

Sleep quality in the elderly with and without chronic pain

Qualidade do sono em idosos com e sem dor crônica

Fatima Ferretti¹, Daiana Teodoro dos Santos², Leticia Giuriatti², Ana Paula Maihack Gauer³, Carla Rosane Paz Arruda Teo¹

DOI 10.5935/2595-0118.20180027

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Brazil has been experiencing rapid aging of its population. Aging, even without chronic diseases, involves some functional loss, which is expressed by reduction in vigor, strength, readiness, metabolic efficiency, and often pain, which can lead to fatigue and sleep changes. Sleep quality is essential for the physical and emotional well-being of elderly individuals. The objective of this study was to evaluate the sleep quality among elderly with and without chronic pain that live in a town in Santa Catarina State.

METHODS: Interviews with 385 senior citizens living in the urban area of a town in Santa Catarina. The research tools used in the data collection were the Mini-Mental State Examination, an instrument adapted from Morais, the visual numerical scale and the Pittsburgh questionnaire.

RESULTS: Among the elderly interviewed, females (67.27%, n=259) and the 60-69 years age group (45.45%, n=175) prevailed. Among the 385 elderlies, 58.18% (n=224) had chronic pain, predominantly of moderate intensity (48.66%, n=109). Among the elderly with pain, 57.59% (n=129) presented poor sleep quality; among those without pain, 56.52% (n=91) had good sleep quality.

CONCLUSION: It is concluded that the intensity of pain, number of chronic self-reported diseases and age group are factors that influence the sleep quality of the elderly, thus indicating the importance of health professionals working in this context with new studies and resources.

Keywords: Diseases, Elderly health, Physiotherapy, Sleep disorders.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O Brasil vivencia o rápido envelhecimento da sua população. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional, que é expressa por diminuição de vigor, força, prontidão, eficiência metabólica e, muitas vezes, dores, que podem acarretar fadiga e alterações na qualidade do sono, aspecto essencial para o bem-estar físico e emocional de indivíduos idosos. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade do sono em idosos, com e sem dores crônicas, que residem em um município catarinense.

MÉTODOS: Foram entrevistados 385 idosos residentes no ambiente urbano de um município catarinense. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram o mini-exame de estado mental, instrumento adaptado de Morais, escala visual numérica e o questionário de Pittsburgh.

RESULTADOS: Dentre os idosos entrevistados, prevaleceram o sexo feminino (67,27%; n=259) e a faixa etária de 60 a 69 anos (45,45%; n=175). Dos 385 idosos, 58,18% (n=224) possuem dor crônica, predominantemente de intensidade moderada (48,66%; n=109). Entre os idosos com dor, 57,59% (n=129) apresentaram qualidade do sono ruim; entre os sem dor, 56,52% (n=91) tiveram qualidade do sono boa.

CONCLUSÃO: A intensidade da dor, quantidade de doenças crônicas autorrelatadas e faixa etária são fatores que influenciam na qualidade do sono de idosos, indicando a importância de os profissionais da saúde atuarem nesse contexto com novos estudos e recursos.

Descritores: Doenças, Fisioterapia, Saúde do idoso, Transtornos do sono.

INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia o rápido envelhecimento da sua população. A queda das taxas de mortalidade e fecundidade em um curto período promoveu a transição de uma população jovem para uma população mais envelhecida¹. Atualmente, aproximadamente 11% da população brasileira é formada por idosos, e estima-se que esse número triplique até 2050². Veras³ destaca que “envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional, que é expressa por diminuição de vigor, força, prontidão, velocidade de reação sistêmica e eficiência metabólica”. Dentre as alterações que podem acometer o sujeito nessa fase da vida, encontram-se as modificações da qualidade do sono. O processo de envelhecimento gera mudanças no sono, tanto quantitativa quanto qualitativamente, provocando diminuição na capacidade de dormir, que pode estar associada a comorbidades e não somente à idade em si⁴.

1. Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde, Chapecó, SC, Brasil.
2. Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, SC, Brasil.
3. Universidade do Oeste de Santa Catarina, Curso de Fisioterapia, Joaçaba, SC, Brasil.

Apresentado em 09 de janeiro de 2018.

Aceito para publicação em 19 de março de 2018.

Conflito de interesses: não há – fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Av. Senador Atilio Fontana, 591-E – Efápi

89809-000 Chapecó, SC, Brasil.

E-mail: ferrettifisio@yahoo.com.br

O sono é essencial para o bem-estar físico e emocional; se estiver em desordem, pode ocasionar quedas, declínio cognitivo e interferir negativamente nas condições de vida e saúde de indivíduos idosos, bem como potencializar outras desordens, intensificando quadros algícos, por exemplo. Complementando, dentre as doenças que afetam o idoso, a dor se configura como uma das maiores queixas, pois interfere diretamente nas atividades de vida diária e na mobilidade. Entre os tipos de dor, geralmente predomina a crônica – aquela que persiste por mais de três meses e se manifesta de modo contínuo ou recorrente⁵.

Estudos evidenciam diferentes percentuais de dor crônica entre idosos, podendo variar de 29,3 a 51,4%⁶⁻⁸. No entanto, toda dor pode provocar fadiga, anorexia, alterações do sono, constipação, náuseas e dificuldades de concentração, gerando sofrimento⁹. Os indivíduos que apresentam algum tipo de dor podem sofrer alterações de independência nas atividades diárias e na capacidade de aproveitar a vida¹⁰. Há que se considerar que o padrão do sono de idosos pode ser alterado nos quadros de dor¹¹, o que evidencia a necessidade de se analisar a qualidade do sono de idosos com e sem dor crônica. A partir dessas informações, pode-se produzir estratégias inovadoras para minimizar o sofrimento produzido pelos quadros algícos e instrumentalizar os profissionais da saúde para o planejamento de intervenções para a prevenção desses quadros com vistas a diminuir seus índices, além de melhorar a qualidade do sono.

Considerando o contexto apresentado, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do sono em idosos, com e sem dor crônica, que residem em um município de Santa Catarina.

MÉTODOS

O presente estudo é de caráter quantitativo, transversal e populacional e foi realizado em um município catarinense, no período de junho a agosto de 2016. Participaram deste estudo idosos de ambos os sexos, residentes no ambiente urbano desse município.

O estado de Santa Catarina tem uma dinâmica que se reflete em índices elevados de crescimento, alfabetização, emprego e renda *per capita*, significativamente superiores às médias nacionais, garantindo melhor qualidade de vida para a população residente, mas com contrastes quanto ao desenvolvimento socioeconômico de seus municípios. A economia do município sede da pesquisa está ligada fortemente à agricultura, à agroindústria, à metal-mecânica e às pequenas empresas. O município possui cultura diversificada, com influências das colonizações italiana e alemã, mescladas às características locais. Muitos dos descendentes de colonizadores fixaram suas vidas no município e constituem a população jovem, a adulta e, principalmente, a idosa dessa cidade¹².

População/amostragem por conglomerados

Para cálculo amostral, considerou-se a população de 13.606 idosos residentes no município¹³, de ambos os sexos, com 60 anos ou mais. A amostra do estudo foi calculada pelo programa amostral do *Microsoft Excel*, considerando um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, totalizando 385 idosos. Os critérios de inclusão utilizados foram possuir 60 anos ou mais, residir no ambiente urbano do município estudado e apresentar boa cognição, de acordo

com o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), conforme o grau de escolaridade previsto no escore do teste. Os critérios de exclusão foram verificação de idoso ausente em seu domicílio em duas visitas; ser idoso acamado ou cadeirante.

A coleta de dados foi organizada a partir do mapa censitário do município, no qual constam 38 setores. Foram sorteados aleatoriamente 10 setores censitários. Os mapas desses setores foram impressos para que os pesquisadores pudessem planejar a coleta a partir das ruas de cada bairro. A cada duas casas, a primeira foi sorteada. Quando o local sorteado era um prédio, todas as pessoas acima de 60 anos foram entrevistadas. Lotes e estabelecimentos comerciais foram excluídos e, quando sorteados, passou-se ao próximo domicílio – assim sucessivamente, em todas as ruas até atingir a amostra.

Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram o questionário adaptado de Moraes¹⁴ para identificar dados pessoais e se o idoso apresentava ou não dor crônica. Em seguida, a escala visual numérica (EVN), para aferir a intensidade da dor no idoso. Essa escala é dividida em 11 partes iguais, que vão de zero a 10, sendo que o indivíduo classifica sua dor de acordo com os seguintes parâmetros: de zero a três, corresponde à “dor leve”; de quatro a sete, à “dor moderada”; acima de oito, à “dor intensa”¹⁵.

Por fim, foi aplicado o questionário de Pittsburgh para avaliar a qualidade do sono. Esse instrumento possui 19 questões, agrupadas em sete componentes, com pesos distribuídos em uma escala de zero a três¹⁶. As pontuações desses componentes são somadas para produzir um escore global, que varia de zero a 21. Pontuações de zero a quatro indicam boa qualidade do sono; de cinco a dez indicam qualidade ruim; acima de 10 indicam distúrbio do sono¹⁷.

Procedimentos de coleta de dados

Para a aplicação dos instrumentos utilizados na coleta de dados, 14 estudantes foram previamente treinados – dois mestrandos, um estudante do curso de graduação em Medicina, 11 estudantes do curso de graduação em Fisioterapia – todos integrantes do grupo de pesquisa em que o estudo estava alocado. A capacitação teve duração de 20 horas: cinco horas destinadas para estudo dos instrumentos; cinco para aplicação do teste-piloto com 15 idosos, para verificar a adequação dos instrumentos de coleta; cinco para efetuar a verificação dos resultados do teste-piloto e ajustes necessários para iniciar a coleta dos dados oficiais do estudo; e cinco para organizar toda a dinâmica da coleta de dados.

A coleta foi realizada nos 10 setores censitários sorteados. Cada coletor registrou as coletas realizadas no mapa que recebeu previamente. A equipe da pesquisa se encontrava toda sexta-feira para digitar o banco de dados e avaliar o andamento das coletas, verificar as ruas percorridas e planejar a semana seguinte. A coleta foi realizada no período matutino, vespertino ou noturno, em todos os dias da semana, de junho a agosto de 2016. Quando, na casa sorteada, havia idoso residente, mas ele não se encontrava no local no momento da visita, o idoso foi procurado em mais uma data, conforme disponibilidade sugerida pela pessoa que estava na residência.

Cada idoso localizado em seu domicílio foi informado sobre a finalidade da pesquisa, sua relevância, objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que poderia acarretar, bem

como sobre a forma como seriam coletados os dados e utilizados posteriormente. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na sequência, foi aplicado o MEEM, utilizado como um critério de inclusão, pois faz a triagem quanto à preservação do cognitivo dos idosos. Sua interpretação se deu pelo seguinte escore: 17 pontos para analfabetos ou menos de quatro anos de escolaridade, 24 pontos para indivíduos com quatro anos ou mais de escolaridade¹⁸. Os idosos que atingiram esses pontos de corte continuaram na pesquisa, e os demais foram excluídos por não apresentarem um bom cognitivo. Depois, foi aplicado o questionário de dados gerais de idosos – adaptado de Moraes –, instrumento composto pelas informações pessoais e perguntas referentes à presença de dor e ao número de doenças crônicas autorrelatadas¹⁴. A idade foi caracterizada por faixa etária em 60-69; 70-79 e mais de 80 anos de idade. Sexo em masculino e feminino. O número de doenças crônicas foi autorrelatado e classificado em nenhuma, até 3 e acima de 4. Em seguida, foi aplicada a EVN, que auxilia na aferição da intensidade da dor no paciente, em escala que vai de zero a 10. O idoso classificava sua dor por intensidade, sendo que de zero a três corresponde à “dor leve”, quatro a sete, “dor moderada”, e acima de oito corresponde à “dor intensa”¹⁵. Por fim, a escala de Pittsburgh (PSQI), desenvolvida com o objetivo de avaliar a qualidade do sono em relação ao mês mais recente. Esse questionário possui 19 questões que são agrupadas em sete componentes com pesos distribuídos em uma escala de zero a três. As pontuações desses componentes são somadas para produzirem o escore global¹⁹.

Aspectos éticos

O projeto que deu origem a este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição de Ensino Superior de origem, CAE nº 613611160.0000.0116. Este estudo assegurou o cumprimento dos princípios éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise estatística

Os dados foram analisados, inicialmente, por estatística descritiva; categorizados e analisados, também, por meio do programa SPSS, versão 20.0. Em princípio, foi utilizada a estatística descritiva com média e desvio padrão, e a distribuição de frequências das variáveis qualidade do sono, intensidade da dor, idade e número de doenças crônicas autorrelatadas. O nível de significância foi determinado *a priori* em $p \leq 0,05$, utilizando-se o teste Qui-quadrado. Para a análise inferencial, foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov. A comparação da média dos resultados entre os escores da qualidade do sono em ambos os grupos (com dor e sem dor crônica) foi feita por meio do teste de correlação de Spearman.

RESULTADOS

Na amostra do presente estudo prevaleceu o sexo feminino, com 67,3% (n=259). Quanto à idade, predominou a faixa etária de 60 a 69 anos, representando 45,5% (n=175) da amostra. Em relação à presença de dor crônica, 58,18% (n=224) referiram esse sintoma. Já no que se refere ao número de doenças crônicas autorrelatadas, prevaleceu até três, em 79,0% (n=304). Quanto à intensidade da

dor, observou-se que 58,18% (n=224) referiram alguma dor. Destes, 17,86% (n=40) possuíam dor leve; 48,66% (n=109), dor moderada; 33,48% (n=75), dor intensa.

Tabela 1. Perfil da amostra dos idosos, 2017

Variáveis	Classificação	n (385) (%)
Idade (anos)	60-69	175 (45,45)
	70-79	154 (40,00)
	+ de 80	56 (14,55)
Sexo	Masculino	126 (32,73)
	Feminino	259 (67,27)
NEA	Nenhuma	50 (12,99)
	Até 3	304 (78,96)
	Acima de 4	31 (8,05)
Intensidade da dor (EVN)	Leve	40 (17,86)
	Moderada	109 (48,66)
	Intensa	75 (33,48)

n = número da amostra; % = percentual da amostra; NEA = número de enfermidades autorrelatadas; EVN = escala visual numérica.

Fonte: elaboração das autoras.

Na tabela 2, dentre os idosos com dor crônica, 57,59% (n=129) apresentaram qualidade do sono ruim e 8,48% (n=19) referiram distúrbio do sono. Dentre os idosos que não possuíam dor crônica, 56,52% (n=91) tinham boa qualidade do sono e só 2,26% (n=5) apresentaram distúrbio do sono; a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,000$) entre os idosos com e sem dor crônica.

Tabela 2. Qualidade do sono em idosos com e sem dor crônica, 2017

Dor crônica	Classificação do sono	n=224 (58,18%)	Valor de p
Presença	Boa qualidade	76 (33,93%)	0,000*
	Qualidade ruim	129 (57,59%)	
	Distúrbio do sono	19 (8,48%)	
Ausência	Classificação do sono		161 (41,82%)
	Boa qualidade		91 (56,52%)
	Qualidade ruim		65 (40,37%)
	Distúrbio do sono		5 (2,26%)

n = número da amostra; % = percentual da amostra; valor de p = estatística de Person Qui-quadrado *Nível de significância: $p < 0,0$.

Fonte: elaboração das autoras.

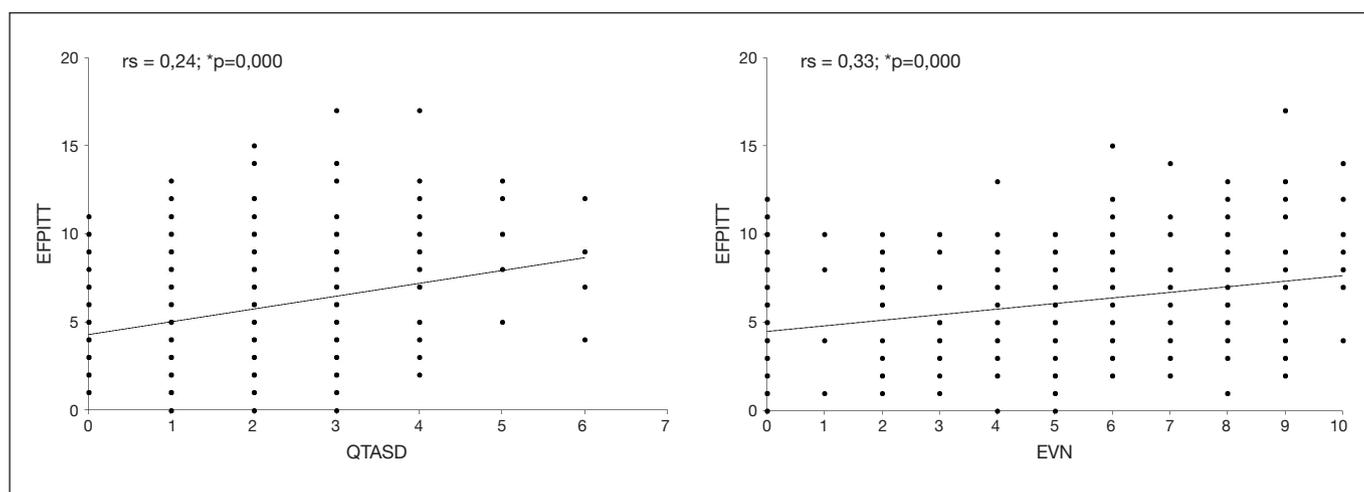
Na tabela 3, são apresentados dados quanto à prevalência da dor, qualidade do sono e faixa etária. Dentre os idosos que apresentam dores crônicas, a qualidade do sono ruim aumentou com a idade: para 47,92% daqueles entre 60 e 69 anos; 62,10% daqueles entre 70 e 79 anos; para 72,73% daqueles com 80 anos ou mais. Já entre os idosos sem dor crônica, houve um predomínio da qualidade do sono boa, aumentando com a faixa etária: 50,63% daqueles entre 60 e 69 anos; 62,71% daqueles de 70 a 79 anos; 60,87% daqueles com 80 anos ou mais.

Na figura 1, observam-se correlações positivas entre a qualidade do sono e a quantidade de doenças autorrelatadas ($r=0,24$, $p=0,000$), e também entre a qualidade do sono e a intensidade da dor ($r=0,33$, $p=0,000$).

Tabela 3. Prevalência da dor, qualidade do sono e faixa etária, 2017

Variáveis	Presença de dor crônica			Ausência de dor crônica			Valor de p
	60-69	70-79	+ de 80	60-69	70-79	+ de 80	
Faixa etária (anos)	96 (42,85%)	95 (42,41%)	33(14,73%)	79 (49,06%)	59 (36,64%)	23 (14,28)	0,00
QSB	39 (40,63%)	29 (30,53%)	8 (24,24%)	40 (50,63%)	37 (62,71%)	14 (60,87%)	
QSR	46 (47,92%)	59 (62,10%)	24 (72,73%)	35 (44,30%)	22(37,29%)	8 (34,78%)	
DS	11 (11,45%)	7 (7,37%)	1 (3,03%)	4 (5,06%)	0	1 (4,35%)	
Total	96 (100%)	95 (100%)	33 (100%)	79 (100%)	59 (100%)	23 (100%)	385 (100%)

% = percentual da amostra; p = estatística de Person Qui-quadrado; QSB = qualidade do sono boa; QSR = qualidade do sono ruim; DS = distúrbio do sono. *Nível de significância: $p < 0,05$.

**Figura 1.** Correlação entre qualidade do sono e quantidade de doenças crônicas e intensidade de dor, 2017

EFPITT = escala de Pittsburgh; QTASD = quantidade de doenças crônicas; EVN = escala visual numérica de dor; rs = resultado. *Nível de significância: $p < 0,05$

Fonte: elaboração das autoras.

DISCUSSÃO

Neste estudo, evidenciou-se maior número de mulheres entre os idosos – prevalência do sexo feminino –, aspecto já destacado na literatura, dada a feminização da velhice²⁰. Outros estudos também identificaram maior número de mulheres entre idosos na comunidade: 72,6, 67,4 e 70%²¹⁻²³.

A maior sobrevivência das mulheres idosas está relacionada com menor exposição aos riscos ocupacionais, taxas de mortalidade por causas externas, consumo de tabaco e álcool e maior autocuidado em relação às doenças e utilização dos serviços de saúde²⁴. Quanto à faixa etária, predominou a de 60 a 69 anos de idade, 45,5% (n=175). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o município em questão já destacavam essa faixa etária como a predominante (59,63%)¹³.

Quanto à presença e intensidade da dor em idosos, observa-se que 58,18% apresentam dor crônica (Tabela 2); ainda, a intensidade da dor que predominou foi a do tipo moderada (48,66%) (Tabela 1). Esses resultados se assemelham com o estudo realizado com 872 idosos, em que 543 (52,8%) referiram dor crônica, sendo que a intensidade da dor predominante também foi a moderada (25,9%)²⁵, embora em menor proporção do que a observada nesta pesquisa.

Dellaroza et al.⁸ também identificaram, em estudo com 1.271 idosos, o predomínio da intensidade moderada de dor (45,8%) e asso-

ciaram a dor a quadros de incapacidade nas atividades de vida diária. Em muitas situações, o idoso é levado a acreditar que o quadro de dor crônica é natural na velhice e, em função disso, passa a omitir esse sintoma, mesmo quando a dor afeta seu humor e seu nível funcional, o que impossibilita o tratamento, piorando suas condições de vida²⁶. Há que inserir na avaliação clínica o questionamento sobre a dor, visto que só um bom rastreio quanto a sua ocorrência e intensidade permitirá que os profissionais que atuam na área de atenção ao idoso possam planejar ações para minimizar esse quadro.

O principal resultado deste estudo evidencia que a maioria dos idosos com dor apresenta qualidade do sono ruim (57,59%). Já entre aqueles sem dor crônica, a maioria tem boa qualidade do sono (56,52%). Estudo de Monteiro e Ceolim²⁷ descreveu que, dentre os fatores causadores de transtornos do sono, estavam as dores (33,1%). Ora, a dor interfere na qualidade do sono de indivíduos idosos, mas, apesar da sua maior ocorrência na velhice, ela por si só não é causa de distúrbios do sono – normalmente, essas alterações estão associadas a comorbidades e piores escores de qualidade de vida nos idosos²⁸. Dentre os idosos que apresentam dores crônicas, a qualidade do sono ruim aumentou com a idade: 47,92% entre 60 e 69 anos; 62,10% entre 70 e 79 anos; 72,73% entre os com 80 anos ou mais. Já entre os idosos sem dor crônica, houve predomínio da qualidade do sono boa: 50,63% entre aqueles de 60 a 69 anos; 62,71% entre os de 70 a 79 anos; 60,87% entre os com 80 anos ou mais.

A dor ou os desconfortos físicos em idosos levam a alterações nos padrões do sono, que ocorrem principalmente em mais da metade dos idosos com 65 anos ou mais; e tende a progredir com a idade: com o avançar desta, pode ocorrer um aumento no número de doenças que são causadoras da aceleração do envelhecimento, além do processo de declínio gradativo da função dos vários sistemas orgânicos^{4,29,30}, todos fatores que pioram a qualidade do sono e da vida do idoso.

Observou-se correlação positiva entre as doenças autorrelatadas e a qualidade do sono: quanto maior o número de doenças crônicas autorrelatadas, pior é a qualidade do sono; quanto maior o escore da qualidade do sono, maior a intensidade da dor. Sabe-se que quanto maior o número de doenças crônicas, maiores as interações de sintomas e fármacos, o que produz um ciclo que pode gerar diferentes tipos de sofrimento físico e psíquico.

Dentre as doenças crônicas que produzem quadros de dor, as mais comuns são as osteomioarticulares. Estudo que buscou correlacionar as alterações osteomioarticulares com a dor em idosos concluiu que essas doenças na população idosa são acompanhadas por desconfortos algícos. Os autores destacaram ainda que, para 46,9% dos idosos, os quadros de dor são considerados um incômodo razoável e que a dor crônica pode interferir nas condições de vida e saúde dos idosos, afetando a qualidade do sono³¹.

A dor crônica produz alteração na qualidade de sono, o que tem particular relevância entre os idosos, pois, além de muito frequente, pode causar prejuízos ao seu cotidiano e à sua saúde³². Quando o padrão do sono de idosos é interrompido por quadros de dor, pode promover a redução da motivação e indisposição para participar de atividades sociais e recreativas, prejudicando, conseqüentemente, o desempenho nas atividades de vida diária, produzindo quadros de dependência e diminuição do bem-estar¹¹. O número de idosos que sofrem com a má qualidade do sono é alto. Dentre os fatores que podem interferir na qualidade do sono estão idade, gênero, escolaridade e saúde geral autopercebida²⁹.

Veras³³ observou que, na velhice, é comum a presença de mais de uma doença crônica autorrelatada, o que na atualidade caracteriza uma sociedade em envelhecimento. Já Corrêa e Ceolim³⁴ destacam que as doenças crônicas têm relação com escores de qualidade do sono ruim e ressaltam que a identificação precoce das desordens do sono é importante para que os profissionais da saúde possam intervir favoravelmente no percurso de evolução do quadro.

Dessa forma, os profissionais da saúde devem intervir com ações de promoção da saúde que minimizem ou previnam os problemas relativos ao sono. Entre as estratégias, pode-se destacar as técnicas de relaxamento, práticas integrativas e complementares, roda de conversa, grupo de terapias e de apoio. Há, também, o toque terapêutico, que beneficia os idosos com dores crônicas, tendo efetividade na sua diminuição e na melhora da qualidade do sono³⁵.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram concluir que a intensidade da dor, quantidade de doenças crônicas autorrelatadas e faixa etária são fatores que influenciam negativamente na qualidade do sono de idosos. Ademais, quanto maior a faixa etária de idosos com presença de dor, piores são seus escores de qualidade do sono.

REFERÊNCIAS

- Ramos LR, Cendoroglo MS (Coords.). Guia de geriatria e gerontologia. In: Carvalhães-Neto NC. Envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento com fragilidade. Barueri: Manole; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Brasília: ANSS; 2012.
- Veras R. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015;18(1):5-6.
- Quinhones MS, Gomes MM. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. Rev Bras Neurol. 2011;47(1):31-42.
- Barros N. Entendendo a dor. Porto Alegre: Artmed; 2014. 136p.
- dos Santos FA, de Souza JB, Antes DL, d'Orsi E. [Prevalence of chronic pain and its Association with the sociodemographic situation and physical activity in leisure of elderly in Florianópolis, Santa Catarina: population-based study]. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(1):234-47. English, Portuguese.
- Dellaroza MS, Pimenta CA. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. Cienc Cuid Saude. 2012;11(Suppl):235-42.
- Dellaroza MS, Pimenta CA, Duarte YA, Lebrão ML. [Chronic pain among elderly residents in São Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE Study)]. Cad Saude Publica. 2013;29(2):325-34. Portuguese.
- Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida dos idosos. Rev Dor. 2011;12(2):120-4.
- Batista AG, Vasconcelos LA. Principais queixas dolorosas em pacientes que procuram clínica de Fisioterapia. Rev Dor. 2011;12(2):125-30.
- Freire AL, Alves LF, Torres MV, Xavier CL, Gomes JA, Lopes KS, et al. Análise comparativa da qualidade do sono em idosos praticantes e não praticantes de atividade física na zona sul de Teresina (Piauí). Gest Saúde Brasília. 2014;7(3):3101-14.
- Santa Catarina. Governo de Santa Catarina. Conheça SC. Florianópolis -SC. Disponível em <http://www.sc.gov.br/conhecasc>. Acesso: nov. 2016.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: mar. 2016.
- Morais EP. Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS [doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2007.
- Ciena AP, Gatto R, Pacini VC, Picanço VV, Magno IM, Loth EA. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. Londrina, 2008;29(2):201-12.
- Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
- Fonseca DC, Galdino DA, Guimarães LH, Alves DA. Avaliação da qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. Rev Neurocienc. 2010;18(3):294-9.
- Amaral JR, Jacob WF. Avaliação global do idoso. São Paulo: Atheneu; 2005.
- Passos GA, Tufik S, Santana MG, Poyares D, Mello MT. Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(3):279-82.
- dos Santos AA, Ceolim MF, Neri AL. [Sleep complaints among Brazilian senior citizens from municipalities with different human development indexes]. Rev Lat Am Enfermagem. 2012; 20(5):917-26. English, Portuguese, Spanish.
- Lopes JM, Fernandes SG, Dantas FG. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015;18(3):521-31.
- Santos-Orlandi AA, Ceolim MF, Pavarini SC, Oliveira-Rossignolo SC, Pergola-Marconato AM, Neri AL. Fatores associados à duração dos cochilos entre idosos comunitários: dados do estudo multicêntrico fibra. Texto Contexto Enferm. 2016;25(1):e1200014.
- Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Batelho AC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. Cienc Saude Coletiva. 2015;20(8):2489-98.
- Silva NK, Oliveira ML. Fatores que interferem no sono dos alunos idosos da Universidade da Maturidade (UMA), na cidade de Palmas (TO). Rev Kair Geront. 2015;18(1):129-50.
- Pereira LV, de Vasconcelos PP, Souza LA, Pereira Gde A, Nakatani AY, Bachion MM. [Prevalence and intensity of chronic and self-perceived health among elderly people: a population-based study]. Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(4):662-9. English, Portuguese, Spanish.
- Santos FC, Souza PM, Nogueira SA, Lorenzetti IC, Barros BF, Dardin LP. Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. Rev Dor. 2011;12(3):209-14.
- Monteiro NT, Ceolim MF. Qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. Texto Contexto Enferm. 2014;23(2):356-64.
- Pereira AA, Ceolim MF. Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011;44(4):769-78.

29. Oliveira BH, Yassuda MS, Cupertino AP, Neri AL. [Relations between sleep patterns, perceived health and socioeconomic Variables in a sample of community resident elders: PENSA Study]. *Cien Saude Colet*. 2010;15(3):851-60. Portuguese.
30. Cardoso AF. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. *Rev Digital*. 2009;13(130):1-1.
31. Meneses GS, Leorne RO, Gouveia GP. Correlação das alterações osteomioarticulares e dor em idosos de Morrinho (CE). *RBCEH*. 2013;10(2):139-49.
32. Araújo CL, Ceolim MF. [Sleep quality of elders living in long-term care institutions]. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):619-26. Portuguese.
33. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):779-86.
34. Corrêa K, Ceolim MF. [Sleep quality in aged patients with peripheral vascular disease]. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):12-8. Portuguese.
35. Marta IE, Baldan SS, Berton AF, Pavam M, da Silva MJ. [The effectiveness of therapeutic touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: clinical trial]. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):1100-6. Portuguese.