demandas para o setor da saúde e a melhorar a satisfação pessoal com a saúde (Kluthcovsky & Kluthcovsky, 2007).

Através de intervenções ao nível da Psicologia Clínica que utilizam estratégias artísticas, dinamizadas com a faixa etária em questão e em contextos na área de saúde, relacionados com quadros depressivos, nomeadamente as que são já praticadas no CHPL, na



Unidade de Reabilitação Neuropsicológica, entende-se a mais-valia da investigação futura sobre a sua eficácia, relativamente às alterações de sono.

Alders *et al.* (2010), conduziram um estudo piloto em que definem intervenções capazes de ser replicadas, com vista ao planeamento sobre o tipo de atividades de estimulação cognitiva a serem realizadas, ao mesmo tempo que a interação terapêutica, e a comunicação emocional é fortalecida. O agente artístico tem o poder de levar as pessoas a extrapolar além da diretiva artística, e a elaborar através de temas pessoais que normalmente têm diretamente a ver com a sua qualidade de vida, desde experiências traumáticas, alcoolismo, pobreza, expressões de arrependimentos de vida, perda e luto, orgulho nos entes mais amados, nostalgia relativa à vida antes da reforma, a redescoberta do amor, vejamos, todos fatores que identificamos comumente como manipuladores do sono.

Existem assim evidências que estas estratégias contribuem para o aumento da percepção sobre a própria capacidade de mudança e o aumento da confiança sobre as suas capacidades, (Alders *et al.*, 2010) o que eventualmente provoca uma melhoria ao nível do desempenho do dia-a-dia, ou seja um aumento da qualidade de vida.



## Referências

- Ahn, J., Bae, J., Chang, S., Cho, M., Cho, S., Chung, I., Hong, J., Jeon, H., Kim, B., Lee, H., & Park, S. (2010). Relationships of sleep duration with sociodemographic and health-related factors, psychiatric disorders and sleep disturbances in a community sample of Korean adults. *Journal of Sleep Research, 19*(4), 567-577. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2010.00841.x>
- Alders, A. & Madori, L. (2010). The effect of art therapy on cognitive performance of hispanic/latino older adults. *Journal of the American Art Therapy Association, 27*(3), 127-135. doi: <https://doi.org/10.1080/07421656.2010.10129661>
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual*. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Antão, C., Magalhães, C., Fernandes, A. (2012). Sono e envelhecimento. *X Jornadas de Saúde Mental no Idoso*. Vila Real, Portugal. Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6787/1/SONO%20E%20ENVELHECIMENTO.pdf>
- Bassetti, C., Berg, S., Borreguero, D., Cirignotta, F., Dogas, Z., Espie, C., Grote, L., Lacy, S., Nobili, L., Ortho, Paiva, T., M., Peigneux, P., Penzel, T., Pevernagie, D., Pollmacher, T., Riemann, D., Rodenbeck, A., Skene, D., & Zucconi, M. (2013). Catalogue of

- knowledge and skills for sleep medicine. *Journal of Sleep Research*, 23(2), 1-17. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jsr.12095>
- Bes, F., Schulz, H. (1997). Theories and models of sleep. *Confrontations Psychiatriques*, 38, 22-50. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/286621900\\_Theories\\_and\\_models\\_of\\_sleep](https://www.researchgate.net/publication/286621900_Theories_and_models_of_sleep)
- Bracke, P., Straat, V. (2015). How well does Europe sleep? A cross-national study of sleep problems in European older adults. *International Journal of Public Health*, 60(6), 643-650. doi: <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0682-y>
- Branco, M., Contreiras, T., Paixão, E. (2006). *Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono em Portugal continental*. Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/283/1/Relat%C3%B3rio%20perturba%C3%A7%C3%B5es%20do%20sono.pdf>
- Brown, K., Hirsch, J., Moynihan, J., Ryan, R., Visser, P. (2015). Components of sleep quality as mediators of the relation between mindfulness and subjective vitality among older adults. *Mindfulness*, 6(4), 723-731. doi: 10.1007/s12671-014-0311-5
- Bucks, R., Waters, F. (2011). Neuropsychological effects of sleep loss: implication for neuropsychologists. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17, 571-586. doi: 10.1017/S1355617711000610.
- Buela-Casal, G., Sanchez, A., (2002). *Transtornos del sueño*. Madrid: Editorial Síntesis. ISBN 84-7738-944-6.
- Busse, D., Hall, M., Matthews, K., Troxel, W. (2009). Marital happiness and sleep disturbances in a multi ethnic sample of middle-aged women. *Behavioral sleep medicine*. 7, 2-19. doi: 10.1080/15402000802577736

- Camargos, E., Freitas, M., Nobrega, O., & Scoralick, F. (2015). Outpatient treatment of sleep disorders in Alzheimer patients. *Einstein*, 13(3), 430-434. doi: 10.1590/S1679-45082015RW3021
- Canavarro, M., Carona, C., Gameiro, S., Parede, T., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., Serra, A. Simões, M. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. Recuperado de <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%C3%A9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>
- Carvalho, M., Paiva, I., Santos, J. (2008). Apneia do sono, insulino-resistência e diabetes mellitus tipo 2. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 3(4), 203-208. Recuperado de <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/10/RPD-Vol-3-n%C2%BA-4-Dezembro-2008-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-203-208.pdf>
- Cauley, J., Fabio, A., Smagula, S., Stone, K. (2016). Risk factors for sleep disturbances in older adults: evidence from prospective studies. *Sleep Med Rev.* 25, 21–30. doi: 10.1016/j.smrv.2015.01.003
- Chen, I., Cheng, S., Yao, K., Yu, S. (2008). Relationships between personal, depression and social network factors and sleep quality in community-dwelling older adults. *Journal of Nursing Research*, 16(2), 131-139. doi: 10.1097/01.JNR.0000387298.37419.ff
- Chen, J., Lauderdale, D., Waite, L. (2016). Social participation and older adults' sleep. *Social Science and Medicine*. 149, 164-173. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.045
- Clemente, H. (2014). *O sono na idade geriátrica* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Costa, A.S. (Relat.). (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável: 2017-2025: proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016)*. Lisboa: Direção Geral de Saúde, Sistema Nacional de Saúde.  
Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Creason, N., Rediens, M., Reis, J. (1990). Sleep in old age: focus on genders differences. *Sleep*, 13(5), 410-424.
- Dodd, M.J., Cho, M.H., Cooper, B.A., & Miaskowski, C. (2010). The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 14(2), 101–110. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.09.005>
- Elliott, J., Jean-Louis, G., Klauber, M., Kripke, D., Langer, R., Park, D., Rex, K., Tuunainen, A. (2007). Self-reported sleep latency in postmenopausal women. *Journal of Korean Medical Sciences*, 22(6), 1007-1014. doi: 10.3346/jkms.2007.22.6.1007
- Ferreira, M. (2015). O envelhecimento ativo em Portugal. *Kairós gerontologia*, 18(19), 7-29.  
Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/27113>
- Formicola, G., Gneri, C., Gori, S., Massetani, R., Mazzoni, G., Murri, L., Salzarulo, P. (2002). Word recall correlates with sleep cycles in elderly subjects. *Journal of Sleep Research*, 8, 185-188. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.1999.00154.x>
- Foster, R. (2013). *Why do we sleep?* [Vídeo file]. Recuperado de [https://www.ted.com/talks/russell\\_foster\\_why\\_do\\_we\\_sleep#t-11604](https://www.ted.com/talks/russell_foster_why_do_we_sleep#t-11604)
- Gadie, A., Kievit, R., Leng, Y., Shafto, M. (2017). How are age-related differences in sleep quality associated with health outcomes? An epidemiological investigation in a UK cohort of 2406 adults. *BMJ Open*, 7, 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014920>

- Geib, L., Neto, A., Nunes, M., Wainber, R. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista Psiquiátrica*, 25(Suppl.3), 453-465. Recuperado de [http://cac.php.unioeste.br/extensao/unati/arqs/UNATI\\_23.pdf](http://cac.php.unioeste.br/extensao/unati/arqs/UNATI_23.pdf)
- Gergen, K., Gergen, M. (2002). Positive aging: new images for a new age. *Ageing International*, 27(1), 3-23
- Guimarães, S., Muller, M. (2007). Sleep disorders impact on daily functioning and life quality. *Estudos de Psicologia*, 24(Suppl. 4), 519-528. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a11.pdf>
- Hemingway, E. (1987). *Now I lay me*. In Finca Vigía (Ed.), *The complete short stories of Ernest Hemingway*. New York: Scribner. Recuperado de <https://www.booktalk.org/ebooks/the-complete-short-stories-of-ernest-hemingway-ernest-hemingway.pdf>
- Jackson, C. (2017). Differences in short and long sleep duration by marital status among black and white men and women in the united states. *Sleep*, 40(supl. 1), A309. doi: <https://doi.org/10.1093/sleepj/zsx050.833>
- Kluthcovsky, A., Kluthcovsky, F. (2007). O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar a qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31, 1-12. doi: 10.1590/S0101-81082009000400007
- Knutson, K. (2013). Sociodemographic and cultural determinants of sleep deficiency: implications for cardiometabolic disease risk. *Social Science & Medicine*, 79, 7-15. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.05.002
- Lomeli, H.A., Pérez-Olmos I., Talero-Gutiérrez, C., Moreno, C.B., González-Reyes, R., Palacios, L., de la Peña, F., Muñoz-Delgado, J. (2008). Sleep evaluation scales and

- questionnaires: a review. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 36(1), 54-59. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18286400>
- Lucchesi, L.M., Pradella-Hallinan, M., Lucchesi, M., & Moraes, W.A.S. (2005). O sono em transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(Suppl. 1), 27-32. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000500006>
- Matos, L., Nina, S., Rodrigues, M. (2014). Como dormimos? Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar*, 30, 16-22.
- Meia-Via, A. (2013). *Sono, qualidade de vida e saúde mental em alunos do ensino superior* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/18297399.pdf>
- Myllyntausta, S., Stenholm, S. (2018). Sleep before and after retirement. *Current Sleep Medicine Reports*, 4, 278-283. doi: <https://doi.org/10.1007/s40675-018-0132-5>
- Nasiri, K. , Valizadeh, L., Seyyedrasooli, A., & Zamanzadeh, V. (2013). The effect of footbath on sleep quality of the elderly: a blinded randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2(4), 305-311. doi: 10.5681/jcs.2013.036
- Pessoa, F. (1993). *Poesias de Álvaro de Campos*. Lisboa: Ática. Recuperado de <http://arquivopessoa.net/textos/2489>
- Sahin, N., Timur, S. (2012). Specific quality of life measures for sleep disorders. In Saddichha Sahoo (ed.), *Can't sleep? issues of being an insomniac* (pp. 39-48). Rijeka, Croatia: Intech. doi: 10.5772/32520
- Sartorius, N. (2006). The meanings of health and its promotion. *Croatian Medical Journal*, 47, 662-664. doi:



[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/pdf/CroatMedJ\\_47\\_0662.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/pdf/CroatMedJ_47_0662.pdf)

Simon, H. (2019). *Marriage and men's health*. Recuperado de

[https://www.health.harvard.edu/newsletter\\_article/marriage-and-mens-health](https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/marriage-and-mens-health)

Viana, M. (2019). *The quality of sleep of an online sample of the european portuguese*

*population* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior Miguel Torga.

Recuperado de <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/968>