



Universidades Lusíada

Ferreira, Sara Isabel de Jesus Ricardo, 1995-

Estilo de vida e sono no processo de envelhecimento

<http://hdl.handle.net/11067/4747>

Metadados

Data de Publicação

2019

Resumo

À Luz do modelo do desenvolvimento humano ecológico de Urie Bronfenbrenner (1977), o presente trabalho tem como objetivo compreender e caracterizar os estilos de vida e os hábitos de sono no processo de envelhecimento. Pretende-se, ainda, compreender a relação entre os estilos de vida e o sono e a influência de alguns fatores sociodemográficos, tais como, a idade e género. O estudo envolveu 564 sujeitos, com idades compreendidas entre 24 e 99 anos, dos quais 73,8% eram do sexo feminino, média d...

In light of the ecologic human development model by Urie Bronfenbrenner (1977), the present report aims to understand and characterize the lifestyle and sleeping habits during the aging process. Furthermore, it intends to explore the relationship between lifestyle and quality of sleep, as well as understand the influence of sociodemographic factors, such as gender and age. The study gathered answers from 564 respondents, with ages between 24 and 99 years old, of which 73,8% were women with an ...

Palavras Chave

Envelhecimento, Estilo de Vida, Sono - Factores etários

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-23T08:35:53Z com informação proveniente do Repositório



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

**Estilo de vida e sono no processo
de envelhecimento**

Realizado por:
Sara Isabel de Jesus Ricardo Ferreira

Orientado por:
Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tília Rute Maia Cabrita
Orientadora: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Arguente: Prof. Doutor Manuel Carlos do Rosário Domingos

Dissertação aprovada em: 14 de novembro 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

**Estilo de vida e sono
no processo de envelhecimento**

Sara Isabel de Jesus Ricardo Ferreira

Lisboa

agosto 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

**Estilo de vida e sono
no processo de envelhecimento**

Sara Isabel de Jesus Ricardo Ferreira

Lisboa

agosto 2019

Sara Isabel de Jesus Ricardo Ferreira

Estilo de vida e sono no processo de envelhecimento

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.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Lisboa

agosto 2019

Ficha Técnica

Autora Sara Isabel de Jesus Ricardo Ferreira
Orientadora Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Título Estilo de vida e sono no processo de envelhecimento
Local Lisboa
Ano 2019

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

FERREIRA, Sara Isabel de Jesus Ricardo, 1995-

Estilo de vida e sono no processo de envelhecimento / Sara Isabel de Jesus Ricardo Ferreira ; orientado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GASPAR, Tânia, 1977-

LCSH

1. Envelhecimento
2. Estilo de vida
3. Sono - Fatores etários
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Aging

2. Lifestyles
3. Sleep - Age factors
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. BF724.55.A35 F47 2019

Dedico este trabalho à minha
querida tia Laurinda.

Agradecimentos

A finalização do mestrado em psicologia clínica não se pode resumir apenas aos dois últimos anos, ou à realização da dissertação. Ao longo dos últimos 5 anos, cruzei-me inúmeras pessoas que de diversas formas tornaram possível e ainda mais satisfatória a realização deste percurso.

Quero agradecer à Professora Doutora Tânia Gaspar, pelo acompanhamento e orientação ao longo do último ano de realização da tese. Pela paciência, empenho e ajuda que sempre me prestou.

Agradeço à Professora Doutora Túlia Cabrita, por toda a aprendizagem que transmitiu ao longo dos anos e em especial pelo acompanhamento mais próximo na realização do estágio académico.

A todos os professores com quem tive o prazer de aprender, ao longo da licenciatura e do mestrado, a quem devo muito do conhecimento e do gosto que tenho hoje a pela psicologia.

A todos os colegas com quem tive a sorte e o prazer de me cruzar, também eles me ensinaram algo e foi muito gratificante “crescer” junto de todos, a nível académico e pessoal.

Um obrigada muito especial às minhas companheiras de curso e de vida, Vânia Gomes, Inês Francisco, Maria Inês Louro e Sara Moty, por todas brincadeiras, horas de estudo, trabalhos em conjunto, momentos dentro e fora da vida académica que guardo para toda a vida.

Um enorme obrigada à minha família, Mãe, Pai, Avós, Joana e Mafalda, que sempre acompanharam de perto o meu percurso, os sucessos, as dificuldades, as conquistas, sem nunca duvidarem de mim e por me motivarem sempre a fazer mais e melhor. Obrigada!

Resumo

À Luz do modelo do desenvolvimento humano ecológico de Urie Bronfenbrenner (1977), o presente trabalho tem como objetivo compreender e caracterizar os estilos de vida e os hábitos de sono no processo de envelhecimento. Pretende-se, ainda, compreender a relação entre os estilos de vida e o sono e a influência de alguns fatores sociodemográficos, tais como, a idade e género.

O estudo envolveu 564 sujeitos, com idades compreendidas entre 24 e 99 anos, dos quais 73,8% eram do sexo feminino, média de 69,76 e desvio padrão 17,21. Para a recolha de dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico, o Questionário de Estilo de Vida, traduzido e adaptado (Godwin, Streight, Dyachuck, Hooven, Ploemacher, Seguin & Cuthbertson, 2008) para avaliar o estilo de vida. A variável sono será avaliada com base na aplicação do Índice da qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI).

Os resultados demonstraram que, para o estilo de vida, existem diferenças significativas de género, nomeadamente, nas dimensões dieta e consumo de álcool e tabaco. Em relação ao sono, identificam-se diferenças de género nas dimensões qualidade subjetiva de sono, latência de sono e eficiência de sono. Em relação à idade, existem diferenças significativas nas dimensões dieta, exercício físico, consumo de tabaco, consumo de álcool e nível de stress, no estilo de vida e qualidade subjetiva, perturbações do sono e medicação para dormir, no sono. As dimensões idade, o género, a medicação para dormir e a disfunção diurna estão fortemente associadas ao estilo de vida.

Palavras-chave: envelhecimento; estilos de vida; sono, saúde

Abstract

In light of the ecologic human development model by Urie Bronfenbrenner (1977), the present report aims to understand and characterize the lifestyle and sleeping habits during the aging process. Furthermore, it intends to explore the relationship between lifestyle and quality of sleep, as well as understand the influence of sociodemographic factors, such as gender and age.

The study gathered answers from 564 respondents, with ages between 24 and 99 years old, of which 73,8% were women with an average age of 69,76 and standard deviation of 17,21. For the data gathering, a sociodemographic questionnaire was conducted – Simple Lifestyle Indicator Questionnaire (Godwin, Streight, Dyachuck, Hooven, Ploemacher, Seguin & Cuthbertson, 2008) –, translated and adapted to Portuguese, to evaluate lifestyle habits. The sleep variable, on the other hand, will be evaluated based on the application of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

The results showed that, when it comes to lifestyle, there are significant differences in gender, namely in the diet, alcohol consumption and smoking dimensions. In the sleep variable, differences were found between genders in the subjective quality of sleep, sleep latency and sleep efficiency. In relation to age, in terms of lifestyle, there are significant differences in diet, physical exercise, smoking, alcohol consumption and stress level; when it comes to sleep, there are disparities in the subjective quality of sleep, sleep disturbances and sleep medication. The age, gender, sleep medication and daytime dysfunction are strongly associated to lifestyle.

Key words: aging, lifestyle, sleep, health

Lista de Tabelas

Tabela 1- <i>Distribuição nas dimensões da escala SLIQ do estilo de vida</i>	39
Tabela 2- <i>Distribuição nas dimensões da escala PSQI da qualidade do sono</i>	40
Tabela 3- <i>Correlações entre as variáveis estilo de vida e qualidade do sono</i>	41
Tabela 4- <i>Diferenças de médias entre o estilo de vida e o género e a qualidade do sono e o género</i>	44
Tabela 5- <i>Diferenças de médias entre o estilo de vida e a idade e a qualidade do sono e a idade</i>	45
Tabela 6- <i>Regressão linear das variáveis género, idade e qualidade do sono como preditoras do estilo de vida</i>	46
Tabela 7- <i>Regressão linear das variáveis género, idade e estilo de vida como preditoras da qualidade do sono</i>	47

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimo

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ALY	Disability-Adjusted Life Year
Modelo	Modelo
PPCT	Processo, Pessoa, Contexto e Tempo
NSF	National Sleep Foundation
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSQI	Índice da qualidade de sono de Pittsburgh
QEV	Questionário de Estilo de Vida
REM	Rapid Eye Movement
SAOC	Síndrome de Apneia Obstrutiva Crónica
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization

Índice

Agradecimentos	VII
Resumo	IX
Abstract	XI
Lista de Tabelas	XIII
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	XV
Índice	XVIII
Introdução	1
Enquadramento Teórico	5
Processo de Desenvolvimento e Envelhecimento Humano	5
Saúde e Qualidade de Vida no Processo de Envelhecimento	9
Doenças Crônicas Evitáveis	11
Estilo de Vida e Consequências na Saúde	14
Estilo de Vida e Sono	19
Objetivos	32
Método	34
Participantes	34
Instrumentos	35
Procedimento	37
Princípios éticos	37
Apresentação dos Resultados	39
Correlações	41
Análise de Variância (ANOVA)	44
Regressão	46
Discussão	48
Conclusão	57
Referências	61
Anexos	74
Lista de Anexos	76
Anexo A	78
Anexo B	87

Introdução

De acordo com o relatório World Population Ageing (2015), do departamento de economia e assuntos sociais das Nações Unidas, em 2000 o mundo contava com 607 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade. Em 2015 este número tinha sofrido um aumento de 48% para 901 milhões de idosos.

Com o aumento da população envelhecida (Organização Mundial de Saúde, 2015), aumenta também a necessidade de definir o conceito de envelhecimento. Este conceito tem sofrido alterações ao longo do tempo: começando pelo ancião respeitável - proveniente dos patriarcas com experiência acumulada e valorizada, passando pelo velho, caracterizando tudo o que está gasto e degradado e, finalmente, chegando à terceira idade, terceira aposentadoria.

No entanto, o envelhecimento fica cada vez mais adiado para uma quarta idade, a partir do qual se associa a tradicional imagem de decadência e de perda de capacidades físicas e psicossociais (Negreiros, 2004).

Tendo como base o modelo do desenvolvimento ecológico de Urie Bronfenbrenner (1977), o presente estudo encara o envelhecimento numa perspetiva ecológica, como um processo que ocorre ao longo da vida. É considerado um fenómeno biológico, psicológico e social que ocorre em todo o ser humano, modificando a sua relação com o tempo, com o mundo e com a sua própria história.

O envelhecimento tem sido definido como um processo de mudanças e perdas em todos os seres vivos, caracterizada essencialmente pela perda da capacidade de adaptação e diminuição da capacidade funcional. Associa-se, por isso, a inúmeras alterações com consequências a nível da mobilidade, autonomia e saúde (Ribeiro & Paúl, 2012).

Estas alterações são irreversíveis, únicas e heterogêneas uma vez que são influenciadas pela interação entre fatores internos, por exemplo fatores genéticos, e externos

como o estilo de vida, educação, ambiente e condições sociais (Figueiredo, Guerra & Sousa, 2012).

O envelhecimento é, hoje, uma realidade na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, o que faz com que seja um tema cada vez mais atual e de relevância do ponto de vista científico e de políticas públicas, na forma de lidar com o desafio da longevidade humana para a sociedade (Carvalho & Soares, 2008).

O aumento da longevidade da população é uma realidade atual da sociedade portuguesa, tanto a nível demográfico como social. Em resposta a esta nova condição, surge o paradigma do envelhecimento ativo como reação às consequências populacionais (Organização Mundial de Saúde, 2015), que será discutido mais à frente.

Segundo Organização Mundial de Saúde (OMS), a população mundial com idade superior a 60 anos, cujos números rondam atualmente os 841 milhões, irá, até 2050, aumentar para 2 biliões. Ainda que reflita pontos positivos no desenvolvimento social, o envelhecimento humano origina o aumento de fatores de riscos associados a doenças crónico-degenerativas, abordadas no enquadramento teórico (OMS, 2015).

O surgimento deste tema e a importância crescente de preparar o envelhecimento e torná-lo numa fase ativa, leva a uma questão que deve ser clarificada, a altura em que se inicia o envelhecimento. A idade tem vários significados e não pode ser uma forma de avaliar o desenvolvimento humano uma vez que nem sempre corresponde à idade cronológica. É, por isso, importante realçar a necessidade de um envelhecimento ativo com uma visão multidimensional e integrante de vários domínios da vida pessoal e social de cada pessoa (OMS, 2015).

Neste contexto têm surgido novos conceitos que visam contribuir para uma melhor qualidade de vida da população envelhecida, como o caso do conceito de envelhecimento bem-sucedido que abrange duas componentes essenciais.

Primeiramente, é necessário apontar para a redução de doenças e para as incapacidades a ela associadas. Isto implica não só o combate à existência da própria doença, como à redução dos fatores de risco que contribuem para o aparecimento da mesma. De seguida, é importante entender a capacidade cognitiva funcional, isto é, identificar o que a pessoa é capaz de fazer e o que ela realmente faz. Por isso, importa ainda realçar a necessidade de um envolvimento ativo com todas as esferas da vida, o que implica que haja uma presença ativa nas relações interpessoais e o desenvolvimento de atividades produtivas (Ribeiro & Paúl, 2011).

Assim, o presente trabalho pretende explorar quais os fatores associados ao estilo de vida e saúde no processo de envelhecimento.

Numa primeira fase deste estudo, será apresentado um enquadramento teórico de modo a contextualizar os temas a abordar. A segunda parte corresponde à metodologia na qual é feita a descrição dos objetivos e dos instrumentos utilizados para a recolha de dados e respetivos procedimentos.

Numa última fase, os resultados obtidos são reportados e analisados, e as principais conclusões inferidas.

Enquadramento Teórico

Processo de Desenvolvimento e Envelhecimento Humano

Ao longo da vida, o ser humano passa por inúmeros processos de acomodação progressiva e mútua entre si próprio enquanto ser em desenvolvimento, devido às propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que vive. Este processo é afetado tanto pelas relações entre esses ambientes, como pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos.

O desenvolvimento humano não deve ser visto como algo estático e impossível de ser influenciado por fatores externos ao organismo (Alves, 1997). É definido como um processo contínuo, multidirecional e multidimensional de mudanças genéticas, biológicas e socioculturais normativas e não normativas. Ao longo deste processo, existem ganhos e perdas marcadas pela interação entre a pessoa e a cultura, tendo a última uma forte importância na compensação dos limites da ontogénese, no carácter normativo do envelhecimento e na descontinuidade entre a velhice inicial e avançada (Neri, 2006). A cultura é, também, uma arma fundamental na adaptação ao envelhecimento porque, para além de nos ajudar a compreendê-lo, ajuda-nos a compensar os declínios que lhe estão associados (Ribeiro & Paúl, 2011).

O modelo bio ecológico de desenvolvimento humano, desenvolvido por Bronfenbrenner, serve para explicar as mudanças ao longo da vida, uma vez que encara o desenvolvimento humano como um processo que implica estabilidades e mudanças nas características biopsicológicas dos indivíduos ao longo da vida e através de gerações (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Segundo Bronfenbrenner (2005), no desenvolvimento interferem quatro dimensões que interagem entre si: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo, que formam o Modelo PPCT.

Um dos componentes principais do Modelo PPCT é o Processo, considerado a maior ferramenta a nível do desenvolvimento e que consiste nas diversas formas de interação entre o sujeito, os objetos, os símbolos e as outras pessoas que integram o seu ambiente imediato (Bronfenbrenner & Morris, 2006). É através desta interação que o indivíduo, desde criança, começa a dar um sentido ao seu mundo e a transformá-lo (Bronfenbrenner, 2005).

Relativamente à dimensão Pessoa, Bronfenbrenner deu ênfase não só aos fatores biológicos e genéticos, como também às aptidões pessoais no que respeita à capacidade de lidar e enfrentar quaisquer situações sociais (Tudge, 2008).

A dimensão Contexto envolve todos os eventos que ocorram fora do organismo e que possam influenciar ou ser influenciados pela pessoa em desenvolvimento. O contexto pode ser classificado em quatro subsistemas organizados: Microsistema, Mesossistema, Exossistema e Macrossistema, que permitem uma análise dos contextos de vida – proximais ou distais do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1998).

Segundo Krebs (2010), a componente Tempo deve ser considerada de um ponto de vista histórico-evolutivo, com atenção quer ao processo proximal - que influencia o desenvolvimento ao longo do tempo – quer ao processo histórico - que relaciona a pessoa e o ambiente em que esta se encontra. É importante atender tanto ao tempo de duração longitudinal do processo proximal como às características do momento ou período em que o indivíduo se encontra.

De uma forma resumida, A Teoria Bio Ecológica do Desenvolvimento Humano consiste numa abordagem teórico-metodológica de desenvolvimento contextualizado, que considera que todos os fenómenos são influenciados por quatro elementos inter-relacionados: a Pessoa, o Processo, o Contexto e o Tempo, e que a consideração destes quatro elementos

possibilita uma visão mais abrangente do desenvolvimento humano, permitindo a compreensão da sua totalidade, ao longo da vida (Krebs, 2010).

Esta teoria corrobora com os pressupostos da perspectiva de *lifespan*, segundo a qual o envelhecimento é um continuum ao longo da vida. Consequentemente, a concepção de idoso muda, deixando de ser considerado como um ser passivo e incapaz, e passando a evidenciar o seu papel na oportunidade de desenvolvimento ao longo de toda a sua vida para a manutenção de um envelhecimento saudável (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

Tal como o conceito de desenvolvimento humano, o conceito de envelhecimento, é designado pela Direção-Geral de Saúde (2004) como um fenómeno inerente à vida de qualquer pessoa e que consiste numa inevitável deterioração endógena e não reversível das capacidades funcionais do organismo. No entanto, o envelhecimento deve ser visto como um continuum que decorre ao longo da vida e que é iniciado antes da idade adulta ser alcançada.

Segundo a OMS (2015), a idade é um conceito multidimensional, com diferentes significados e que nem sempre corresponde à idade cronológica, sendo que, por isso, não deve ser considerada uma forma viável de avaliar o desenvolvimento humano. No mundo atual, a idade cronológica deixa de inserir a pessoa especificamente em fases de vida padronizadas (Jones, 2006).

Neste sentido, a idade cronológica é uma forma padrão de demarcar os anos vividos pela pessoa, ainda que existam diferenças nas intensidades do que é vivido e percebido consoante o estado de saúde e níveis de independência. Existem ainda alguns marcos referentes à vida pessoal, profissional e familiar que categorizam as pessoas consoante a fase de vida. O envelhecimento deve, portanto, ser visto como um conjunto de mudanças inerentes à vivência de cada pessoa. Estas mudanças ocorrem dentro do indivíduo, de um indivíduo para o outro, de uma população para a outra e em diferentes gerações. O envelhecimento

passa, assim, a ser definido por um processo mais complexo marcado não só pela idade cronológica, mas também pelas idades biológica, psicológica e social do indivíduo (Mari, Alves, Aerts & Câmara, 2016).

O processo de envelhecer é, então, composto por três elementos: o envelhecimento biológico, isto é, a senescência, segundo o qual o declínio ocorre de uma vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de estar no fim da vida; o envelhecimento psicológico, no qual há alterações reguladas pela própria pessoa sobre a sua capacidade de tomar decisões devido ao processo de senescência, e o envelhecimento social - que se refere às mudanças dos papéis sociais da pessoa envelhecida (Paúl, 2005).

O envelhecimento tem início antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida. Trata-se, como referido anteriormente, de um processo no qual ocorre uma mudança progressiva de várias dimensões, nomeadamente na estrutura biológica, social e psicológica e deve ser vivenciado como uma fase natural e saudável do ciclo de vida, e não como um problema (Direção-Geral de Saúde, 2004).

O aumento da longevidade da população é uma realidade atual da sociedade portuguesa, tanto a nível demográfico como social. Em resposta a esta nova condição, surge o paradigma do envelhecimento ativo como reação às consequências individuais e coletivas populacionais (OMS, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (2015) define envelhecimento ativo como o processo de otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Este conceito implica atender a um equilíbrio biopsicossocial e à integralidade do ser pertencente e integrado no contexto social. Assim, pode rever-se o termo envelhecimento ativo no processo de orientar idosos

para o desenvolvimento das suas potencialidades (Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2012).

O envelhecimento ativo aplica-se a toda a comunidade e tem como objetivo principal aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade. Para isso, é necessário que os indivíduos entendam o seu potencial em promover o seu bem-estar físico, social e mental. Proporcionando, deste modo, a participação ativa das pessoas idosas, nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas (Ferreira, 2009).

Saúde e Qualidade de Vida no Processo de Envelhecimento

As alterações ocorridas nas diferentes fases da vida, e ao longo do tempo, trazem consequências tanto nos microssistemas (pessoas) como nos macrossistemas (sociedade). São exemplos disto, as inúmeras consequências que o aumento da expectativa média de vida da população traz para a sociedade, com impacto, nomeadamente, no domínio dos sistemas de saúde. Estas, influenciam não só as condições atuais de saúde na fase da adultez, mas também a perceção das oportunidades percebidas na fase da reforma, uma vez que se tornam sociedades mais envelhecidas (OMS, 2015).

Para Ribeiro e Paúl (2011) a saúde é um dos aspetos cruciais no processo do envelhecimento. Estes autores salientam, ainda, que os cuidados com a alimentação, o consumo de álcool e de tabaco podem ser considerados como medidas preventivas e como atuação positiva na saúde.

Em 1997, a World Health Organization (WHO), define o conceito de saúde como um estado continuum de bem estar físico, mental e social, e não exclusivamente ausência de doença. Neste sentido, para medir o termo “saúde” e o impacto dos cuidados de saúde, é necessário atender não só à existência e/ou gravidade da doença, como também a uma

estimativa de bem estar que pode ser avaliado pela medição do construto de qualidade de vida no âmbito dos cuidados de saúde (WHO, 1997).

A qualidade de vida, por sua vez, pode ser analisada a nível individual, de grupo ou de grandes populações, sendo que os domínios mais frequentes englobam categorias como: condição física e habilidades funcionais; condição psicológica e sensação de bem-estar; interação social; fatores e condições económicas (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

Qualidade de vida não se limita às condições objetivas de que dispõem os indivíduos, ou do tempo de vida que estes possam ter, mas ao significado que dão a essas condições e à maneira como vivem. Nesta conceção, a perceção sobre qualidade de vida varia de pessoa para pessoa e de grupo para grupo. Deste modo, avaliar a qualidade de vida implica compreender o significado que é dado às condições objetivas da vida (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012).

Um estudo realizado por Canavarro, Pereira, Moreira e Paredes (2010), corrobora com a definição de saúde defendida pela OMS como sendo um continuum de bem estar físico, psicológico e social (OMS, 1997). Baseia-se em resultados nos quais, os doentes com sarcoma do aparelho locomotor apresentam piores resultados do domínio da auto perceção de qualidade de vida global em comparação com a população que não sofre desta doença.

Estes dados podem ser explicados pelas limitações de mobilidade, vocacionais e funcionais consequentes da condição física. No entanto, tendo o sarcoma do aparelho locomotor consequências psicológicas e sociais, pode também justificar os piores resultados nesta população específica, no que respeita à perceção de qualidade de vida (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010).

Existe uma elevada prevalência de comprometimento da qualidade de vida relacionada com a saúde entre adultos. Ser do sexo masculino, possuir automóvel na família,

ter utilizado serviços odontológicos recentemente, não possuir doença crônica, não fazer uso diário de medicamento, não ser tabagista e praticar atividades físicas apresentaram-se relacionados a maiores níveis, na componente física, da percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde (Noronha, Martins, Dias, Silveira, Paula & Haikal, 2016).

As incidências de perturbações de saúde mental têm vindo a aumentar desde 2011 sobretudo com aumento de perturbações relacionadas com ansiedade, demência e depressão (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017). O suicídio, em Portugal, tem-se mantido estável, com valores de cerca de mil casos por ano (Serviço Nacional de Saúde, 2018). Apesar da taxa de mortalidade associada à saúde mental ser baixa, e estar principalmente ligada ao suicídio, com valores a rondar os 3,1% em 2015, o número de dias vividos com incapacidade (DALY) tem vindo a aumentar (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

Doenças Crónicas Evitáveis

Segundo Organização Mundial de Saúde (2015), a população mundial com idade superior a 60 anos, cujos números rondam atualmente os 841 milhões, irá, até 2050, aumentar para 2 biliões. Ainda que reflita pontos positivos no desenvolvimento social, o envelhecimento humano origina o aumento de fatores de risco associados a doenças crónico-degenerativas.

Os problemas de saúde mais identificados no processo de envelhecimento estão associados a condições crónicas e doenças não transmissíveis que surgem normalmente na meia idade, geralmente quando a pessoa esteve exposta a um estilo de vida sem hábitos de saúde. Isto envolve, por exemplo, o consumo de álcool, tabaco, exposição frequente a situações de stress, escassa prática de atividade física e hábitos alimentares com elevadas

calorias, nomeadamente o elevado consumo de carnes vermelhas (Prasad, Sung & Aggarwal, 2012).

A World Health Organization (2006) define o termo “doença crónica” como uma doença de longa duração e geralmente progressiva, na qual devem existir sintomas há pelo menos 3 meses. Uma vez adquiridas, estas doenças não têm cura. Na Europa, as doenças crónicas mais comuns são as doenças cardíacas, acidente vascular cerebral (AVC), doenças respiratórias, diabetes, doenças mentais e cancro. Ainda que o último seja um processo diferente e que pode ter tratamento, ficam sempre sintomas residuais.

Este tipo de doenças prolongadas e irreversíveis elevam os índices de comorbidade, o que pode ter impacto na perda de independência deste tipo de população e, consequentemente, na exigência da presença de cuidadores que executem os cuidados básicos diários de modo a suprimir a incapacidade da população idosa (Novais, Silva, Gonçalves & Souza, 2011).

Segundo Barbaresko, Rienks e Nöthlings (2017), a maioria das doenças crónicas podem ser prevenidas através de mudanças de hábitos e estilo de vida, no qual se identificam os hábitos alimentares, consumo de álcool e tabaco assim como a prática de exercício físico. Um estudo recente, que contou com mais de 23 adultos, identifica que hábitos de vida saudáveis reduz em 78% o risco de desenvolver doenças crónicas como diabetes tipo 2, cancro e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Ford, Bergmann, Kroger, Schienkiewitz, Weikert & Boeing, 2009). Por esta razão, é importante que haja uma aposta na prevenção de fatores de risco e na melhoria da qualidade de vida ainda na idade jovem e adulta, a fim de tornar as populações futuras em idosos mais capazes.

As doenças crónicas têm maior impacto em jovens adultos em comparação a pessoas com idade superior. Tal fator, realça a importância de trabalhar os aspetos psicossociais e de

adaptação a doenças crónicas numa idade precoce para que se tornem adultos e idosos melhor preparados para as condições de saúde em que se encontram e, portanto, tenham uma melhor qualidade de vida (Castro, Ponciano & Pinto, 2010).

Num estudo realizado pela WHO (2009), a nível clínico e populacional, e que corrobora com os estudos realizado por Ford et al., (2009) podem identificar-se alguns fatores de risco que contribuem para o aparecimento de grande parte das doenças crónicas. Alguns dos comportamentos de risco identificados passam pelas dietas pouco saudáveis, com elevado teor calórico, escassa atividade física, consumo de tabaco e de álcool. Fatores como poluição ambiental, idade e hereditariedade são também um fator sugestivo do aparecimento de doenças crónicas (Singh, 2008). As doenças crónicas são um dos maiores desafios nos sistemas de cuidados de saúde. Este tipo de doenças muitas vezes possibilita a pessoa a viver com a doença por um período consideravelmente prolongado, ainda que precisem sempre de cuidados continuados. Assim, é necessária uma intervenção política significativa e sustentada para colmatar as necessidades de acompanhamento em pessoas com doenças como obesidade, falta de atividade física e consumo de tabaco, entre outros fatores considerados de risco (OMS, 2006; Singh, 2008).

Este tipo de doenças afeta desde a população mais jovens aos mais idosos e ambos os sexos. Ainda que os AVC sejam as principais causas de morte, atualmente, as doenças crónicas afetam mais pessoas que as doenças infecciosas e doenças cardíacas. (Suhrecke, Nugent, Stuckler & Rocco, 2006).

Nas últimas décadas, as causas de morte no mundo têm vindo a ser alteradas tanto em homens como mulheres e crianças, sendo esta diferença sentida em todos os países. Esta mudança é denominada “transição da saúde” que ocorre em três elementos interdependentes que têm vindo a sofrer alterações. O primeiro elemento é designado transição demográfica -

em virtude de se registarem menores taxas de mortalidade infantil com idades inferiores a 5 anos e devido, ainda, ao decréscimo da taxa de fertilidade que, conseqüentemente, leva ao envelhecimento. O segundo elemento deve-se à transição epidemiológica que, como o nome indica, se refere a alterações nas causas de adoecimento e de morte, com uma notável passagem de doenças infecciosas como causa de óbito, para o aumento de mortes por doenças não transmissíveis, tais como a doença cardiovascular, AVC, cancro – que são consideradas doenças crônicas (WHO, 2009).

Por fim, os fatores de risco também contribuíram para a transição de saúde, nomeadamente com a igualdade cada vez mais notada em padrões de comportamentos de risco entre género. São exemplo, disso, o cada vez mais crescente número de mulheres a consumirem álcool e tabaco, o que eram outrora hábitos associados ao homem e no qual se notava as conseqüências na saúde devido a estes fatores, mais acentuados nos homens e que, atualmente, começam a convergir com os valores registados em mulheres (WHO, 2009).

Atualmente, algumas das doenças que afetam os portugueses são as doenças do foro psicológico, como a depressão, as doenças da pele - por exemplo, o acne, a dermatite e a psoríase -, e doenças musculoesqueléticas - lombalgias e cervicalgias (Serviço Nacional de Saúde, 2018). No entanto, as doenças que mais matam os portugueses são o cancro, cérebro-cardiovasculares, os diabetes e doenças respiratórias (Serviço Nacional de Saúde, 2018). A maioria destas e outras doenças crônicas podem ser prevenidas através de mudanças de hábitos e estilo de vida (Barbaresko, Rienks & Nöthlings, 2017).

Estilo de Vida e Conseqüências na Saúde

Segundo a OMS (2004), estilo de vida diz respeito ao conjunto de estruturas mediadoras que refletem uma totalidade de atividades, atitudes e valores sociais do indivíduo.

O estilo de vida (alimentação, atividade física, sono, gestão de *stress* ou tabagismo), são uma das principais apostas na promoção da saúde. Ter um estilo de vida saudável torna-se um fator potencial de influenciar de forma positiva a saúde, nomeadamente, no que se refere a doenças crónicas não transmissíveis. Tanto a nível europeu como nacional, ¼ das doenças têm origem em comportamentos de risco como o consumo de álcool e tabaco e dieta desequilibrada (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Apesar do papel decisivo da atividade física na saúde e bem-estar populacional, o estilo de vida das sociedades europeias não se apoia nesta informação, estando a economia sustentada, muitas vezes, em profissões sedentárias que contrariam a importância do exercício físico. A nível europeu, Portugal é o segundo país que menos caminha, sendo que 29% dos portugueses nunca caminha mais de 10 minutos e 33% não apresenta interesse na prática de atividade física ou algum desporto (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

A prática de atividade física deve ser vista como um fator que permite promover e manter a qualidade de vida. Na população idosa, esta prática tende a ser bastante reduzida, embora seja um fator especialmente benéfico para esta população, por possibilitar a manutenção das capacidades de equilíbrio, flexibilidade, força e resistência, que contribuem para a saúde biopsicossocial das pessoas nesta fase da vida (Maciel, 2010).

Ainda em Portugal, a percentagem de mortes anuais por razões associadas à falta de atividade física tem um valor superior à média mundial, que se encontra abaixo dos 10%, sendo 14% a percentagem nacional (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Estimular prática de exercício físico ao longo da vida, contribui não só para o desenvolvimento de uma população mais saudável em idades mais jovens, como para a manutenção da capacidade funcional dos idosos (Maciel, 2010).

Uma dieta desadequada contribui para a perda de 15,4% dos anos de vida saudável dos portugueses. Atualmente, o excesso de peso é um dos maiores desafios da Europa. Este tipo de comportamentos de risco leva ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cancro, sendo a obesidade uma das consequências da má alimentação e da falta de atividade física. Dados de 2014 mostram que, em Portugal, 57,6% dos homens tinham excesso de peso e 17,8% estavam obesos (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

A obesidade infantil, por sua vez, está associada a problemas sintomáticos de saúde, a uma autoavaliação negativa, estigma social, experiência de *bullying*, e sintomatologias relacionadas com depressão e ansiedade. Este facto, traduz-se numa consequência negativa na saúde física e psicossocial das crianças e adolescentes (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010; Wijnem, Bolijt, Mulder, Bermelmans & Wendelt –vos, 2010). Esta população é, ainda, referenciada com maior risco de desenvolver problemas cardíacos no futuro (Kelly, Barlow, Goutham Rao, Inge, Hayman, Ewing & Daniels, 2013).

Estudos apontam para o facto de que, adolescentes e crianças que conseguem atingir peso saudável aos 20 anos, terem menores riscos futuros do que os que permanecem com o mesmo peso desde a idade mais jovem. Indicam ainda que, aqueles que atingem um peso saudável até aos 20 anos, têm o mesmo risco que os jovens que nunca tiveram peso acima do aconselhado, de vir a ter, especificamente, risco de pressão arterial elevada e colesterol alto (Cardio Smart American College of Cardiology, 2018). Pesquisas mundiais revelam também uma tendência para o aumento da obesidade em crianças e adultos com sono reduzido (Cappuccio, Taggar, Kandala, Currie, Piele, Strangers & Miller, 2008).

O tratamento da obesidade, com base num programa intensivo de mudança de estilo de vida, pode resultar em melhorias na qualidade de vida geral e, particularmente, nos domínios de bem estar físico, psicológico e social. (Tsiros, Olds, Buckley & Brennan, 2009).

Para isso, a sociedade deve trabalhar em fatores de risco como o comportamento em relação ao sexo, consumo de álcool e tabaco, hábitos de saúde como dieta e atividade física e prestar apoio necessário aos jovens para que não adotem estes comportamentos de risco ou para que os cessem. É importante que a transição da adolescência para a adultez seja feita de uma forma saudável, em particular, com a promoção e estabelecimento de hábitos de vida mais saudáveis na adolescência, com vista a reduzir a taxa de mortalidade e de incapacidade decorrentes de doenças cardiovasculares, AVC's e outras doenças que resultem em problemas crónicos de saúde na adultez (OMS, 2009).

A nível nacional, uma em cada quatro mortes em idades compreendidas entre 50-59 devem-se ao tabagismo. O tabaco é um dos principais fatores de risco para a morte prematura por doenças evitáveis com adoção de hábitos de saúde, como cancro, doenças respiratórias e cérebro-cardiovasculares. Em Portugal, os dados apontam para uma morte a cada 50 minutos (Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2018).

O consumo de tabaco continua a ser uma problemática com maior tendência no sexo masculino. Um estudo realizado por Machado, Nicolau e Dias (2009) revela que a prevalência de mulheres portuguesas que nunca tinha fumado (81,3%) é praticamente o dobro da prevalência correspondente ao sexo masculino (43,1%). O mesmo efeito foi verificado na percentagem de homens que consome tabaco diária ou ocasionalmente (31,0%), em comparação com as mulheres, que apresentam valores de 11,8% para consumo de tabaco diário ou ocasional.

Um estudo realizado por Machado, Nicolau e Dias (2009), observou que existe uma maior prevalência de fumadores em idades compreendidas entre os 25 e 44 anos, em ambos os sexos. A partir dos 44 anos, nota-se uma diminuição da existência de fumadores. Também este declínio é visível tanto em homens como mulheres. Assim, perante este estudo, a idade

foi identificada como um dos determinantes da possibilidade de ser fumador, independentemente do género.

O consumo de álcool tem, também, um peso relevante. Em 2014, homens portugueses apresentavam o valor mais elevado de consumo diário de álcool da Europa, com uma percentagem considerável de 38,3% de consumo diário de álcool (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Em Portugal, o álcool é a substância psicoativa com maior prevalência de consumo experimental em idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

O *stress*, por sua vez, pode ser considerado uma resposta fisiológica e comportamental do corpo a uma situação externa, que pode ter uma índole ameaçadora e que, de alguma forma, perturba o equilíbrio do indivíduo. Quando reconhece uma situação de perigo, o organismo reage com formas de defesa conhecidas como “luta-fuga” e “congelamento” que resultam como resposta ao *stress* (Saúde e Bem-estar, 2018).

Os níveis de *stress* são, também, uma preocupação a ter em conta. Existe uma relação entre *stress*, depressão e excesso de peso. Uma pessoa deprimida pode sentir níveis de *stress* elevados o que, por sua vez, pode contribuir para o excesso de peso. O *stress* pode ainda levar à depressão como consequência do impacto de determinado acontecimento, que leva a um aumento significativo e prolongado de *stress*, e resulta em depressão.

Apesar da dificuldade em medir os níveis de *stress*, este é um potencial fator na agravação ou origem de um problema cardíaco, podendo trazer consequências como aumento da pressão arterial e maior suscetibilidade a ataques patogénicos externos (Fundação Portuguesa Cardiologia, 2018). Assim, há evidências de que os níveis de *stress* influenciam

os hábitos de vida e que podem promover doenças a nível psicológico, como a depressão, ou físico, como a obesidade (Stunkard, Faith & Allison, 2003).

Os jovens adultos acabam por estar sujeitos a maiores níveis de stress pelos desafios impostos na fase de transição para a idade adulta. O ganho de autonomia, o início de carreira, a procura pela estabilidade financeira e afetiva, a construção de identidade e o papel que, enquanto jovem adulto representa na sociedade, tornam os jovens numa das populações mais vulneráveis a viver sob elevados níveis de stress (Calais, Andrade & Lipp, 2003).

Estilo de Vida e Sono

Como referido anteriormente, os padrões de sono têm impacto no estilo de vida, sendo que, por isso, a qualidade de sono é um fator a ter em conta nos padrões comportamentais que influenciam a qualidade de vida. Neste capítulo, será dado um especial ênfase à importância do sono enquanto determinante da qualidade de vida, sendo que para isso, é preciso compreendê-lo.

O processo de sono pode ser ilustrado como um estado reversível de desatenção seletiva, com menos capacidade de respostas a estímulos, sejam eles internos ou externos. Ocorre, por norma, em posição horizontal, com olhos fechados, na qual se dá uma cessão de comportamentos (Carskadon & Dement (2011).

O sono é uma necessidade fisiológica, primária e insubstituível que sofre alterações ao longo do desenvolvimento humano e que tem influência sobre todos os sistemas do corpo humano. A qualidade do sono está diretamente associada a indicadores de saúde física e mental (Colrain, 2011), i.e., existe uma relação entre uma grande parte das perturbações de saúde mental, nomeadamente depressão e ansiedade com a qualidade de sono. Isto porque, durante o sono, o cérebro consegue defender-se das toxinas incluindo, por exemplo, as que estão associadas à doença de Alzheimer (Huffington, 2017).

Pensa-se que o sono seja um dos comportamentos mais preservados pelas espécies ao longo da evolução. O ser humano, por exemplo, passa cerca de um terço da sua vida a dormir (Pereira, 2009) e os padrões de sono podem ter influência sob as componentes neurocognitivas e comportamentais, nomeadamente mnemônicas e de atenção (Pereira, Melo, Santos, Galdino & Andrade, 2018).

Uma compreensão da qualidade de sono pode ser imprescindível para promover o envelhecimento saudável ao longo da vida (Gadie, Shafto, Leng & Kievir, 2017). Podem encontrar-se evidências de piores resultados de saúde em vários aspetos (físicos, mentais e saúde geral) que são consequência da má qualidade de sono (Gadie, Shafto, Leng & Kievir, 2017).

Para além da função de recuperar energia e consolidar aprendizagens, dormir tem, ainda, uma função protetora. Como referido anteriormente, durante o sono, o sistema imunológico produz substâncias protetoras como as citocinas que atuam para combater as bactérias e vírus, defendendo o corpo contra doenças (Watson & Cherney, 2019).

O sono ocorre em duas fases diferentes, mas muito organizadas, nas quais se produzem ondas cerebrais e atividade neuronal específica. Na fase REM (Rapid Eye Movement), ocorre um movimento rápido dos olhos durante o sono. A fase Não-REM, por outro lado, passa por diferentes estágios (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019).

Habitualmente as pessoas passam por cinco fases de sono: sono não REM (estágio 1, 2, 3, 4,) e fase REM. Estes estágios progridem ciclicamente de 1 a REM e recomeçam com o estágio 1. Um ciclo completo de sono leva em média 90 a 110 minutos, com cada estágio durando entre 5 e 15 minutos. Os primeiros ciclos de sono em cada noite têm um período

REM relativamente curto e longos períodos de sono profundo. Ao longo da noite, os períodos REM prolongam-se e o tempo de sono profundo diminui (Tuck, 2018).

A fase REM inicia-se cerca de 90 minutos depois de adormecer. Nesta fase, existe um rápido movimento ocular, a respiração é mais irregular e mais rápida, e a frequência cardíaca, pressão sanguínea e as ondas cerebrais aumentam para níveis mais aproximados do estado de vigília (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019).

Normalmente, é na fase REM que ocorrem os sonhos, na qual existe uma paralisia temporária dos músculos dos braços e pernas, o que permite que a pessoa não realize efetivamente o que esta a sonhar. O período de duração da fase REM tem tendência a diminuir com a idade e acredita-se que a consolidação da memória ocorre possivelmente nas fases REM e não REM (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019).

A fase não REM é composta por quatro estágios. No primeiro, dá-se a passagem do estado de vigília para o sono, durante alguns minutos. Nesta fase o sono é ainda leve, mas com uma diminuição do movimento ocular, da respiração e dos batimentos cardíacos. As ondas cerebrais começam a distanciar-se das ondas cerebrais padrão do estado de vigília experienciado durante o dia e ocorre, ainda, um relaxamento dos músculos, com possíveis contrações ocasionais (National Sleep Foundation, 2018).

O estágio 2 do sono não REM é o período que antecede a passagem para um sono mais profundo. Neste período, existe uma maior desaceleração da respiração e do batimento cardíaco, e maior relaxamento muscular. Esta é a fase do sono que, habitualmente, dura mais tempo. Durante este tempo, não há movimento ocular e a atividade de ondas cerebrais é reduzida, marcada com ligeiras explosões de atividade elétrica (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019).

O estágio do sono não REM é a fase onde ocorre um sono mais profundo, onde existe uma maior redução de todos os movimentos e atividades inerentes ao estágio de vigília, com respiração mais lenta e batimento cardíaco lento com relaxamento muscular total. O estágio 3 ocorre por períodos mais longos no início da noite de sono (National institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019).

No estágio 4 continua o sono profundo enquanto o cérebro só produz praticamente ondas delta. Quando a pessoa acorda nesta fase, é possível que se sinta desorientado por alguns minutos. Depois do 4 estágio, entra na fase do sono REM, com atividade cerebral semelhante à do estado de vigília, com movimento ocular rápido, ainda que com os olhos fechados (Tuck, 2018).

Durante uma noite de sono são sempre experienciadas todas as fases de sono, REM e não REM várias vezes por noite, sendo que os períodos REM são mais profundos e acentuados perto da hora de despertar (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2019).

Quer estejamos acordados ou a dormir, existem dois processos biológicos que estão ativos: a homeostase do sono (pressão do sono) e o ritmo circadiano, que juntos promovem um bom sono (Kyle, Sexton, Feige, Luik, Lane., Saxena, Anderson & Spiegelhalder, 2019).

A homeostase do sono funciona como a pressão do sono, necessidade de dormir. Esta necessidade vai aumentando consoante o tempo acordado e energia gasta. É por isto que, quando se tem uma boa noite de sono, de manhã, a pessoa acorda com energia, sem precisar de dormir, e essa necessidade vai aumentado ao longo do dia, até chegar à noite, altura em que foi gasta muito mais energia do que de manhã. É preciso, então, voltar a dormir, de modo a recuperar energia para o dia seguinte (Kyle, *et al.* 2019).

Os ritmos circadianos são mudanças físicas, mentais e comportamentais que têm o seu próprio ciclo diário, modulado pela intensidade de luz/escuridão. Um exemplo de um ciclo circadiano é o facto de dormirmos à noite, quando está escuro, e estarmos acordados de dia, quando há luz (Davis, 2018).

O ritmo circadiano ou “relógio do corpo” é um processo biológico interno que pode, mais facilmente, ser reconhecido com o *jet lag*, quando se passa por zonas com horários muito diferentes, e que pode levar alguns dias até voltar a estabilizar (Kyle, *et al.* 2019).

A necessidade de sono é constante ao longo da vida e independente da faixa etária, no entanto, com o envelhecimento, os padrões de sono tendem a ser alterados. Um estudo realizado por Amaro e Dumith (2017), conclui que existe, efetivamente, uma associação entre sonolência diurna excessiva com uma menor perceção de qualidade de vida em todos os domínios.

Segundo a National Sleep Foundation (NSF), a quantidade de sono adequada para a faixa etária adulta deve ser entre sete e nove horas, de maneira a que sejam cumpridos os cinco ciclos de sono. Nos casos em que o sono tenha que ser dividido em duas partes, cada uma delas deve conter pelo menos quatro horas (Hirshkowitz, Whiton, Albert, Alessi, Carlos, Hazen & Hillard, 2015).

A quantidade necessária de sono varia entre as pessoas com base em inúmeros fatores como a idade, o género, condição de saúde geral e estilo de vida pessoal. A idade é um dos principais fatores que determina a quantidade necessária de sono entre faixas etárias.

Segundo Hirshkowitz *et al.*, (2015) a duração adequada para cada faixa etária varia. Os recém nascidos (dos 0-3 meses) precisam de dormir 14 a 17 horas por dia; os bebés (4-11 meses), 12 a 15 horas por dia; as crianças (1-2 anos), 11 a 14 horas por dia; em idade pré escolar (3-5 anos), devem dormir 10 a 13 horas; no início de idade escolar (6-13 anos), 9 a 11

horas e, os adolescentes, entre 8 e 10 horas/dia. No caso dos jovens adultos (18-25 anos), o tempo de sono em horas estabelecido está entre 7 e 9 horas; para os adultos entre os 26 e os 64 anos, 7 a 9 horas por dia e, adultos com idade superior a 65, entre 7 a 8 horas por dia.

Para além da importância de passar pelos cinco ciclos de sono, compreender e avaliar o sono implica perceber quais os fatores que o influenciam e que podem definir-se nos seguintes conceitos: a eficiência do sono, a latência, a duração, a medicação para dormir, as perturbações de sono, a disfunção diurna e a qualidade subjetiva de sono.

A eficiência de sono é a percentagem de tempo passado a dormir desde o momento em que a pessoa se deita. A qualidade de sono não pode ser calculada pela hora que a pessoa se deita e levanta, mas sim pelas horas que passa efetivamente a dormir. Assim, a eficiência de sono é calculada através da divisão da quantidade de tempo passado a dormir, em minutos, pelo total de tempo passado na cama, em minutos. Considera-se que as pessoas apresentam uma eficiência de sono dentro da normalidade quando os valores são iguais ou superiores a 85% (Hypersonmnia Foundation, 2017) e que apresentam uma boa eficiência de sono a partir de 90% (Peters, 2019).

A latência do sono refere-se ao tempo que a pessoa demora a adormecer, desde que são apagadas as luzes. A latência de sono está diretamente relacionada com a eficiência de sono, sendo o ideal, demorar-se pouco tempo a adormecer depois de apagar as luzes. Quando isto acontece, estabelece-se uma boa base para uma boa noite de sono. Por outro lado, se a pessoa demora muito tempo a adormecer (longo período de latência), tem menor eficiência de sono (Peters, 2019).

Apesar da pouca clareza no que é a definição de qualidade de sono, a definição de qualidade subjetiva de sono é caracterizada com base no nível de cansaço ao acordar, nível de sonolência ao longo do dia, perceção subjetiva de prontidão para um novo dia e número de

vezes que acordou durante a noite (Harvey, Stinson, Whitaker, Moskowitz & Virk, 2008). Existe uma forte relação entre fraca qualidade do sono com crenças disfuncionais sobre o sono nos adultos (Morin, Ivers & Vallières, 2007).

Relativamente às perturbações de sono, dormir é um processo fundamental para a maioria dos processos psicológicos e, por isso, um sono interrompido tem um forte impacto, podendo resultar em problemas de saúde a curto e longo prazo, não só para pessoas que já são portadoras de outras condições médicas, como para indivíduos saudáveis (Medic, Willie & Hemels, 2017).

Quando existe uma carência de sono à noite, o corpo reage com sintomas como excesso de fadiga e sonolência, bocejo frequente e fácil irritabilidade. Quando a falta de sono se prolonga no tempo, tem efetivamente impacto na qualidade de vida. Nem o corpo, nem a mente, funcionam sem recuperar energia através do sono (Watson & Cherney, 2019).

Uma das frequentes alterações do sono deve-se ao facto de a pessoa dormir, repetidamente, menos horas do que as necessárias para recuperar energias através do sono. Esta alteração é designada privação de sono, e a quantidade de horas de sono em falta varia consoante a pessoa, para ser considerado privação de sono. É, no entanto, mais facilmente diagnosticado em crianças e jovens adultos, que são mais vulneráveis quando comparados a adultos mais velhos (Davis, 2018).

A privação de sono pode ser um sintoma de um problema de saúde ou de um distúrbio de sono não diagnosticado. A frequente carência de sono pode ter consequências a nível da disfunção diurna, como sonolência diurna em excesso, dificuldades emocionais, desempenho insatisfatório, obesidade e diminuição da perceção de qualidade de vida (Davis, 2018).

Quando prolongada no tempo, a privação de sono pode ter consequências como alucinações, pensamentos suicidas, depressão, paranoia e comportamentos impulsivos (Watson & Cherney, 2019).

Outros distúrbios de sono como apneia do sono podem ter também como consequência híper sonolência diurna, com impacto na diminuição das capacidades de concentração e atenção (Associação Portuguesa de Sono, 2018).

Alguns hábitos e estilos de vida podem também influenciar a qualidade de sono. O consumo de tabaco está associado a distúrbios na arquitetura, incluindo uma maior latência de sono e mudança para estágios mais leves do sono (Zhang, Samet, Caffo & Punjabi, 2006).

Os fumadores têm níveis mais altos de índice de oxigénio nos tecidos orgânicos (hipoxia noturna) relativamente a não fumadores (Casasola, Álvarez-Sala, Marques, Sánchez-Alarcos, Tashkin & Espinós, 2002).

A curto prazo, as alterações do sono e as suas consequências podem ser visíveis e ter impacto no aumento dos níveis de stress, dor, depressão, ansiedade e défices de atenção, memória e desempenho (Medic, Willie & Hemels, 2017).

Para além das consequências a nível do processo de aprendizagem, capacidade de resolver problemas, de interpretação e tomada de decisão, a necessidade de dormir mais tem consequências físicas como inchaço dos olhos, palidez de pele e olheiras escuras (Alharbi, Almalki, Althekri, Alshadokhi, Al Dossary, Al- Enezi & Al-Towirq, 2017).

Um sono desadequado e patológico influencia diversos componentes do estilo de vida como, por exemplo, a dieta (nomeadamente no risco de obesidade). Adicionalmente, a privação do sono aumenta o cortisol, reduz a leptina e aumenta o risco de diabetes e do Síndrome de Apneia Obstrutiva Crónica (SAOC). Aumenta, também, a resistência à insulina

e, conseqüentemente, o risco de diabetes independente da obesidade (Santos, Paiva & Carvalheiro, 2008).

Dormir menos de quatro horas por noite aumenta em 73% a probabilidade de ter excesso de peso, uma vez que, ao dormir, o corpo produz uma menor quantidade da hormona grelina, que é a responsável pelo aumento do apetite (Huffington, 2017).

Há evidências da ocorrência da deterioração de alguns aspetos da qualidade do sono conforme o aumento da idade. Contudo, foram referenciados outros aspetos que se mantêm estáveis com o aumento da idade. O perfil/padrão de sono é um dos fatores que sofre alterações ao longo da vida (Gadie, Shafto, Leng, Cam-Can & Kievit, 2017).

A privação aguda de sono, isto é, ficar noites inteiras sem dormir ou a dormir menos horas do que é suposto, tem conseqüências nos idosos em vários domínios: declínio do desempenho cognitivo (dificuldade em concentrar e, conseqüentemente, em executar tarefas ou resolver problemas diários), alterações de humor (irritabilidade, sintomas de ansiedade e depressão), sonolência diurna excessiva, e fadiga, que se reflete em falta de energia física e mental e maior tendência a ter acidentes (Kernisan, 2019).

Um dos distúrbios comuns de sono nos idosos é a insónia, que pode ser crónica - se tiver a duração superior a três mês -, ou aguda - no caso de as queixas serem apontadas para menos de um mês. A insónia pode ter conseqüências como dificuldades de concentração, resultando numa maior propensão a acidentes, sonolência diurna em excesso e outras comorbidades associadas, que têm implicações na qualidade de vida dos idosos (National Sleep Foundation, 2019).

Algumas das alterações não são apenas resultado da idade efetiva, mas sim da percepção de envelhecimento. O aumento subjetivo da idade está relacionado com pior qualidade de sono com base em fatores como uso de medicação para dormir, sintomas

depressivos, ansiedade e doenças crónicas. No entanto, estes resultados são independentes da idade cronológica efetiva. Isto pode significar que, dificuldades de sono podem dever-se ao aumento de sintomas depressivos, ansiedade e mais doenças crónicas e ao facto de a pessoa se sentir, efetivamente, mais velha (Stephan, Sutin, Bayard & Terracciano, 2017).

Com o aumento da idade, há ainda uma maior tendência a aumentar a latência do sono, isto é, as pessoas demoram mais a adormecer. Para além disso, o tempo nos estágios de sono leve é superior à fase de sono profundo em idades mais avançadas. Adicionalmente, existe uma maior tendência a experienciar sono interrompido, ou seja, os mais idosos acordam mais vezes durante a noite (National Sleep Foundation, 2019).

Apesar destes fatores contribuírem para uma maior prevalência de distúrbios de sono em idosos, estes distúrbios podem ainda dever-se a doenças físicas, psiquiátricas e a medicamentos usados (National Sleep Foundation, 2019).

Para além do fator idade, evidências na literatura retratam a existência de uma diferença significativa entre género relativamente à qualidade de sono. O sexo feminino apresenta maior prevalência de má qualidade de sono e de outros distúrbios relacionados com o sono, apesar de apresentarem uma duração de sono superior à do sexo masculino (Fatima, Suhail, Najman & Mamun, 2016).

Segundo Huffington (2017), as mulheres têm um risco maior de desenvolver doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e depressão. As mulheres precisam de dormir mais do que os homens e dormir pouco, nas mulheres, está associado a elevados níveis de stress psicológico e maiores sentimentos de hostilidade, depressão e raiva.

Pessoas do sexo feminino tendem a deitar-se e a acordar mais cedo, a acordar mais vezes durante o sono, a terem maior tempo de latência de sono e a experimentarem pior

qualidade de sono em comparação com os indivíduos do género masculino. As mulheres apresentam, também uma pior eficiência de sono (Tsai & Li, 2003).

A falta de horas de sono tem nas mulheres efeitos mentais e físicos mais negativos e isso pode dever-te ao papel que atualmente a mulher desempenha a nível da carreira, para além de continuarem a desempenhar um papel fundamental nas tarefas domésticas (Huffington, 2017).

Os fatores de risco mais associados à má qualidade de sono em homens estão associados estilo de vida, por exemplo, o tabagismo e uso de medicamentos. De acordo com os estudos de Kristicevic, Stefan e Sporis (2018), existe, ainda, uma associação entre o tempo passado na cama (tanto pouco como muito) e qualidade de sono, com o excesso de peso e obesidade. Estes resultados podem suscitar que, tanto a duração do sono como a qualidade do sono, possam ter um papel protetor contra o excesso de peso e obesidade.

Fatores como ser do sexo feminino, ter idade avançada, ser solteiro, morar em zonas rurais, consumir álcool e tabaco e ter um nível de educação superior, estão relacionados com a insónia (Tang, Liao, Kelly, Xie, Xiang, Chang Qi, Pan, Hao, Liu, Zhang & Chen, 2017).

É, por isto, notável a existência de uma relação entre a qualidade do sono, e a saúde, mental, física e cognitiva sendo que esta relação se mantém estável aos longo da vida (Gadie et al., 2017). Atualmente, no entanto, as mulheres têm uma prevalência de pior qualidade de sono relativamente ao sexo oposto, independentemente de fatores sócio demográficos, depressão e estilo de vida (Fatima et al., 2016).

As alterações de sono são um problema cada vez mais atual, que em grande parte resultam de fatores como o estilo de vida e fatores ambientais e psicossociais (Medic, Willie & Hemels, 2017).

O sono é o hábito de saúde mais subestimado, embora tenha um papel imprescindível para alcançar uma boa qualidade de vida em todas as vertentes e promover assim um envelhecimento ativo e bem-sucedido (Huffington, 2017).

Muitas vezes, pequenas mudanças nos hábitos de vida diários podem resolver problemas como insónia e permitem o restabelecimento da energia necessária (Alharbi *et al.*, 2017).

Tendo em consideração que envelhecer é um processo feito ao longo da vida, ao qual se atribui à pessoa um papel ativo na possibilidade de desenvolver ao longo da vida o estabelecimento de um envelhecimento saudável (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012), leva à importância de identificar quais os fatores que são possíveis de ser alterados e que contribuem para um envelhecimento ativo, otimizando oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida (OMS, 2015).

Sendo a saúde um dos aspetos cruciais no processo do envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2011) e que, os problemas de saúde mais identificados no processo de envelhecimento estão associados a condições crónicas e doenças não transmissíveis (Prasad, Sung & Aggarwal, 2012), a maioria das doenças crónicas podem ser prevenidas através de mudanças de hábitos e estilo de vida (Barbaresko, Rienks & Nöthlings, 2017).

O envelhecimento ativo deve ser aplicado toda a comunidade, ao longo do desenvolvimento e tem como objetivo principal aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade. Para isso é necessário que os indivíduos entendam o seu papel em potenciar o seu próprio bem estar físico, social e mental, (Ferreira, 2009) assim como entender que muitos problemas de saúde numa idade mais avançada podem ser travados se forem identificados e trabalhados numa fase precoce como a adultez. Por esta razão, é importante que haja uma aposta na prevenção de fatores de risco como os estilos de vida e padrões de

sono e na melhoria da qualidade de vida ainda na idade jovem e adulta, para tornar as populações futuras em idosos mais saudáveis (OMS, 2015).

Objetivos

O presente estudo de investigação tem como variáveis dependentes o estilo de vida, definido através das dimensões: dieta, exercício físico, consumo de álcool, consumo de tabaco e nível de stress e a variável dependente sono, através das dimensões, latência, duração, eficiência, medicação para dormir, perturbações de sono, disfunção diurna e qualidade subjetiva de sono. Como variáveis independentes, para este estudo foram utilizadas o género (feminino e masculino) e a idade (a partir dos 24) dos participantes.

Pretende-se analisar a relação entre os componentes sociodemográficos idade e género com o estilo e vida de modo a perceber a influencia que existe entre estas variáveis.

Para isso, definem-se objetivos específicos como:

- 1- Compreender e caracterizar a relação entre sono e estilo de vida
- 2- Compreender e caracterizar o impacto dos componentes sociodemográficos (idade e género) no sono e no estilo de vida
- 3- Realização de um modelo compreensivo da relação entre estilo de vida e sono com base em componentes sociodemográficos: idade e género.

Método

Participantes

A prevalência de doenças crónicas identificadas desde a idade adulta e ao longo do envelhecimento é, muitas vezes, resultado de ações e estilo de vida individuais protagonizados ao longo da vida.

Com o aumento do envelhecimento cada vez mais notável da população, é urgente a exploração dos fatores que contribuem para o aparecimento das mesmas, assim como uma possível identificação dos determinantes que os podem prevenir (Prasad, Sung & Aggarwal, 2012).

Esta investigação tem como objetivo debruçar-se sobre os fatores que influenciam a qualidade de vida e a saúde desde a idade adulta até uma fase mais envelhecida. Com base na literatura atual, identificaram-se determinantes como o sono, estilos de vida e doenças crónicas.

Assim, o objetivo geral do estudo é a compreensão do impacto do estilo de vida, qualidade de sono e da saúde na qualidade de vida da população adulta.

A amostra utilizada para este estudo foi reunida a nível nacional e constituída por indivíduos de ambos os géneros. Como critérios de inclusão identificam-se 1) ter idade igual ou superior a 24 anos e 2) ter capacidade de compreensão e de participação consciente e autónoma na aplicação dos instrumentos.

Os critérios de exclusão, pelo contrário, são 1) não ter idade estipulada, isto é, ter menos de 24 anos; 2) ter alguma perturbação física ou mental que impeça a compreensão e participação de forma autónoma e consciente nos instrumentos aplicados; 3) recusa na participação do estudo.

A amostra recolhida contém um total de 564 indivíduos, dos quais 73,8% são do sexo feminino (n=416) e 26,2% do sexo masculino (n=148). É caracterizada uniformemente por idades, apresentando 31,6% de pessoas com idades até aos 65 anos inclusive, 34,6% com idades dos 66 anos até aos 80 anos inclusive e 33,7% com idades acima dos 81 anos. A idade mínima da amostra é 24 anos e a idade máxima é de 99 anos, com uma média de idades de 69,76 e um desvio padrão de 17,21.

Instrumentos

A colheita de dados foi realizada através de um questionário de autopreenchimento que permitiu primeiramente, o levantamento de dados sociodemográficos e, numa segunda parte, a recolha de informação sobre as dimensões que permitem avaliar o estilo de vida e o sono.

Para avaliar do estilo de vida, será utilizado o Questionário Indicador do Estilo de Vida, traduzido e adaptado do Simple Lifestyle Indicator Questionnaire de Godwin e colaboradores (SLIQ) (2008). O SLIQ é composto pelas componentes: dieta, atividade física, consumo de álcool, com três questões para cada um destes componentes e ainda por duas questões para avaliar a componente consumo de tabaco e uma questão destinada a avaliar o nível de stress.

A consistência interna do instrumento original foi avaliada com base no alfa de Cronbach, face às 3 questões da dieta e às 3 questões de atividade física, sendo a consistência interna de 0,58 para a dieta e de 0,60 para a atividade física.

Para avaliar a fidelidade do instrumento, foi utilizado o método teste reteste, tendo apresentado um coeficiente de .87 para o componente consumo de álcool e .97 para o consumo de tabaco.

Por fim, a componente nível de stress apresenta um coeficiente de 0,75 e para a dieta e atividade física, os coeficientes são, respetivamente 0,63 e 0,74 (Godwin et al., 2008).

A análise dos resultados deve-se interpretar-se como sendo mais saudável o estilo de vida do individuo, quando maior for a pontuação obtida.

No caso da variável sono, quanto maior a pontuação, pior é a qualidade de sono do individuo.

A variável Sono será avaliada com base na aplicação do Índice da Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) constituído por 19 questões de auto preenchimento, que permite avaliar diferentes fatores da qualidade de sono agrupados em sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, alterações do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. A cada um dos componentes é atribuída uma pontuação variável entre 0 a 3 pontos, sendo 0 pontos a inexistência de dificuldade e 3 pontos a existência de uma marcada dificuldade.

A soma destes sete componentes permite a obtenção de uma pontuação global, que varia entre zero (0) (não existe dificuldades) e vinte e um (21) (dificuldades severas em todas as áreas estudadas). O ponto de corte definido pelo autor é de 5, sendo que, índices iguais ou superiores a cinco consideram-se os sujeitos com pouca qualidade de sono.

Este instrumento Pittsburgh oferece uma medida estandardizada e quantitativa da qualidade de sono e permite identificar se existe ou não problemas de sono, não permitindo, contudo, a realização de um diagnóstico, apesar de identificar as áreas de sono com maior perturbação.

Procedimento

O presente estudo é caracterizado por um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, integrado numa investigação mais vasta realizada pelo CLISSIS, através do qual se pretende investigar possíveis relações entre as variáveis qualidade de vida, estilo de vida e sono. Foram recolhidos dados com base na aplicação de um questionário anteriormente descrito, para posterior análise com recurso a técnicas estatísticas, nomeadamente, através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Inicialmente, as instituições foram contactadas e convidadas a participar no estudo. Após a aceitação por parte da instituição foram definidas as datas e horas para a recolha de dados.

Desde início, foi dada a informação de que a participação no estudo era voluntária, sendo que os participantes e responsáveis pelas instituições deveriam preencher o consentimento informado.

Princípios éticos

Inicialmente, foram explicados o estudo e o objetivo da recolha de dados verbalmente e por escrito, através da solicitação de uma autorização para a aplicação do instrumento, junto das instituições e dos participantes.

Os participantes foram informados, desde início, que a participação neste estudo com preenchimento do questionário é voluntaria, sendo possível a desistência a qualquer altura da realização do mesmo, sem nenhuma consequência para a mesma.

Apresentação dos Resultados

Os seguintes resultados referem-se os dados recolhidos ao longo do estudo e correspondente tratamento estatístico, em função das questões de investigação às quais se pretende responder. Neste capítulo, apresenta-se a descrição dos resultados obtidos que são, posteriormente, discutidos na seguinte parte - discussão

Tabela 1- *Distribuição nas dimensões da escala SLIQ do estilo de vida*

SLIQ	M	DP
Dieta	1,52	0,64
Exercício físico	0,53	0,77
Consumo de tabaco	2,41	0,91
Consumo de álcool	1,83	0,50
Nível de stress	3,52	1,83
Estilo de vida geral	23,55	5,84

Na tabela acima observam-se as médias e desvios padrão das dimensões do estilo de vida.

Conclui-se que a amostra é bastante saudável no que toca ao consumo de álcool e tabaco – M=1,83 e M=2,41, respetivamente. Note-se que o mínimo da escala do consumo de álcool é 0 - consome 14 ou mais copos por semana -, e o máximo 2, consome 0 a 7 copos por semana. A escala do consumo de tabaco, por sua vez, vai de 0 a 3, em que o 0 representa os indivíduos que fumam, e o máximo, 3, os que não fumam e nunca fumaram.

Observa-se, ainda, que os participantes do estudo são pouco saudáveis em hábitos alimentares e prática de exercício físico – M=1,52 e M=0,53. Ambas as escalas têm mínimo 0, correspondente tanto a uma dieta pouco saudável como a uma prática de exercício físico pouco frequente, e máximos 5 e 4, respetivamente.

Posteriormente, considerou-se ainda relevante agregar as dimensões de modo a obter um valor médio do estilo de vida da amostra. A escala do valor agregado vai de 7, estilo de

vida não saudável, a 44, estilo de vida saudável, sendo a média da escala 25,5. Pode assim dizer-se que, a média da amostra - 23,55 – está ligeiramente abaixo (10%) do que se pode denominar “estilo de vida moderadamente saudável”.

Tabela 2- *Distribuição nas dimensões da escala PSQI da qualidade do sono*

PSQI	M	DP
Qualidade subjetiva sono	1,91	0,93
Latência de sono	1,35	1,14
Duração de sono	1,07	1,12
Eficiência de sono	1,55	1,28
Perturbações de sono	1,27	0,59
Medicação para dormir	1,15	1,44
Disfunção diurna	0,66	0,88
Sono geral	9,15	4,32

A tabela 4 apresenta as estatísticas descritivas das dimensões do variável sono na escala de Pittsburgh. Note-se que a duração de sono apresenta mínimo de 0, que corresponde a dormir mais de 7 horas por noite, e máximo de 3, que corresponde a dormir menos de 5 horas por noite. A qualidade subjetiva de sono, por sua vez, é avaliada numa escala de 1 a 4 e, todas as outras dimensões têm mínimo de 0 e máximo de 3. Assim, em todas as dimensões, o mínimo das escalas representa o hábito saudável e o máximo o hábito não saudável.

Assim, verifica-se que os indivíduos da amostra experienciam disfunção diurna bastante baixa – $M=0,66$ – e tomam pouca medicação para dormir ($M=1,15$). Todas as outras dimensões refletem que os inquiridos têm hábitos muito perto do “moderadamente saudável”, i.e., à volta do valor médio das escalas.

Finalmente, observa-se o valor agregado da escala do sono que apresenta um valor médio de 9,15 numa escala de 1 a 20, correspondendo, o mínimo à melhor qualidade de sono possível, e o 20 a uma qualidade de sono insuficiente. Esta escala geral resulta do somatório dos valores padronizados das dimensões da escala de Pittsburgh. A média de 9,15 confirma

os resultados anteriores de que os participantes do estudo têm uma higiene de sono nem saudável, nem não saudável, mas sim uma média entre ambos os extremos.

Correlações

Tabela 3- *Correlações entre as variáveis estilo de vida e qualidade do sono*

	Dieta	Exercício Físico	Tabaco	Consumo de Álcool	Nível de Stress	Qualidade e Subjetiva do Sono	Latência de Sono	Duração do Sono	Eficiência de Sono	Perturbações de Sono	Medicação para dormir	Disfunção Diurna
Dieta	--											
Exercício Físico	-0,16**	--										
Tabaco	0,43**	-0,26**	--									
Consumo de Álcool	0,22**	-0,21**	0,26**	--								
Nível de Stress	0,33**	-0,13**	0,31**	0,17**	--							
Qualidade Subjetiva do Sono	0,41**	-0,20**	0,45**	0,23**	0,11*	--						
Latência de Sono	0,10*	-0,00	0,03	0,07	-0,18**	0,45**	--					
Duração do Sono	0,10*	-0,10*	0,05	0,07	-0,16**	0,38**	0,81**	--				
Eficiência de Sono	-0,00	0,01	0,03	0,10	-0,18*	0,57**	0,44**	0,37**	--			
Perturbações de Sono	0,10	-0,17**	0,17**	0,14**	-0,12**	0,34**	0,28**	0,21**	0,30**	--		
Medicação para dormir	0,22**	-0,25**	0,29**	0,20**	0,01	0,32**	0,07	0,08	0,10	0,16**	--	
Disfunção Diurna	0,13**	-0,16**	0,16**	0,12**	-0,14**	0,22**	0,08	0,07	0,24**	0,23**	0,18**	--

Nota: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Pela análise da tabela acima, identificam-se tanto correlações positivas como negativas com forças e significâncias variadas entre as diferentes variáveis.

A correlação com o valor absoluto mais forte é observada entre a duração de sono e a latência de sono. Esta é uma correlação positiva muito forte que indica que quanto maior o tempo desde que os indivíduos da amostra se deitam até que adormecem, menor tende a ser a duração do sono.

A variável qualidade subjetiva de sono, por sua vez, apresenta correlações significativas fortes com a eficiência do sono, com a latência do sono, com o consumo de tabaco e com a dieta. Correlaciona-se positivamente com a eficiência do sono, significando que quanto maior é a percentagem de tempo passado a dormir, melhor tende a ser a percepção de qualidade de sono dos participantes

A correlação com a latência de sono é também positiva e moderadamente forte – quanto mais tempo os indivíduos da amostra demoram a adormecer, pior tende a ser a sua percepção de qualidade de sono.

Relativamente ao consumo de tabaco, a correlação é, novamente, positiva e moderadamente forte.

Isto significa que as pessoas que fumam mais tendem a ter uma melhor percepção de qualidade de sono. Finalmente, no que respeita à correlação entre a qualidade subjetiva de sono e à dieta dos inquiridos, esta é positiva e moderadamente forte - as pessoas que têm hábitos de dieta alimentar menos saudáveis tendem a ter uma melhor percepção de qualidade de sono.

Pela análise da tabela 7, verifica-se também uma correlação positiva moderadamente forte entre a latência de sono e a eficiência do sono. Quanto mais tempo a pessoa demora a adormecer, pior é a eficiência de sono, i.e., do tempo que passa efetivamente a dormir desde o momento que se deita até que se levanta.

Observa-se ainda uma correlação positiva moderadamente forte entre o consumo de tabaco e a dieta dos indivíduos – quando menor o consumo de tabaco, melhor tende a ser a dieta.

Finalmente, encontram-se numerosas correlações significativas com valores absolutos mais baixos. Correlacionam-se positivamente, com uma força média baixa (entre 0,2 e 0,4),

as seguintes variáveis: dieta com o consumo de álcool, com o nível de *stress* e com toma de medicação para dormir; consumo de tabaco com o consumo de álcool, com o nível de *stress* e com toma de medicação para dormir; consumo de álcool com a qualidade subjetiva de sono e toma de medicação para dormir; qualidade subjetiva de sono com a duração de sono, com perturbações de sono, com toma de medicação para dormir e com disfunção diurna; latência de sono com perturbações de sono; duração de sono com a eficiência e com perturbações de sono; eficiência de sono com perturbações de sono e com disfunção diurna; e perturbações do sono com disfunção diurna.

Correlacionam-se positivamente, com uma força baixa (entre 0,01 e 0,19), as seguintes variáveis: dieta com latência de sono, com a duração de sono e com a disfunção diurna; tabaco com perturbações de sono e com a disfunção diurna; consumo de álcool com o nível de *stress*, com perturbações de sono e com a disfunção diurna; nível de *stress* com a qualidade subjetiva de sono; perturbações de sono com medicação para dormir; medicação para dormir com a disfunção diurna.

Correlacionam-se negativamente, com uma força média baixa (entre -0,2 e -0,26), as seguintes variáveis: exercício físico com o consumo de álcool, com o consumo de tabaco, com a qualidade subjetiva do sono e com a medicação para dormir.

Correlacionam-se negativamente, com uma força baixa (entre -0,10 e -0,19), as seguintes variáveis: exercício físico com a dieta, com o nível de *stress*; com a duração do sono, com perturbações de sono e com a disfunção diurna; nível de *stress* com a latência de sono, com a duração de sono, com a eficiência de sono, com perturbações de sono e com a disfunção diurna.

Análise de Variância (ANOVA)Tabela 4- *Diferenças de médias entre o estilo de vida e o género e a qualidade do sono e o género*

Dimensões	Feminino		Masculino		F
	M	DP	M	DP	
Dieta	1,59	0,62	1,34	0,67	15,942***
Exercício Físico	0,50	0,74	0,61	0,83	2,213
Tabaco	2,51	0,85	2,13	1,02	18,016***
Consumo de Álcool	1,93	0,30	1,54	0,76	74,692***
Nível de Stress	3,51	1,84	3,54	1,81	0,034
Qualidade Subjetiva do Sono	1,99	0,92	1,70	0,92	10,445**
Latência de Sono	1,45	1,15	1,03	1,04	10,348**
Duração do Sono	1,14	1,13	0,84	1,05	5,574*
Eficiência de Sono	1,69	1,26	1,07	1,22	7,921**
Perturbações de Sono	1,30	0,60	1,20	0,55	3,026
Medicação para dormir	1,24	1,46	0,92	1,39	5,064*
Disfunção Diurna	0,70	0,89	0,53	0,84	3,929*

Nota: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Os resultados obtidos na tabela 5 permitem observar que existem diferenças significativas entre género nas dimensões dieta [$F(1,550)=15,942$; $p=0,001$]; tabaco [$F(1,519)=18,016$; $p=0,001$]; consumo de álcool [$F(1,546)=74,692$; $p=0,001$]; qualidade subjetiva de sono [$F(1,547)=10,445$; $p=0,001$]; latência de sono [$F(1,407)=10,348$; $p=0,001$] e eficiência de sono [$F(1,177)=7,921$; $p=0,005$].

As diferenças na duração de sono [$F(1,410)=5,574$; $p=0,019$], medicação para dormir [$F(1,543)=5,064$; $p=0,025$] e disfunção diurna [$F(1,547)=3,929$; $p=0,048$], apesar de existentes têm pouca significância estatística.

Pode assim concluir-se que as mulheres têm hábitos alimentares mais saudáveis e consomem menos álcool e tabaco. Por outro lado, os homens têm uma melhor perceção de qualidade subjetiva de sono, demoram menos tempo a adormecer e dormem mais as horas adequadas.

As mulheres, relativamente ao sono, dormem pior, tomam mais medicação para adormecer e têm mais disfunção diurna.

Tabela 5- *Diferenças de médias entre o estilo de vida e a idade e a qualidade do sono e a idade*

Dimensões	25 - 45 anos		46-65 anos		66 ou mais anos		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Dieta	0,65	0,60	1,35	0,61	1,74	0,48	142,231***
Exercício Físico	0,89	0,86	0,87	0,83	0,37	0,67	29,261***
Tabaco	1,21	1,34	2,04	0,89	2,74	0,46	152,200***
Consumo de Álcool	1,43	0,81	1,79	0,52	1,92	0,35	35,257***
Nível de Stress	1,30	0,50	2,83	1,71	4,01	1,68	78,040***
Qualidade Subjetiva do Sono	0,72	0,85	1,70	1,07	2,20	0,65	119,079***
Latência de Sono	--	--	1,10	1,10	1,40	1,14	4,086*
Duração do Sono	--	--	0,77	1,00	1,13	1,13	6,163*
Eficiência de Sono	--	--	1,30	1,35	1,61	1,25	1,798
Perturbações de Sono	1,18	0,56	1,08	0,61	1,34	0,58	9,026***
Medicação para dormir	0,08	0,50	1,03	1,40	1,39	1,48	27,295***
Disfunção Diurna	0,29	0,54	0,56	0,92	0,76	0,9	9,823***

Nota: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Observando os resultados refletidos na tabela 6, identifica-se a existência de diferenças significativas entre idades nas dimensões dieta [F(2,548)=142,231; $p=0,001$]; exercício físico [F(2,548)=29,261; $p=0,001$]; consumo de tabaco [F(2,517)=152,200; $p=0,001$]; consumo de álcool [F(2,544)=35,257; $p=0,001$]; nível de stress [F(2,516)=78,040; $p=0,001$]; qualidade subjetiva de sono [F(2,545)=119,079; $p=0,001$]; perturbações do sono [F(2,538)=9,026; $p=0,001$]; medicação para dormir [F(2,541)=27,295; $p=0,000$] e disfunção diurna [F(2,1545)=9,823; $p=0,001$].

As diferenças na latência de sono [F (1,406)=4,086; $p=0,044$] e duração de sono [F(1,409)=6,163; $p=0,013$], apesar de existentes têm pouca significância estatística – note-se a ausência de valores para as idades entre os 25 e os 45 anos.

No que respeita às dimensões do estilo de vida, todas apresentam diferenças significativas entre idades. Verifica-se que, quanto maior a sua idade, os indivíduos da amostra, tem uma dieta mais saudável, fazem menos exercício, fumam menos, consomem menos álcool e experienciam menos stress.

Relativamente às dimensões do sono observa-se que as pessoas mais velhas têm uma pior perceção da qualidade subjetiva de sono, tomam mais medicação para dormir e apresentam uma maior disfunção diurna.

Também o tempo de latência tende a aumentar com a idade e o número de horas a dormir tende a piorar. Finalmente, as perturbações de sono, ainda que não apresentem padrão, são, também, mais sentidas pelos mais idosos.

Não existem diferenças significativas na dimensão eficiência do sono relativamente à idade.

Regressão

Tabela 6- *Regressão linear das variáveis género, idade e qualidade do sono como predictoras do estilo de vida*

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t
	B	Erro Padrão	Beta	
Constante	37,39	3,97		9,42
Idade	-0,09	0,04	-0,18*	-2,18
Género	-2,85	0,97	-0,23**	-2,93
Qualidade Subjetiva do Sono	0,73	0,76	0,10	0,97
Latência do Sono	0,43	0,66	0,10	0,66
Duração do Sono	-0,90	0,70	-0,19	-1,29
Eficiência do Sono	-0,74	0,40	-0,18	-1,85
Perturbações do Sono	0,06	0,77	0,01	0,07
Medicação para Dormir	-0,79	0,29	-0,22**	-2,73
Disfunção Diurna	-1,20	0,52	-0,19*	-2,34

Nota: *** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05

Pela observação da Tabela 8 verifica-se que a idade ($B=-0,09$; $p=0,031$), o género ($B=-2,85$; $p=0,004$), a medicação que os inquiridos tomam para dormir ($B=-0,79$; $p=0,007$) e a disfunção diurna ($B=-1,20$; $p=0,021$) são preditoras do estilo de vida.

As variáveis deste modelo, de maneira global, explicam 21% da variância [$R^2=21,1\%$; $R^2A_j=0,159$; $\text{Erro}=0,518$; $[F=4,020 (9,135), p<0,001]$.

Tabela 7- *Regressão linear das variáveis género, idade e estilo de vida como preditoras da qualidade do sono*

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t
	B	Erro Padrão	Beta	
Constante	2,243	0,34		6,65
Idade	-0,00	0,00	-0,07	-0,81
Género	-0,12	0,07	-0,15	-1,68
Dieta	-0,04	0,06	-0,05	-0,57
Consumo de Álcool	0,18	0,07	0,22*	2,66
Exercício Físico	0,03	0,04	0,06	0,72
Consumo de Tabaco	-0,02	0,06	-0,03	-0,36
Nível stress	-0,07	0,02	-0,32***	-3,99

Nota: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Pela observação da Tabela 9 verifica-se que o consumo de álcool ($B=0,18$; $p=0,009$) e o nível de stress ($B=-0,07$; $p=0,001$) são preditoras da qualidade de sono.

As variáveis deste modelo, de maneira global, explicam 19% da variância [$R^2=19,3\%$; $R^2A_j=0,152$; $\text{Erro}=0,319$; $[F=4,678 (7,137), p<0,001]$.

Discussão

Perante os resultados obtidos, é possível dar resposta à principal questão da investigação: qual o impacto do estilo de vida e do sono no processo de envelhecimento.

Para Ribeiro e Paúl (2011) a saúde é um dos aspetos cruciais no processo do envelhecimento. Os problemas de saúde mais identificados neste processo estão associados a condições crónicas e doenças não transmissíveis que surgem normalmente na meia idade, geralmente quando a pessoa esteve exposta a um estilo de vida sem hábitos de saúde. Isto envolve, por exemplo, o consumo de álcool, tabaco, exposição frequente a situações de stress, escassa prática de atividade física e hábitos alimentares com elevadas calorias, nomeadamente o elevado consumo de carnes vermelhas (Prasad, Sung & Aggarwal, 2012).

Importa enfatizar a importância da qualidade do sono, uma vez que esta está diretamente associada a indicadores de saúde física e mental (Colrain, 2011). Uma compreensão da qualidade de sono parece imprescindível na promoção do envelhecimento saudável ao longo da vida (Gadie et al., 2017). Encontram-se evidências de piores resultados de saúde em vários aspetos (físicos, mentais e da saúde geral) que são consequência da má qualidade de sono (Gadie et al., 2017).

Relativamente ao objetivo de compreender o impacto das componentes idade e género no estilo de vida, os resultados obtidos permitem concluir que existem diferenças significativas entre género nas dimensões da dieta, tabaco e consumo de álcool.

Estes dados permitem inferir que as mulheres fazem uma melhor dieta, fumam menos e consomem menos álcool do que os homens.

Uma dieta desadequada contribui para a perda de 15,4% dos anos de vida saudável dos portugueses (Serviço Nacional de Saúde, 2018), o que realça a importância de melhorar

os hábitos alimentares e de considerá-los potenciais fatores preventivos da aquisição de doenças, em especial, para a população masculina.

Para além de piores hábitos alimentares, os homens consomem mais álcool e fumam mais.

De facto, o consumo de tabaco continua a ser uma problemática com maior tendência no sexo masculino. A nível nacional, uma em cada quatro mortes em idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos devem-se ao tabagismo. O tabaco é um dos principais fatores de risco para morte prematura por doenças evitáveis com adoção de hábitos de saúde (Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2017). Um estudo realizado por Machado, Nicolau e Dias (2009) revela que a prevalência de mulheres portuguesas que nunca tinha fumado (81,3%) é praticamente o dobro da prevalência correspondente ao sexo masculino (43,1%). O fator verificado na percentagem de homens que consome tabaco diária ou ocasionalmente (31,0%), por sua vez, é quase o triplo dos 11,8% que representam as fumadoras diárias ou ocasionais.

O consumo de álcool é, também, um fator de risco relevante uma vez que, tanto a nível europeu, como nacional 25% das doenças tem origem em comportamentos de risco como consumo de álcool e tabaco e dieta desequilibrada (Serviço Nacional de Saúde, 2018). De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (2018), em 2014, os homens portugueses tinham o valor mais elevado de consumo diário de álcool da Europa, com uma percentagem considerável de 38,3% dos mesmos a consumir álcool diariamente.

Relativamente à variável demográfica idade, os resultados apontam para a existência de diferenças significativas entre idades nas dimensões dieta, exercício físico, nível de stress, consumo de tabaco e consumo de álcool.

Estes resultados corroboram com os dados do Serviço Nacional de Saúde (2018), perante os quais, a nível europeu, Portugal é o segundo país que menos caminha: 29% da população nunca caminha mais de 10 minutos e 33% não apresenta interesse em praticar atividade física ou algum desporto. Adicionalmente, em Portugal, a percentagem de mortes anuais, por razões associadas à falta de atividade física, tem um valor superior à média mundial, que se encontra abaixo dos 10%, sendo 14% a percentagem nacional (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Segundo os resultados do presente estudo, existe uma tendência para a redução da prática de atividade física com o aumento da idade. Neste sentido, importa salientar que a atividade física deve ser vista como um fator que permite promover e manter a qualidade de vida em idosos, especialmente pelos benefícios de manter capacidades como o equilíbrio, a flexibilidade, a força e a resistência, que contribuem para a saúde biopsicossocial desta população (Maciel, 2010). Assim, reforça-se a necessidade de estimular esta prática ao longo da vida, contribuindo para uma população mais saudável e para a manutenção da capacidade funcional dos idosos (Maciel, 2010).

Em respeito ao nível de *stress*, os resultados refletem uma redução com o aumento da idade. Note-se que existem diferenças significativas nos níveis de *stress* sentidos em idades mais jovens, entre os 25 anos e os 44 anos, sendo este bastante superior ao nível de *stress* sentido por pessoas com idade igual ou superior a 66 anos.

De facto, a literatura aponta no mesmo sentido. A razão pode dever-se aos desafios impostos na fase de transição para a idade adulta. O ganho de autonomia, o início de carreira, a procura pela estabilidade financeira e afetiva, a construção de identidade e o papel que, enquanto jovem adulto, representa na sociedade, torna a população dos jovens adultos numa das mais vulneráveis a viver sob elevados níveis de *stress* (Calais, Andrade & Lipp, 2003).

A literatura aponta, ainda, para a existência de uma relação entre *stress*, depressão e excesso de peso. Uma pessoa deprimida, pode sentir níveis de *stress* elevados, o que, por sua vez, pode contribuir para o excesso de peso. O *stress* pode ainda levar à depressão pelo impacto de determinado acontecimento que leve a um aumento significativo e prolongado de *stress* e resultar em depressão. Assim, há evidências de que os níveis de *stress* influenciam os hábitos de vida e que podem promover doenças a nível psicológico, como a depressão, ou físico, como a obesidade (Stunkard, Faith & Allison, 2003).

Os resultados obtidos na presente investigação, suportados pela literatura, realçam a importância de identificar fatores redutores dos níveis de *stress* numa idade precoce. A redução do *stress* pode ser um fator de prevenção de doenças evitáveis que poderão aparecer numa idade mais tardia. Sendo que os resultados revelam que, de facto, é numa idade mais jovem que o *stress* é mais notável, é importante arranjar mecanismos que permitam uma atuação ativa nesta fase de desenvolvimento.

No que respeita à dimensão do consumo de tabaco, os resultados do presente estudo apontam para uma diminuição da prevalência de fumadores, com o aumento da idade. Estes dados vão de encontro a um estudo realizado por Machado, Nicolau e Dias (2009), no qual foi verificada uma maior prevalência de fumadores em idades compreendidas entre os 25 e 44 anos, em ambos os sexos. A partir dos 44 anos, nota-se uma diminuição da existência de fumadores. Este declínio é visível tanto em homens como em mulheres. Consequentemente, a idade foi identificada como um dos determinantes da possibilidade de ser fumador, independentemente do género.

Os resultados da amostra na qual este estudo se baseia, refletem hábitos saudáveis no que respeita ao consumo de álcool, sendo que este tende a diminuir com a idade. Ainda assim, em Portugal, o álcool continua a ser a substância psicoativa com maior prevalência de

consumo experimental em idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos(Programa Nacional para a Saúde Mental, 2017).

Os dados referentes à dimensão da dieta, refletem uma melhoria nos hábitos alimentares com o aumento da idade, em especial, a partir dos 66 anos. Estes dados revelam que, os jovens adultos entre os 24 e os 45 anos, têm maus hábitos alimentares. Ainda que haja uma melhoria da dieta em idades mais envelhecidas, esta amostra não releva hábitos alimentares exemplares, independentemente da idade.

Este tipo de comportamentos de risco leva ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cancro, sendo a obesidade uma das consequências da má alimentação e da falta de atividade física. (Serviço Nacional de Saúde, 2018). De facto, atualmente, o excesso de peso é um dos maiores desafios da Europa.

Como resposta ao segundo objetivo específico, compreender o impacto da idade e género no sono, os resultados obtidos neste estudo mostram que existem diferenças significativas entre género nas dimensões qualidade subjetiva de sono, latência de sono, duração de sono, eficiência de sono, medicação para dormir e disfunção diurna.

Perante os resultados obtidos, as mulheres têm um sono menos eficiente e uma pior perceção da qualidade subjetiva do sono. Os homens demoram menos tempo a adormecer, dormem mais, têm um sono mais eficiente, tomam menos medicação para dormir e experienciam uma menor disfunção diurna.

De facto, existem evidências na literatura que retratam a existência de diferenças significativas entre géneros na qualidade de sono, sendo que o sexo feminino apresenta maior prevalência de má qualidade de sono e de outros distúrbios relacionados com o sono (Fatima, Suhail, Najman & Mamun, 2016).

Segundo Huffington (2017), as mulheres têm um risco maior de desenvolver doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e depressão. As mulheres precisam de dormir mais do que os homens. Dormir pouco, nas mulheres, está associado a elevados níveis de *stress* psicológico e maiores sentimentos de hostilidade, depressão e raiva. Estes efeitos mentais e físicos negativos podem dever-se ao papel que, atualmente, a mulher desempenha a nível da carreira, para além de continuar a desempenhar um papel fundamental nas tarefas domésticas (Huffington, 2017).

Pessoas do sexo feminino tendem a deitar-se e a acordar mais cedo, a acordar mais vezes durante o sono, a terem maior tempo de latência de sono e a experimentarem pior qualidade de sono, em comparação com os indivíduos do género masculino. As mulheres apresentam, também uma pior eficiência de sono (Tsai & Li, 2003). Isto vai ao encontro dos resultados da amostra que refletem uma maior percentagem de participantes do sexo feminino a acordar e deitar mais cedo, a acordar mais vezes durante a noite, a ter um maior tempo de latência de sono e a ter uma pior qualidade subjetiva de sono do que os participantes do sexo masculino.

A respeito da idade, os resultados refletem diferenças significativas entre idades nas dimensões da qualidade subjetiva de sono, das perturbações de sono, da medicação para dormir e da disfunção diurna.

Com base na literatura, dormir mais ou menos horas do que o adequado está relacionado com pior qualidade subjetiva de sono e maiores níveis de depressão e ansiedade. Existem, também, evidências da deterioração de alguns aspetos da qualidade do sono com o aumento da idade (Gadie, Shafto, Leng, Cam-Can & Kievit, 2017). O mesmo foi verificado nos resultados do questionário aplicado, segundo os quais a perceção de qualidade de sono vai piorando com o aumento da idade. Note-se ainda que, com o aumento da idade, na

presente amostra, tende a aumentar a toma de medicação para dormir, o que corrobora com os dados de Stephan, Sutin, Bayard & Terracciano (2017).

Ainda, nos resultados da presente investigação, observa-se que, com o aumento da idade, existe uma maior tendência a experienciar disfunção diurna. Podendo isto ser derivado da diminuição da eficiência de sono em pessoas mais velhas.

Encontra-se, também, na literatura, referencia a que, com o aumento da idade, existe uma maior tendência a ter sono interrompido, ou seja, a acordar mais vezes durante a noite, Estes distúrbios de sono que podem dever-se a doenças físicas, psiquiátricas e a medicamentos usados (NSF, 2018).

Quando ocorre carência de sono à noite, o corpo reage com sintomas como excesso de fadiga e sonolência, bocejo frequente e fácil irritabilidade. Quando a falta de sono se prolonga no tempo, pode acabar a ter impacto na qualidade de vida das pessoas, nomeadamente, em consequências como alucinações, pensamentos suicidas, depressão, paranoia e comportamentos impulsivos (Pietrangelo & Watson, 2017).

Foram, adicionalmente, encontradas diferenças na latência de sono e duração de sono, em concordância com a literatura. Nesta, é relatado que, com o aumento da idade, há uma tendência a que a latência do sono aumente, isto é, as pessoas demoram mais tempo a adormecer. Ainda, o tempo decorrido em estágios de sono leve é superior ao decorrido em fase de sono profundo em idades mais avançadas. Além disso, existe uma maior tendência a experimentar interrupções no sono, ou seja, a acordar mais vezes durante a noite (NSF, 2018).

Neste seguimento, é de ressaltar a importância de uma correta higienização do sono numa idade avançada, uma vez que, durante o sono, o cérebro consegue defender-se das

toxinas, incluindo, por exemplo, as que estão associadas à doença de Alzheimer (Huffington, 2017), mais propício a desenvolver-se nesta população específica.

No presente estudo foi ainda possível atingir o objetivo de analisar a relação entre as variáveis estilo de vida e sono. Foram obtidos resultados que refletem correlações positivas entre a variável qualidade subjetiva de sono e a eficiência do sono, a latência do sono, o consumo de tabaco e a dieta. Verificou-se, ainda, uma correlação positiva entre a latência e a eficiência de sono. A correlação positiva mais forte encontrada associa as dimensões duração de sono e latência de sono. Finalmente, observou-se, também, uma correlação positiva entre a dieta e o consumo de tabaco.

Importa lembrar que a definição de qualidade subjetiva de sono se baseia no nível de cansaço ao acordar, no nível de sonolência ao longo do dia, na percepção subjetiva de prontidão para um novo dia e no número de vezes que acordou durante a noite (Harvey, Stinson, Whitaker, Moskovitz & Virk, 2008).

Esta definição ajuda a compreender estes resultados. Quanto maior a percentagem de tempo passado a dormir (eficiência de sono), melhor o nível de descanso e prontidão para o dia seguinte. Por outro lado, se o indivíduo demora muito tempo a adormecer (latência) desde o momento que tem essa intenção, maior o nível de cansaço ao acordar e sonolência do longo do dia, o que influencia a qualidade subjetiva de sono.

Perante os resultados da amostra, quanto mais tempo a pessoa demora a adormecer, pior é a eficiência de sono, i.e., o tempo que passa efetivamente a dormir desde o momento que se deita até que se levanta. A literatura aponta para uma associação entre latência de sono com a eficiência de sono, sendo o ideal, demorar-se pouco tempo a adormecer depois de apagar as luzes. Quando isto acontece, estabelece-se uma boa base para uma boa noite de sono. Por outro lado, se a pessoa demora muito tempo a adormecer (longo período de

latência), tem uma menor duração de sono, o que reflete numa pior eficiência de sono (Peters, 2019).

Apesar os resultados obtidos indicarem uma melhor qualidade subjetiva de sono em fumadores, a literatura aponta para a existência de distúrbios na arquitetura do sono, inclusive com a existência de um maior tempo de latência de sono (Zhang, Samet, Caffo & Punjabi, 2006) e uma prevalência de altos índices de oxigénio nos tecidos orgânicos em fumadores (Casasola, Álvarez-Sala, Marques, Sánchez-Alarcos, Tashkin & Espinós, 2002). Os resultados obtidos podem dever-se à estimulação que a Nicotina produz no sistema nervoso central (SNC), que aumenta o estado de alerta (Balbani & Mantovani, 2005), o que pode dar a sensação de nível de descanso suficiente e prontidão para o novo dia.

De acordo com os resultados, quem tem melhores hábitos alimentares, tende a ter uma pior qualidade subjetiva de sono. Estes dados podem dever-se à aposta em programas de promoção de saúde para hábitos específicos como, atividade física, consumo de tabaco, doenças oncológicas e alimentação saudável (Serviço Nacional de Saúde, 2018), que contribuem para melhorias efetivas nos comportamentos das pessoas. Contudo, existe uma escassez de programas de promoção de hábitos de sono saudáveis tornando-o hábito de saúde mais subestimado (Huffington, 2017). Assim, os resultados do presente estudo podem refletir que, mesmo as pessoas que praticam hábitos de saúde como dieta saudável, continuam a subestimar a importância do sono na qualidade de vida.

Os resultados que refletem que os fumadores têm hábitos de dieta mais saudáveis, podem convergir no mesmo sentido que os reportados anteriormente, i.e., de facto os programas de saúde têm incidido em fatores modificáveis como tabagismo, alimentação saudável, atividade física, excesso de peso e sedentarismo (Serviço Nacional de Saúde, 2018). Contudo, a diminuição de 50% no consumo da nicotina pode ser o suficiente para

desencadear sintomas como ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono, aumento do apetite e alterações cognitivas. Estes sintomas de abstinência e o aumento do apetite podem levar a pessoa a optar por melhorar a saúde a nível da alimentação, negligenciando o consumo do tabaco (Balbani & Mantovani, 2005).

Como último objetivo do estudo, foi definido a realização de um modelo compreensivo da relação dos componentes sociodemográficos (idade e género) com o estilo de vida e sono. Conclui-se que, a idade, o género, a medicação para dormir e a disfunção diurna, são preditoras do estilo de vida e o consumo de álcool e o nível de stress são preditoras da qualidade de sono.

Esta conclusão reforça a importância da prevenção da saúde, sendo esta um dos aspetos cruciais no processo do envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2011) e que, os problemas de saúde mais identificados no processo de envelhecimento estão associados a condições crónicas e doenças não transmissíveis (Prasad, Sung & Aggarwal, 2012) que podem, na sua maioria, ser prevenidas através de mudanças de hábitos e estilo de vida em idades prematuras (Barbaresko, Rienks & Nöthlings, 2018) de modo a possibilitar a existência de um estilo de vida saudável e promover um envelhecimento ativo.

Importa realçar que o objetivo principal da aposta no envelhecimento ativo se prende em aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade. Para isso, é necessário que os indivíduos entendam o seu papel em potenciar o seu bem-estar físico, social e mental, (Ferreira, 2009) assim como entender que muitos problemas de saúde numa idade mais avançada podem ser travados se forem identificados e trabalhados numa fase precoce como a adultez.

Note-se, ainda, a importância da prevenção de fatores de risco como os estilos de vida e padrões de sono na melhoria da qualidade de vida ainda na idade jovem e adulta, para tornar as populações futuras em idosos mais saudáveis (OMS, 2015).

Conclusão

Com o envelhecimento crescente da população, aumenta a importância de torná-lo numa fase ativa. Sabe-se que os problemas de saúde mais identificados no processo de envelhecimento estão associados a condições crónicas e doenças não transmissíveis. Este tipo de doenças surge normalmente na meia idade, geralmente quando a pessoa esteve exposta a um estilo de vida sem hábitos de saúde, (Prasad, Sung & Aggarwal, 2012).

Neste sentido, o presente estudo de investigação visou a exploração do estilo de vida e dos padrões de sono, que podem influenciar a saúde e a qualidade de vida, por exemplo, ao originarem doenças crónicas evitáveis.

Para a obtenção de dados, foi recolhida informação, através da aplicação de um questionário de autopreenchimento, junto de uma amostra de 564 dos quais 73,8% pertenciam ao sexo feminino. Pela análise dos dados recolhidos, concluiu-se que, para a variável estilo de vida, existem diferenças significativas entre género, nomeadamente nas dimensões dieta e consumo de álcool e tabaco. Assim, verificou-se que as mulheres fazem uma melhor dieta, fumam menos e consomem menos álcool do que os homens.

Em respeito à variável sono, identificam-se diferenças entre géneros nas dimensões qualidade subjetiva de sono, latência de sono e eficiência de sono. As mulheres dormem menos, os homens têm uma melhor perceção da qualidade de sono, demoram menos tempo a adormecer, têm um sono mais eficiente, tomam menos medicação para dormir e experienciam menor disfunção diurna.

Em relação à idade, em relação ao estilo de vida, foram encontradas diferenças significativas nas dimensões da dieta, do exercício físico, do consumo de tabaco, do consumo de álcool e do nível de *stress*. Os resultados apontam para que, com um aumento da idade, exista uma melhoria dos hábitos alimentares, menor prática de atividade física, menor

consumo de tabaco, diminuição do consumo de álcool e ainda uma redução dos níveis de *stress*.

Relativamente à variável sono, encontraram-se diferenças significativas entre idades nas dimensões qualidade subjetiva, perturbações do sono e medicação para dormir. Estes resultados podem ser explicados pelo seguinte racional: a qualidade subjetiva de sono piora com o aumento da idade. Isto pode ser explicado pela existência de doenças que originam perturbações no sono e que, conseqüentemente, levam a uma pior perceção de qualidade de sono. A pior perceção de qualidade de sono, por sua vez, pode acabar a promover o aumento da toma de medicação com o aumento da idade.

Ainda em relação à variável sono, encontram-se diferenças significativas entre idades nas dimensões disfunção diurna, latência de sono e duração de sono. Na literatura, encontram-se referências ao facto de que, com o aumento da idade, existe uma tendência a aumentar a latência, ou seja, as pessoas demoram mais tempo a adormecer. Ainda, o tempo decorrido em estágios de sono leve é superior ao decorrido em fase de sono profundo em idades mais avançadas. Além disso, existe uma maior tendência a experimentar interrupções no sono, ou seja, a acordar mais vezes durante a noite (NSF, 2018).

Adicionalmente, verificou-se uma correlação entre as variáveis qualidade subjetiva de sono com o consumo de tabaco e com a dieta. Assim, as pessoas que fumam mais tendem a ter uma melhor perceção de qualidade de sono e as pessoas que têm hábitos de dieta alimentar menos saudáveis tendem a ter uma melhor perceção de qualidade de sono. O consumo de tabaco, por sua vez, correlaciona-se positivamente com as perturbações no sono, toma de medicação para dormir e disfunção diurna. Os fumadores têm menos perturbações de sono, tomam menos medicação para dormir e experienciam menor disfunção diurna.

Finalmente, verificou-se que as dimensões idade, género, medicação para dormir e disfunção diurna são preditoras do estilo de vida e o consumo de álcool e nível de stress são preditores da qualidade de sono.

Como forma de limitação ao presente estudo, aponta-se o fato da amostra ser assimétrica relativamente ao género, tendo um total de 416 mulheres e 148 homens, o que resulta numa maior dificuldade em aferir diferenças em relação ao género.

Outra limitação prende-se no facto de que, apesar de a amostra ter um número de participantes consideravelmente grande, pode não ser grande o suficiente para permitir identificar todos os dados significativos.

Como sugestão, refere-se a exploração dos dados obtidos relativamente à dimensão tabaco. Nestes, concluiu-se que as pessoas que fumam mais tendem a ter uma melhor perceção de qualidade de sono e que existe uma correlação positiva entre tabaco e perturbações no sono, toma de medicação para dormir e disfunção diurna. Sendo que isto significa que quem fuma tende a ter menos perturbações de sono, toma menos medicação para dormir e tem menor disfunção diurna. No entanto, segundo a literatura, o consumo de tabaco está associado a distúrbios na arquitetura, incluindo uma maior latência de sono e mudança para estágios mais leves do sono (Zhang, Samet, Caffo & Punjabi, 2006)

Perante os resultados obtidos, as mulheres apresentam piores resultados em todas as dimensões do sono, já os homens apresentam piores hábitos de saúde relativamente ao estilo de vida. Poderá ser relevante perceber, em investigações futuras, quais os fatores que mais condicionam uma boa qualidade de sono nas mulheres, e quais os fatores que influenciam os estilos de vida mais adotados pelos homens.

Ainda de salientar que os problemas de saúde mais identificados no processo de envelhecimento estão associados a condições crónicas e doenças não transmissíveis. E que

este tipo de doenças surge normalmente na meia idade, geralmente quando a pessoa esteve exposta a um estilo de vida sem hábitos de saúde (Prasad, Sung & Aggarwal, 2012). A aposta neste tipo de comportamentos pode ser, efetivamente, a melhor opção para a prevenção de doenças crônicas que condicionam um envelhecimento ativo e bem sucedido.

Referências

- Abegunde, D., Stanciole, A. (2006). *An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable diseases in selected countries*. [S.l.]: World Health Organization: Department of Chronic Diseases and Health Promotion. Recuperado de https://www.who.int/chp/working_paper_growth%20model29may.pdf
- Alharbi, A., Alotaibi, T., Almalki, A., Althekri, M., Alshadokhi, A., AlDossary, F., ... Al-Towirqi, M.Y. (2017). Sleep disorders and its effect on community. *Health Science Journal*, 11(4). doi: 10.21767/1791-809X.100522
- Almeida, M., Gutierrez, G., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida. Ciências e Humanidades*. São Paulo: Escola de Artes
- Almeida, M.F. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. *Sociológico*, 17, 17-24.
- Alves, P.B. (1997). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721997000200013>
- Amaro, J., Dumith, S. (2017). Sonolência diurna excessiva e qualidade de vida relacionada à saúde dos professores universitários. *J Bras Psiquiatr.*, 67(2), 94-100.
- Arribas, T., & Murad, F. (2004). *Educação Infantil: desenvolvimento, currículo e organização escolar* (5ªed.) Porto Alegre: Artmed
- Associação Portuguesa de Sono. (2018). *Dia mundial em memória das vítimas da estrada*. Recuperado de <https://www.apsono.com/index.php/pt/noticias/noticias-do-sono/186-a-associao-portuguesa-do-sono-associa-se-ao-dia-mundial-em-memoria-das-vitimas-da-estrada>

- Balbani, A.P.S., & Mantovani, J. C. (2005). Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia* 71(6), 820-827. doi: 10.1590/S0034-72992005000600021
- Barakat, J.P. (2011). Mulheres e saúde: evidências de hoje agenda de amanhã. [S.l.]: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf
- Barbaresko, J., Rienks, J. & Nothlings, U. (2017). Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(4), 555-564.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental process. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human development* (Vol. 1, pp. 793-828). New York: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Towards an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. doi: 10.1037/0003-066X.32.7.513
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: theoretical and operational models. In S.L. Friedman & T.D. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts* (pp. 3-28). Washington DC: American Psychological Association Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development*. California: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A. (2006). The bioecological model of human development. In R.M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human development* (pp. 793-828). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

- Canavarro, M., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 3(3) 243-268. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.21/770>
- Cappuccion, F., Taggart, F., Kandala, N.B., Currie, A., Piele, E., Strangers, S., & Miller, M-A. (2008). Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep*, 31(5), 619-626.
- Cardio Smart American College of Cardiology. (2018). *Understanding the long-term effects of childhood obesity*. Recuperado de <https://www.cardiosmart.org/News-and-Events/2018/05/Understanding-the-Long-Term-Effects-of-Childhood-Obesity>
- Carskadon, M.A., & Dement, W.C. (2011). Monitoring and staging human sleep. In M.H. Kryger, T. Roth, & W.C. Dement (Eds), *Principles and practice of sleep medicine* (5ª ed., pp.16-26). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Carvalho J., Soares, J.M.C. (2008). Envelhecimento e força muscular – breve revisão. *Rev Port Ciênc Desporto*. 4(3), 79-93.
- Casasola, G., Álvarez-Sala, J., Marques, J., Sánchez-Alarcos, J., Tashkin, D.P., & Espinós, D. (2002). Cigarette smoking behavior and respiratory alterations during sleep in a healthy population. *Sleep and Breathing*, 6(1), 19-24. doi: <https://doi.org/10.1007/s11325-002-0019-y>
- Castro, E.K., Ponciano, C., Pinto, D. (2010). Autoeficácia e qualidade de vida de jovens adultos com doenças crónicas. *Aletheia*, 31, 137-148.
- Cavalcanti, A., Moreira, R., Barbosa, J., & Silva, V. (2016). Envelhecimento ativo e estilo de vida: uma revisão sistemática da literatura. *Estudos Interdisciplinares de envelhecimento*, 1, 71-89.

- Cerca, F., & Prior, C. (2018). Sleep and media screens in pediatric ages. *Birth and Growth Medical Journal*, 27(1), 33-38.
- Colrain, I. (2011). Sleep and the brain. *Neuropsychology Review*, 21, 1-4.
- Davis, K. (2018). *What's to know about sleep deprivation*. Recuperado de <https://www.medicalnewstoday.com/articles/307334.php>
- Fatima, Y., Suhail, A.R.D., Najman, J.M., & Mamun, A.A. (2016). Exploring gender difference in sleep quality of young adults: findings from a large population study. *Clinical Medicine & Research*, 14(3-4), 138-144.
- Ferreira, O., Silva, A., Maciel, S., Costa, S., & Moreira, M. (2012). Envelhecimento ativo e a sua relação com a independência funcional. *Texto e contexto enfermagem*, 21(3), 513-518.
- Ferreira, A. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, 2009.
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 31-54
- Ford, E., Bergmann, M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., Weikert, C., & Boeing, H. (2009). Healthy living is the best revenge. *Health Care Reform*, 169, 15.
- Franks, P., Hanson, R., Knowler, W., Sievers, M.L., Bennet, P., & Looker, H.C. (2010). Childhood obesity, other cardiovascular risk factors and premature death. *The New England Journal of Medicine*, 362(6), 485-493. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0904130>

- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (2018). *Stress*. Recuperado de <http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/stress/>
- Gadie, A., Shafto, M., Leng, Y., & Kievir, R. (2017). How are age-related differences in sleep quality associated with health outcomes? Na epidemiological investigation in UK cohort of 2406 adults. *BMJ Open*, 7(7). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014920>
- Godwin, M., Streight, S., Dyachuck, E., Hooven, E. C., Ploemacher, J., Seguin, R., & Cuthbertson, S. (2008). Testing the simple lifestyle indicator questionnaire. *Canadian Family Physician*, 54, 76-77.
- Goodell S., Bodenheimer, T., & Berry-Millett, R. (2009). Care management of patients with complex health care needs. *Research Synthesis Report*, 19. Recuperado de <https://www.rwjf.org/en/library/research/2009/12/care-management-of-patients-with-complex-health-care-needs.html>
- Harvey, A., Stinson, K., Whitaker, K., Moskovitz, D., & Virk, H. (2008). The subjective meaning of sleep quality: a comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep*, 31(3), 383–393. doi: 10.1093/sleep/31.3.383
- Harvey, A.G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behavior Research and Therapy*, 40(8), 869-893.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S.M., Alessi, C., Carlos, L., Hazen, N., ... Hillard, A.P. J. (2015). The national sleep foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Journal of the National Sleep Foundation*, 1(1), 40-43. Recuperado de [https://www.sleephealthjournal.org/article/S2352-7218\(15\)00015-7/abstract](https://www.sleephealthjournal.org/article/S2352-7218(15)00015-7/abstract)

- Hypersomnina Foundion. (2017). *Sleep efficiency*. Recuperado de <https://www.hypersomniafoundation.org/glossary/sleep-efficiency/>
- Huffington, A. (2017). *A Revolução do Sono: Transforme a sua vida, uma noite de cada vez* (1ª ed.) Lisboa: Matéria-Prima Edições.
- Jones, R.L. (2006). ‘Older people’ talking as if they are not older people: positioning theory as an explanation. *Journal of Aging Studies*, 20(1), 79-91.
- Kelly, A.S., Barlow, S.E., Rao, G., Inge, T.H., Hayman, L.L., Ewing, L.J., & Daniels, S.R. (2013). Severe obesity in children and adolescents: identification, associated health risks, and treatment approaches: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 128(15), 1689–1712. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182a5cfb3
- Kernisan, L. (2019). *How sleep affects health and changes with aging*. Recuperado de <https://betterhealthwhileaging.net/how-sleep-affects-health-and-changes-with-aging/>
- Krebs, R. (2010). Jornada. A teoria bioecológica do desenvolvimento humano e o contexto escolar. *Revista Pátio*, 14(55). Recuperado de <http://www.miotecPatio.com.br/pdf/2138.pdf>
- Kristicevic, T., Stefan, L., & Sporis, G. (2018). The associations between sleep duration and sleep quality with body-mass index in a large sample of young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 758. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph15040758>
- Kyle, S. (2019). *What controls our sleep pattern?*. Recuperado de <https://www.sleepio.com/articles/sleep-science/what-controls-our-sleep-pattern/>
- Kyle, S., Sexton, C., Feige, B., Luik, A., Lane, J., Saxena, R., Anderson, S., ... Spiegelhalter, K. (2019). Sleep and cognitive performance: cross-sectional associations from the UK Biobank. *Sleep. Med.*, 38, 85-91.

- Machado, A., Nicolau, R. & Dias, C.M. (2009). Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 9(6).
- Mari, F., Alves, G., Aerts, D., & Camara, S. (2016). O processo de envelhecimento e a saúde: o que pensam as pessoas de meia-idade sobre o tema Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19(1), 35-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>
- Medic, G., Wille, M., & Hemels, M. (2017). Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and Science of Sleep*, 9, 151-161.
- Mesquita, G., Soares, E., Graciano, M., Silva, P., Andrade, C., & Reimão, R. (2011). Sleep quality and stress: gender differences. *Neurobiologia*, 74(3-4).
- Morin, C., Ivers, H., & Vallières, A. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547-1554. doi: 10.1093/sleep/30.11.1547
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2019). *Brain basics: understanding sleep*. Recuperado de <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Understanding-Sleep>
- National Sleep Foundation. (2018). *National Sleep Foundation recommends new sleep time*. Recuperado de <https://www.sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>
- National Sleep Foundation. (2019). *Aging and sleep*. Recuperado de <https://www.sleepfoundation.org/articles/aging-and-sleep>
- Negreiros, T.C.G.M. (2004). Sexualidade e gênero no envelhecimento. *ALCEU*, 5:9, 77-86.
- Neri, A.L. (2006). O legado de Paul Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.

- Noronha, D., Martins, M.E.B.L., Dias, D., Silveira, M.F., Paula, A.M.B., & Haikal, D.S.A. (2016). Factors in adult health-related quality of life: a population-based study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 463-474.
- Novais, N.N., Silva, L.W.S., Gonçalves, L.H.T., & Souza, T.O. (2011). Fatores relacionais intrafamiliares na qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos mais idosos – um enfoque sistêmico. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(3), 23-37.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento*. Genebra: OMS
- Pais-Ribeiro, J., & Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens (general health questionnaire GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1) 37 – 45.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Pereira, V., Melo, L., Santos, N., Galdino, M., & Andrade, M. (2018). Personality traits and behavioral sleep patterns: differences between men and women. *Trends in Psychology*, 26(1), 199-213.
- Peters, B. (2019). *Sleep latency and its impact on your sleep*. Recuperado de <https://www.verywellhealth.com/sleep-latency-3014920>
- Peytremann-Bridevaux, I., Burnand, B. (2009). Disease management: a proposal for a new definition. *International Journal of Integrated Care*, 9, 27.
- Prasad, S., Sung, B., Aggarwal, B. (2012). Age-associated chronic diseases require age-old medicine: role of chronic inflammation. *Prev, Med*, 54, 29-37.
- Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo. (2018). *Programa Nacional para a prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). *Programa nacional para a saúde mental*.

Lisboa: Direção-geral da Saúde.

Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004). *Programa nacional para a saúde*

das pessoas idosas. Lisboa: Direção-geral da Saúde.

Ribeiro, O., & Paúl, M.C. (2012). *Manual de gerontologia: aspectos biocomportamentais,*

psicológicos e sociais do envelhecimento. Lisboa: Lidel.

Ribeiro, O., Paúl, C. (Coord.) (2011). *Manual do envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel.

Santos, J., Paiva, I., Carvalheiro, M. (2008). Apneia do sono, insulino-resistência e diabetes

mellitus tipo 2. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 3(4), 203-208.

Saúde e Bem Estar. (2018). *Stress*. Recuperado de [https://www.saudebemestar.pt/pt/blog-](https://www.saudebemestar.pt/pt/blog-saude/stress/)

[saude/stress/](https://www.saudebemestar.pt/pt/blog-saude/stress/)

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., Varni, J.W. (2003). Health-related quality of life of

severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289(14), 1813-1819.

doi:10.1001/jama.289.14.1813

Scoralick-Lempke, N.N. & Barbosa, A.J.G. (2012). Educação e envelhecimento:

contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia*, 29, 647-655.

Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Retratos da saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde

Shan, Z., Ma, H., Xie, M., Yan, P., Guo, Y., Bao, W. & Rong, Y. (2015). Sleep duration and

risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care*, 38(3),

529-537. doi: <https://doi.org/10.2337/dc14-2073>

Singh, D. (2008). *How can chronic disease management programmes operate across care*

settings and providers. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/75474/E93416.pdf

- Sovic, N., Pajak, A., Jankowski, P., Duenas, A., Kawecka-Jaszcz, K., Wolfshaut-Wolak, R., ... Kawalec, P. (2013). Cost-effectiveness of a cardiovascular disease primary prevention programme in a primary health care setting. Results of the Polish part of the euroaction project. *Kardiologia Polska*, 71(7), 702-711.
- Stephan, Y., Sutin, A., Bayard, S., & Terracciano, A. (2017). Subjective age and sleep in middle-aged and older adults. *Psychology & Health*, 32(9), 1140-1151, doi: 10.1080/08870446.2017.1324971
- Stevens, S. (2008). *Normal sleep, sleep physiology and sleep deprivation*. Recuperado de <https://emedicine.medscape.com/article/1188226-overview>
- Stunkard, A.J., Faith, M.S., Allison, K.C. (2003). Depression and obesity. *Biol Psychiatry*, 54(3), 330-337.
- Suhrcke, M., Nugent, R.A., Stuckler, D., & Rocco, L. (2006). *Chronic disease: an economic perspective*. London: Oxford Health Alliance. Recuperado de <https://www.who.int/management/programme/ncd/Chronic-disease-an-economic-perspective.pdf>
- Tang, J., Liao, Y., Kelly, B., Xie, L., Xiang, Y. T., Qi, C., ... Chen, X. (2017). Gender and regional differences in sleep quality and insomnia: a general population-based study in Hunan province of china. *Scientific Reports*, 7, 43690. doi: <https://doi.org/10.1038/srep43690>
- Tsai, L.L., & Li, S.P. (2003). Sleep patterns in college students gender and grade differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 231-237.
- Tsiros, M.D., Olds, T., Buckley, J.D., Grimshaw, P., Brennan, L., Walkley, J., ... Coates, A.M. (2009). Health-related quality of life in obese children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 33, 387-400. doi <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.42>

The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status.

International Journal of Mental Health, 23(3), 24-56.

Tuck. (2018). *Stages of sleep and sleep cycles*. Recuperado de <https://www.tuck.com/stages/4>

Tudge, J. (2008). A teoria de Urie Bronfenbrenner: uma teoria contextualista? In L. Moreira,

A.M.A. Carvalho, *Família e educação: olhares da psicologia* (209-223). São Paulo:

Paulinas.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015).

World Population Ageing 2015. New York: United Nations. Recuperado de

<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA20>

15_Report.pdf

Watson, S., Cherney, K. (2019). *The effects of sleep deprivation on your body*. Recuperado

de <https://www.healthline.com/health/sleep-deprivation/effects-on-body#1>

Wijnen, L.G.C., Boluijt, P.R., Mulder, H.B.H., Bemelmans, W.J.E., & Wendel-vos, W.

(2010). Weight status, psychological health, suicidal thoughts, and suicide attempts in

dutch adolescents: results from the 2003 E-MOVO Project. *Obesity*, 18(5), 1059-

1061. doi: <https://doi.org/10.1038/oby.2009.334>

World Health Organization. (1997). *WHOQOL measuring of quality of life. Programme on*

mental health. Geneva: WHO. Recuperado de

https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for

older persons. *WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical*

Report, 5, 2004.

World Health Organization. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selectes major risks*. Genebra: WHO.

World Health Organization. (2018). *Why does childhood overweight and obesity matter?*

Recuperado de https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_consequences/en/

Zhang, L., Samet, J., Caffo, B., & Punjabi, M. (2006). Cigarette smoking and nocturnal sleep architecture. *American Journal of Epidemiology*, 164(6), 529-537. doi:

<https://doi.org/10.1093/aje/kwj231>

Zhou, X., Ji, L., Ran, X., Su, B., Ji, Q., Pan, C., Weng, J., ... Hu, D. (2016). Prevalence of obesity and its influence on achievement of cardiometabolic therapeutic goals in chinese type 2 diabetes patients: an analysis of the nationwide, crossectional 3B study. *PlosOne*. doi:10.1371/journal.pone.0144179

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Questionário aplicado

Anexo B - Exemplo de consentimento informado para aplicação do questionário

ANEXO A

Questionário aplicado

A - Dados sociodemográficos:

Idade	_____	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>
			União de Facto	<input type="text"/>
			Casado(a)	<input type="text"/>
Género	Feminino	<input type="text"/>	Separado(a)	<input type="text"/>
	Masculino	<input type="text"/>	Divorciado(a)	<input type="text"/>
			Viúvo(a)	<input type="text"/>

Tem filhos?
 Sim Não Quantos?

Nível de escolaridade

Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>			
Não completou o Ensino Básico	<input type="text"/>			
Ensino Básico	1º Ciclo	<input type="text"/>	2º Ciclo	<input type="text"/>
Ensino Secundário	10º Ano	<input type="text"/>	11º Ano	<input type="text"/>
Licenciatura		<input type="text"/>		
Mestrado		<input type="text"/>		
Doutoramento		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		

Situação profissional

Atividade profissional ativa	<input type="text"/>
Reformado(a)	<input type="text"/>
Reformado(a) com Atividade profissional ativa	<input type="text"/>

Qual é ou foi a sua profissão principal?

Se é reformado(a), com que idade se reformou? _____

Onde reside atualmente?

Casa própria	<input type="text"/>	Casa dos filhos	<input type="text"/>
Casa alugada	<input type="text"/>	Instituição	<input type="text"/>
Outra	<input type="text"/>	Qual?	_____



D - Escala de Qualidade de Vida

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da sua vida. Por favor responda a todas as perguntas. Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**. Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e assinale com uma cruz, aquela que lhe parece ser a melhor resposta.

Itens	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
D1. Como avalia a sua qualidade de vida?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
D2. Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?					

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
D3. Em que medida as dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?					
D4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?					
D5. Até que ponto gosta da vida?					
D6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?					
D7. Até que ponto se consegue concentrar?					
D8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?					
D9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico? (clima, barulho, poluição, atrações)					
D10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?					
D11. É capaz de aceitar a sua aparência física?					
D12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?					
D13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?					
D14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?					
	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
D15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade de se movimentar e deslocar por si próprio(a)]					



	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
D16. Até que ponto está satisfeito com o seu sono?					
D17. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do dia-a-dia?					
D18. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?					
D19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?					
D20. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais? (amigos, parentes, conhecidos, colegas)					
D21. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?					
D22. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?					
D23. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?					
D24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?					
D25. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?					

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas **duas últimas semanas**.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
D26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?					

E - Escala de Ansiedade e Depressão

As questões que se seguem são relativas à sua saúde psicológica. Assinale com X na resposta correspondente.

	Melhor que o habitual	Como habitual	Pior do que o habitual	Muito pior do que o habitual
E1. Tem-se sentido perfeitamente bem de saúde?				
	Não, em absoluto	Não mais do que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais do que o habitual
E2. Têm sentido a necessidade de um tónico?				
E3. Tem-se sentido em baixo de forma e maldisposto?				



	Não, em absoluto	Não mais do que o habitual	Mais do que o habitual	Muito mais do que o habitual
E4. Tem-se sentido doente?				
E5. Tem tido dores de cabeça?				
E6. Tem tido uma sensação de aperto ou pressão na cabeça?				
E7. Tem tido ataques de frio ou calor?				
E8. Tem perdido o sono devido a preocupações?				
E9. Depois de adormecer acorda várias vezes?				
E10. Tem-se sentido constantemente sobre tensão?				
E11. Tem-se sentido irritável de mau humor?				
E12. Tem-se sentido assustado ou têm entrado em pânico sem razão?				
E13. Tem tido a sensação de que está tudo a cair em cima de si?				
E14. Tem-se sentido permanentemente nervoso e tenso?				
E15. Tem conseguido manter-se ativo e ocupado?				
E16. Tem levado mais tempo a fazer as tarefas normais?				
E17. Acha que, de um modo geral, tem trabalhado bem?				
E18. Sente-se satisfeito com a maneira como tem cumprido as suas tarefas?				
E19. Tem-se sentido útil no que faz?				
E20. Tem-se sentido capaz de tomar decisões?				
E21. Tem tido prazer nas suas atividades normais do dia-a-dia?				
E22. Tem-se considerado uma pessoa sem valor nenhum?				
E23. Tem sentido que já não há nada a esperar da vida?				
E24. Tem sentido que a vida já não vale a pena?				
E25. Já pensou na hipótese de um dia vir a acabar consigo?				
E26. Acha que as vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?				
E27. Tem dado consigo a pensar estar morto e longe de tudo?				
E28. Acha que a ideia de acabar com a sua vida está sempre a vir-lhe à cabeça?				



F - Questionário de qualidade de vida (The Simple Lifestyle Indicator Questionnaire - SLIQ)

1 - Dieta: De forma a responder a estas questões, tenha em mente os seus hábitos alimentares durante o último ano. Indique a frequência com que ingeriu os alimentos listados em seguida. Por favor inclua todas as refeições, petiscos e comida consumida fora de casa.

	Menos de 1 vez por semana	1 vez por semana	2 a 3 vezes por semana	4 a 6 vezes por semana	1 vez por dia	2 ou mais vezes ao dia
1.1 - Alface ou verduras, com ou sem outros vegetais						
1.2 - Frutas, incluindo as frescas, enlatadas ou congeladas, mas não incluindo sumos						
1.3 - Cereais com alto teor de fibra, tais como All-Bran ou frutas e fibras, papa de aveia ou pão integral, como por exemplo, trigo, centeio ou pão alemão.						

2 - Exercício físico: De forma a responder às questões seguintes, por favor indique o número de vezes por semana em que participa nas atividades listadas abaixo, durante pelo menos 30 minutos seguidos.

	Nenhuma vez por semana	1 a 3 vezes por semana	4 a 7 vezes por semana	8 ou mais vezes por semana
2.1. Exercício físico leve, como os seguintes: - Tarefas leves de jardinagem ou de trabalho doméstico (como limpar o pó, varrer ou aspirar) - Caminhada (como um passeio com o cão) - Jogar bowling, pescar, atividades de carpintaria ou tocar um instrumento musical - Trabalho voluntário				
2.2. Exercício físico moderado, como os seguintes: - Caminhada rápida - Ciclismo, patinagem e natação - Jardinagem (apanhar folhas do chão com recurso a um ancinho, limpar, escavar) - Dança, Tai Chi ou aulas de grupo de intensidade moderada				
2.3. Exercício físico intenso, como os seguintes: - Corrida, ciclismo, esqui de fundo (cross-country), natação, aeróbica - Tarefas pesadas de jardinagem - Treino com pesos - Futebol, basquetebol ou outros				



5. Durante o último mês quantas vezes teve dificuldade em dormir, porque...

	Não durante o último mês (0)	Menos que uma vez por semana (1)	Uma a duas vezes por semana (2)	Três ou mais vezes por semana (3)
a. não conseguiu dormir em 30 minutos.				
b. acordou a meio da noite ou de manhã muito cedo.				
c. teve de se levantar para ir à casa de banho.				
d. não conseguiu respirar confortavelmente.				
e. tossiu ou ressonou alto.				
f. teve muito frio.				
g. teve muito calor.				
h. teve pesadelos.				
i. teve dores.				
j. outra/s razão/ões, por favor descreva, incluindo o nº de vezes que teve dificuldade em dormir por essas razões.				
6. Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos (prescritos ou não por médico) para o ajudar a dormir?				
7. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em manter-se acordado enquanto conduzia, durante as refeições ou em atividades sociais?				
8. Durante o último mês, quantas vezes teve dificuldade em manter o entusiasmo na realização das suas tarefas?				

9. Como avaliaria a qualidade do seu sono no geral?

Muito bom	Razoavelmente bom	Razoavelmente mau	Muito mau

Muito obrigada pela sua colaboração, pode entrar em contacto connosco através do gapmarcacao@lis.ulsiada.pt

ANEXO B

Exemplo de consentimento informado para aplicação do questionário



PEDIMOS A SUA COLABORAÇÃO NESTA INVESTIGAÇÃO QUE ESTÁ A SER REALIZADA

O Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) da Universidade Lusíada de Lisboa está a realizar um estudo de Avaliação Neuropsicológica e Qualidade de Vida na Adulterez.

Pretendemos aplicar uma Bateria de Avaliação Neuropsicológica em participantes com idades a partir dos 24 anos, tendo uma duração de aproximadamente 60 minutos. Não serão recolhidos dados identificáveis dos participantes, sendo a confidencialidade garantida. Os dados recolhidos serão utilizados no âmbito do estudo.

A sua colaboração é fundamental, podendo aceitar ou desistir a qualquer momento da sua participação, sem qualquer prejuízo para o mesmo.

Data

____ / ____ / ____

Autorizo

Não autorizo

Qualquer questão adicional contactar o responsável da investigação:

Prof.^a Doutora Tânia Gaspar
tania.gaspar@edu.ulusiada.pt

