



IMPACTO DO ESTADO DE SAÚDE NA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM QUEIXAS RELACIONADAS AO SONO: UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EUROQOL 5 DIMENSÕES

Camila Corrêa da Silva^a, Daniely Pelozato Pereira^a, Giovana Ramos^a, Lidiane Barazzetti^{a*}

a) Curso de Fisioterapia, Centro Universitário da Serra Gaúcha, Caxias do Sul, RS.

Informações de Submissão

*Orientador (Lidiane Barazzetti):
Endereço: Rua Os Dezoito do Forte, 2366.
Caxias do Sul – RS.
CEP: 95020-472.
E-mail: giovana_ramos23@hotmail.com

Palavras-chave:

Qualidade de vida. Sono. Qualidade do sono.

Resumo

A presença de distúrbios do sono é um importante fator de risco para o desenvolvimento de diversas patologias e diminuição da qualidade de vida. Sendo assim, este estudo teve como objetivo analisar os impactos de distúrbios do sono na qualidade de vida em indivíduos com estes sintomas. Esta pesquisa é um estudo epidemiológico descritivo e transversal, que recrutou n = 57 sujeitos por conveniência em um Centro de Referência do sono. Foram aplicados três questionários auto-relatados sobre a qualidade do sono ESE, STOP-BANG, e PSQI; um formulário genérico de qualidade de vida EQ-5D, e verificadas as medidas perimétricas e de IMC. Os resultados revelaram que 85% da amostra possui risco elevado para desenvolvimento de apnéia do sono e 70% tem uma baixa qualidade de sono. As mulheres tem o menor escore de qualidade de vida quando comparadas aos homens, enquanto faixas etárias mais baixas tem uma tendência de melhor qualidade de vida em relação às mais altas. Tornam-se necessárias mais pesquisas relacionadas ao sono com populações maiores, o que limitou o presente estudo, como também a aplicação do EQ 5D para a realização de uma análise mais individualizada sobre a qualidade de vida dos indivíduos fornecendo assim, dados mais objetivos sobre o tema.

1 INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

Para manter uma saúde adequada, muitos fatores são necessários, um deles é o sono. Diversos especialistas afirmam que o sono de qualidade auxilia para o equilíbrio físico, mental e emocional do indivíduo, ele fortalece o sistema imunológico e previne doenças, o que favorece o bom funcionamento cerebral (FIOCRUZ, 2020).

O sono nada mais é do que um estado comportamental relevante e habitual com redução fisiológica do nível da consciência, por meio do qual o indivíduo pode despertar devido diversos estímulos, sendo um dos mais importantes o sensorial (SANTOS, 2014). Para considerar um sono como ideal, é indispensável ter qualidade e quantidade adequadas, sendo estes, indicadores de vitalidade, saúde mental, bem-estar fisiológico e emocional, favorecendo uma qualidade de vida ideal (OHAYON, 2017). Pode-se dizer que o sono é um estado fisiológico, composto de duas variáveis que são descritas como sono REM e como sono não REM (NREM), ambas se intercalam durante uma noite de sono e o normal é que ocorram 4 a 6 ciclos de sono REM e sono NREM durante uma noite (LUYSTER, 2014).

Cada indivíduo apresenta um relógio biológico natural, comandado pelo núcleo supraquiasmático do hipotálamo, que é capaz de gerar um ritmo endógeno próprio suscetível de sincronização a partir de sinais internos ou da luz solar (VAN GELDER, 2004). Tal ritmo, define-se como circadiano e caracteriza-se por mudanças físicas, mentais e comportamentais que ocorrem nos indivíduos num período de 24 horas, e correspondem principalmente aos ciclos do claro e escuro, sendo assim, o ser humano é considerado como diurno, pois foi adaptado para exercer suas atividades na fase clara do ciclo e repousar na fase escura (ARENDDT, 2006). A repetição regular dos episódios de sono noturno é definida como o ciclo de sono-vigília, o qual sofre oscilações durante um dia e seu desempenho é afetado por fenômenos cíclicos podendo levar a agravos para a saúde do indivíduo, gerando uma queda no desempenho associada ao ritmo circadiano (AKERSTEDT, 2007; ROSEKIND, 2005; FOLKARD, 2006).

Além da importância do ciclo circadiano para uma saúde do sono ideal, as fases do sono também são essenciais para se manter uma boa saúde física e mental, uma vez que os distúrbios do sono refletem sobre a qualidade de vida dos indivíduos (BERTOLAZI, 2008). A privação do sono e a sonolência excessiva são considerados fatores de risco para a população, sendo um importante destaque na saúde pública, relacionando-se a redução da produtividade, aumentando a incidência de acidentes e desta forma também diminuindo a qualidade de vida (MELLO, 2008).

Diversas evidências científicas demonstram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou de determinadas populações, como também da contribuição de diferentes elementos da vida social para a manutenção de uma qualidade de vida adequada, para que assim se obtenha um patamar de saúde elevado (BUSS, 2000). As condições de saúde das pessoas impactam na qualidade de vida pela relação existente com a ausência e/ou a presença de enfermidades e/ou sintomas, com o modo de viver individual, com as condições e o estilo que os indivíduos assumem o que faz com que

eles enfrentem consequências que levam ao comprometimento da saúde física e mental (MINAYO, 2000). A qualidade de vida passou a ser um sinal da eficiência e da eficácia de diferentes tratamentos, da semelhança entre processos utilizados para o controle de enfermidades e da expectativa física e psicossocial dessas enfermidades e da compreensão dos esforços de integração e da troca multiprofissional relacionadas ao assunto (SEIDL, 2004).

A Organização Mundial da Saúde define a qualidade de vida como sendo a percepção que o indivíduo possui em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, levando em consideração os seus objetivos, as expectativas, os padrões e as preocupações (OMS, 1998). Diversas são as definições acerca da qualidade de vida, uma delas afirma que a mesma é uma construção de múltiplas dimensões apontadas como indicadores de saúde populacional e sua avaliação é realizada e empregada para incentivar ações de promoção a saúde (CAMPOS, 2008). Grande parte dos instrumentos para avaliação da qualidade de vida são questionários práticos por serem autoaplicáveis e com respostas objetivas, sendo que, comumente, as medidas de qualidade de vida são feitas através de questionários validados, os quais envolvem sua replicação em outras populações que não a população original para o qual foram desenvolvidos (AGUIAR, 2008; CAMPOLINA, 2006).

Os questionários genéricos são divididos em descritivos (psicométricos) e medidas de utilidade (índices de preferência por estados de saúde). Os descritivos geram perfis de saúde e o resultado é apresentado através de vários escores, como, por exemplo o questionário Short- Form Health Survey (SF-36). Já as medidas de utilidade, refletem a preferência dos pacientes por um determinado estado de saúde arrolando em escalas quantitativas diversos cenários possíveis, que vão de a saúde perfeita até a morte. O escore gerado retrata a QV e o valor que ela tem para o paciente. Além disso, estes escores podem ser utilizados para análises de custo- efetividade, quando associados à valores que expressam tecnologias em saúde ou taxas de sobrevida de patologias específicas, fundamentais para o planejamento de serviços de saúde. Ainda, diferente dos questionários genéricos psicométricos, que produzem escores em diferentes domínios, para ser utilizado em análises econômicas, o instrumento de medida de utilidade deve gerar um escore final com um único número (CRUZ, 2010). Um exemplo deste tipo de instrumento é o EuroQol 5 dimensões (EQ-5D) (BROOKS, 2003).

Frente aos desafios do mundo atual, diversos são os esforços que os indivíduos tendem a realizar para compensar as mudanças do cotidiano, que envolvem a adaptação do organismo a situações adversas, como no curso da vida ou problemas que exigem novas formas de comportamento

(GIMENES, 2001). Uma destas adaptações diz respeito ao sono. Assim, as condições de saúde de uma população são de extrema importância para que os indivíduos tenham uma boa qualidade de vida, sendo que a manutenção adequada do sono e de suas características são fundamentais para que isso ocorra. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo principal verificar o impacto do estado de saúde na qualidade de vida de indivíduos com queixas relacionadas ao sono pertencentes a uma clínica do sono do sul do Brasil, através da utilização do instrumento EuroQol 5 dimensões.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e transversal. Este trabalho faz parte de um estudo primário denominado “Distúrbios do sono: perfil clínico e epidemiológico de pacientes de uma clínica do sono do sul do Brasil”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer número 3492265. A população do estudo primário foi constituída por indivíduos de ambos os sexos que frequentaram a Sonoclin Clínica de Estudos do Sono LTDA, da cidade de Caxias do Sul/RS, que realizam exames diagnósticos e avaliações terapêuticas quanto a queixas relativas ao sono. A amostra foi recrutada por conveniência, onde todos os indivíduos que frequentaram a clínica num determinado mês, que preencheram os critérios de inclusão e que aceitaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fizeram parte da pesquisa. Para a seleção desta amostra, foram utilizados os seguintes critérios: adultos e idosos de ambos os sexos, pacientes da Sonoclin Clínica de Estudos do Sono LTDA da cidade de Caxias do Sul, estar presente no momento da aplicação da pesquisa, aceitar fazer parte do estudo, através da assinatura do TCLE. Como critérios de exclusão foram utilizados: pacientes menores de 18 anos, gestantes, pacientes portadores de patologias neurológicas como Parkinson, Alzheimer, acidente vascular encefálico, distrofias ou escleroses, além de pacientes que não apresentassem condições cognitivas para responder ao questionário ou alterações visuais e/ou auditivas.

A coleta dos dados do estudo primário foi realizada de setembro à novembro de 2019, durante o momento em que os pacientes aguardavam para realizar o exame de polissonografia, no período noturno, através de entrevista para preenchimento de questionários semiestruturados. Foram utilizados alguns instrumentos para atender os objetivos da presente pesquisa, o primeiro, foi um questionário epidemiológico, para identificação e caracterização do paciente, composto de dados demográficos, socioeconômicos, comportamentais e clínicos. Também foram verificadas as medidas de circunferência da cintura e quadril, com utilização de fita métrica universal.

Alguns instrumentos validados foram aplicados no estudo primário para verificação das alterações do sono, como: a Escala de Sonolência de Epworth (ESE), utilizada para verificar o grau de sonolência de um indivíduo, pode ser autoaplicável, o questionário varia de 0 a 24 pontos, sendo que uma pontuação acima de 10 propõe sonolência diurna excessiva. Foi criada em 1991 por um médico australiano, Dr. John w. Murray (1993), e sua validação para a versão brasileira ocorreu em 2009 no Laboratório do Sono no Hospital de Clínicas, na cidade de Porto Alegre-RS, por Alessandra Naimaier Bertolazi e colaboradores (2010), STOP-BANG Questionnaire, que avalia a apneia do sono e é um instrumento fácil com 8 perguntas, também pode ser autoaplicável. Este questionário foi criado e elaborado pela Dra. Frances Chung (2008) e sua validação para a versão brasileira foi em 2017, no Hospital Alberto Rossi na cidade de Goiânia- GO e na universidade Federal do Rio de Janeiro- RJ, por Ricardo Luiz de Menezes Duarte e colaboradores; e, para avaliar qualidade do sono, foi utilizado o questionário validado chamado de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), avalia a qualidade subjetiva do sono. É composto por 19 itens sendo subdividido em 7 componentes, pontuados em uma escala de 0 a 3, onde pontuações de 0 a 4 indicam boa qualidade do sono, de 5 a 10 indicam qualidade ruim e acima de 10 indicam distúrbio do sono (FONSECA, 2010). Foi criado em 1989 por Buysse (BUYSSSE, 1989), sua validação para a versão brasileira, ocorreu no ano de ano de 2011 no Laboratório do Sono no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na cidade de Porto Alegre-RS, por Alessandra Naimaier Bertolazi e colaboradores (BERTOLAZI, 2008).

Para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, foi utilizado o instrumento de medida de utilidade EQ-5D. Este questionário gera um valor que estabelece uma relação associada ao estado de saúde de um indivíduo, através da percepção que o próprio indivíduo tem de sua saúde. O EQ-5D foi criado por um consórcio de investigadores europeus, este grupo denomina-se EuroQol (EUROQOL, 2010), a tradução e a adaptação cultural do questionário foram realizadas seguindo uma metodologia estabelecida pelo grupo de tradução particular do Euroqol no ano de 2005.

O EQ-5D pressupõe duas formas de associar valor a um estado de saúde de uma pessoa, ou seja, descrever a sua qualidade de vida. A primeira, a completar a descrição do estado de saúde, oferece ao respondente a possibilidade de localizar o seu próprio estado de saúde numa escala visual analógica que varia de 0 (zero) a 10 (dez pontos), onde 0 é o pior estado de saúde imaginável e 10 o melhor estado de saúde imaginável. A segunda forma é classificativa e descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma dessas classificações tem três níveis de gravidade associados, que correspondem a: sem

problemas (nível 1); alguns problemas (nível 2); e problemas extremos (nível 3) vividos ou sentidos pelo indivíduo (EUROQOL, 2010).

Desta forma, cada indivíduo receberá uma classificação composta por 5 números, cada um representando cada uma das cinco dimensões. Para cada um destes códigos é gerado um valor que representa o estado de saúde do indivíduo, sendo que estes valores são variáveis de acordo com as preferências de saúde de cada país. Estes valores situam-se numa escala de 1 (saúde perfeita) a 0 (morte), admitindo, contudo, valores negativos correspondentes a estados de saúde considerados como piores do que morte. No Brasil, entre 2011 e 2014, realizou-se um estudo para a criação do sistema de valores de utilidade para cada estado de saúde do EQ- 5D para a população brasileira. Em 2011, foram coletados os dados em Belo Horizonte e região metropolitana, e em 2012 foi realizada a pesquisa no Rio de Janeiro, Porto Alegre e Recife (VIEGAS, 2013). Os valores que correspondem ao estado de saúde de cada indivíduo da amostra foram coletados da tabela com valores que representam a preferência dos estados de saúde da população brasileira, produzidos pelo estudo de Viegas Andrade, Noronha e Kind (2013) (BRASIL, 2020).

A variável Índice de Massa Corporal foi criada de acordo com os seguintes critérios: eutrófico ($IMC < 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ e } < 30 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$), de acordo com o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998).

Cada uma das cinco dimensões da qualidade de vida foi categorizada em “sem alterações” e “com alterações”, onde foram considerados sem alterações aqueles indivíduos que responderam que não apresentavam problemas em relação àquele aspecto; indivíduos que disseram apresentar alguns problemas ou problemas extremos foram classificados como indivíduos com alterações.

A digitação dos dados coletados seguiu o procedimento de dupla entrada, sendo realizada no programa Excel versão 2016. Também foram realizadas comparações das digitações e de consistência entre elas. O programa utilizado para análise estatística foi o IBM SPSS versão 20.0. Foi realizada uma análise univariada para descrever as características da amostra. Para aquelas variáveis que foram coletadas de forma contínua, foi descrita a média e desvio-padrão; para as demais variáveis, foram descritas as frequências simples. Também foi realizada uma análise bivariada, onde as variáveis de exposição foram associadas com cada uma das cinco dimensões do EQ-5D (teste estatístico de variância das proporções e linearidade de Qui-quadrado de Pearson) e também com a média do escore de estado de saúde ou qualidade de vida (teste estatístico não paramétrico de Mann-Whitney, para variáveis dicotômicas e Kruskal-Wallis para politômicas, uma vez que a variável desfecho qualidade

de vida apresentou distribuição não normal – teste de Shapiro- Wilk). Foram considerados valores estatisticamente significativos os com p-valor < 0,005.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram do estudo 57 pacientes de ambos os sexos, estando os mesmos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa. O sexo masculino apresenta maior número na amostra, onde 35 pacientes são do sexo masculino o que corresponde 61,4%, enquanto 38,6% dos pacientes são do sexo feminino. Além disso, a maioria dos indivíduos era de cor de pele branca, com 82,4% da amostra. Os indivíduos de 50 a 59 anos constituem maior número na amostra, sendo 28%, enquanto os mais jovens de 18 a 29 anos são a minoria com 5,2% e os idosos acima de 70 anos com 12,2% da amostra. Quanto a escolaridade, 0,52% apresentavam um grau de escolaridade mais avançado, correspondendo a maioria na amostra; em relação a renda, 3,4% não apresentavam renda individual e 42,1% apresentavam uma renda individual mais baixa, entre 1 a 4 salários-mínimos; quanto a renda familiar, a maioria apresentava renda com uma média de 5 a 8 salários mínimos. Segundo os dados do IMC, a maioria dos indivíduos eram obesos, correspondendo a 59% da amostra (Tabela 1).

Quanto às características relacionadas ao sono, a maioria da amostra apresentava uma sonolência diurna caracterizada como normal pela escala de Epworth, o que corresponde a 71,9% da amostra; em relação ao Stop Bang, a maioria da amostra apresentava alto risco para apnéia do sono (85%). Na avaliação da qualidade do sono pelo índice de Pittsburg, não houve porcentagem representando uma boa qualidade do sono, enquanto a maioria da amostra representa uma qualidade do sono ruim, cerca de 70% da amostra (Tabela 1).

Quanto à qualidade de vida, a média da escala visual analógica, ou seja, como o indivíduo acha que está sua qualidade de vida quando solicitado a responder nesta escala, foi de 7,58 pontos (DP 1,28). Já em relação ao índice de qualidade de vida gerado através das cinco dimensões, a média foi de 0,597 (DP 0,274).

Na tabela 1 também são apresentadas as associações entre as características da amostra e o desfecho qualidade de vida. Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e qualidade de vida, onde mulheres apresentaram uma qualidade de vida pior quando comparadas com os homens. Em relação a idade, indivíduos de 18 a 29 anos apresentam uma qualidade de vida elevada em relação aos de maior idade, com 70 anos ou mais. Pode-se afirmar que com o passar da idade, a qualidade de vida em pessoas que tem sintomas relacionados ao sono diminui, existindo uma

relação estatisticamente significativa entre o avançar da idade e a qualidade de vida, onde indivíduos que tem uma idade mais avançada apresentam uma qualidade de vida pior em comparação aos indivíduos de menor idade, ou seja, quanto mais a idade avança pior fica a qualidade de vida.

Na tabela 2, pode-se observar a associação entre as características da amostra e as cinco dimensões da qualidade de vida do instrumento EQ-5D. Em relação ao desfecho mobilidade, encontrou-se uma associação significativa da mesma com a idade, onde 85,7% dos indivíduos com 70 anos ou mais apresentavam alterações de mobilidade. Em relação ao desfecho cuidados pessoais, indivíduos com 70 anos ou mais, que não fazem uso de bebida alcoólica e com sobrepeso apresentaram alterações quanto aos cuidados pessoais. Quanto à dimensão atividades habituais, ser do sexo feminino, ter renda mais baixa (1 a 4 salários-mínimos) e ser ex-fumante apresentaram alterações quanto a este aspecto; já indivíduos com idade mais elevada e principalmente mulheres apresentaram alterações quanto a dor e mal-estar.

Tabela 1 - Associação entre características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, estado nutricional e relativas ao sono com o índice de qualidade de vida (EQ-5D) de indivíduos pertencentes a uma clínica do sono da cidade de Caxias do Sul, RS (N=57).

Características da amostra	N (%)	Índice de Qualidade de Vida		
		Média	DP	p-valor
Sexo*				0,008
M	35 (61,4)	0,666	0,238	
F	22 (38,6)	0,488	0,298	
Cor da Pele**				0,970
Branca	47 (82,4)	0,588	0,286	
Parda	9 (15,7)	0,631	0,235	
Negra	1 (1,7)	0,725	0,0	
Idade**				0,007
18 – 29	3 (5,2)	0,848	0,0	
30 – 39	10 (17,5)	0,644	0,285	
40 – 49	11 (19,2)	0,687	0,218	
50 – 59	16 (28,0)	0,610	0,267	
60 – 69	10 (17,5)	0,571	0,239	
70 ou +	7 (12,2)	0,292	0,280	
Estado Civil**				0,381
Solteiro	11 (19,2)	0,625	0,330	
Casado/União	42 (73,6)	0,594	0,268	
Separado	1 (1,7)	0,725	0,0	
Viúvo	3 (5,2)	0,499	0,240	
Escolaridade**				0,261
1 – 4	3 (5,2)	0,749	0,080	
5 – 8	17 (29,8)	0,536	0,268	
9 – 11	7 (12,2)	0,640	0,262	
12 ou +	30 (52,6)	0,607	0,293	
Renda Individual**				0,335
0	2 (3,4)	0,725	0,0	
1 – 4	24 (42,1)	0,575	0,315	
5 – 8	21 (36,8)	0,661	0,239	
9 ou +	10 (17,5)	0,493	0,248	
Renda Familiar**				0,453
0	-	-	-	
1 – 4	9 (15,7)	0,506	0,365	
5 – 8	26 (45,6)	0,645	0,260	
9 ou +	22 (38,5)	0,578	0,251	
Atividade Física**				0,224
0	26 (45,6)	0,570	0,305	
1 x	2 (3,4)	0,796	0,0	
2 x	7 (12,2)	0,456	0,292	
3 x ou +	22 (38,5)	0,657	0,224	
Fumo**				0,118
Não	46 (80,7)	0,611	0,258	
Sim	6 (10,5)	0,668	0,330	
Ex fumante	5 (8,77)	0,386	0,322	
IMC				0,464

IX Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG & VII Salão de Extensão

Normal	5 (8,7)	0,480	0,359	
Sobrepeso	18 (31,5)	0,544	0,303	
Obesidade	34 (59,6)	0,643	0,243	
Epworth*				0,901
Sonolência diurna normal	41 (71,9)	0,592	0,291	
Sonolência diurna excessiva	16 (28,1)	0,611	0,234	
Stop Bang*				0,791
Baixo Risco	8 (14,0)	0,580	0,309	
Alto Risco	49 (86,0)	0,600	0,272	
Pittsburg**				0,972
Boa qualidade	-	-	-	
Qualidade sono ruim	40 (70,0)	0,595	0,282	
Presença de distúrbio do sono	17 (30,0)	0,603	0,264	

*Teste não paramétrico de Mann-Whitney

**Teste não paramétrico de Kruskal-Willis

Tabela 2 - Associação entre características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, estado nutricional e relativas ao sono com as cinco diferentes dimensões da qualidade de vida (EQ-5D) de indivíduos pertencentes a uma clínica do sono da cidade de Caxias do Sul, RS (N=57).

	Mobilidade			Cuidados Pessoais			Atividades Habituais		
	Sem alt.	Com alt.	p-valor	Sem alt.	Com alt.	p-valor	Sem alt.	Com alt.	p-valor
Sexo		N (%)	0,124		N (%)	0,046		N (%)	0,025
M	26(74,3%)	9(25,7%)		34(97,1%)	1(2,9%)		32(91,4%)	3(8,6%)	
F	12(54,5%)	10(45,5%)		18(81,1%)	4(18,2%)		15(68,2%)	7(31,8%)	
Cor da Pele*			0,557			0,558			0,836
Branca	30(63,8%)	17(36,2%)		42(89,4%)	5(10,6%)		39(83,0%)	8(17,0%)	
Parda	7(77,8%)	2(22,2%)		9(100,0%)	0(0,0%)		7(77,8%)	2(22,2%)	
Negra	1(100,0%)	0(0,0%)		1(100,0%)	0(0,0%)		1(100,0%)	0(0,0%)	
Idade**			0,044			0,018			0,388
18 a 29	3(100,0%)	0(0,0%)		3(100,0%)	0(0,0%)		3(100,0%)	0(0,0%)	
30 a 39	7(70,0%)	3(30,0%)		10(100,0%)	0(0,0%)		8(80,0%)	2(20,0%)	
40 a 49	9(81,8%)	2(18,2%)		11(100,0%)	0(0,0%)		9(81,8%)	2(18,2%)	
50 a 59	11(68,8%)	5(31,2%)		14(87,05%)	2(12,5%)		15(93,8%)	1(6,2%)	
60 a 69	7(70,0%)	3(30,0%)		10(100,0%)	0(0,0%)		8(80,0%)	2(20,0%)	
70 ou mais	1(14,3%)	6(85,7%)		4(57,1%)	3(42,9%)		4(57,1%)	3(42,9%)	
Estado Civil			0,054			0,937			0,860
Solteiro	9(81,8%)	2(18,2%)		10(90,9%)	1(9,1%)		9(81,8%)	2(18,2%)	
Casado/União	28(66,7%)	14(33,3%)		38(90,5%)	4(9,5%)		35(83,3%)	7(16,7%)	
Separado	1(100,0%)	0(0,0%)		1(100,0%)	0(0,0%)		1(100,0%)	0(0,0%)	
Viúvo	0(0,0%)	3(100,0%)		3(100,0%)	0(0,0%)		2(66,7%)	1(33,3%)	
Escolaridade**			0,196			0,423			0,102
1 a 4 anos	2(66,7%)	1(33,3%)		3(100,0%)	0(0,0%)		3(100,0%)	0(0,0%)	
5 a 8	8(47,1%)	9(52,9%)		14(82,4%)	3(17,6%)		11(64,7%)	6(35,3%)	
9 a 11	6(85,7%)	1(14,3%)		7(100,0%)	0(0,0%)		7(100,0%)	0(0,0%)	
12 ou mais	22(73,3%)	8(26,7%)		28(93,3%)	2(6,7%)		26(86,7%)	4(13,3%)	
Renda Individual**			0,532			0,789%			0,054
0	2(100,0%)	0(0,0%)		2(100,0%)	0(0,0%)		2(100,0%)	0(0,0%)	
1 a 4	15(62,5%)	9(37,5%)		21(87,5%)	3(12,5%)		16(66,7%)	8(33,3%)	
5 a 8	13(61,9%)	8(38,1%)		20(95,2%)	1(4,8%)		19(90,5%)	2(9,5%)	
9 ou mais	8(80,0%)	2(20%)		9(90,0%)	1(10,0%)		10(100,0%)	0(0,0%)	
Renda			0,295			0,278			0,008

IX Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG & VII Salão de Extensão

Familiar**							
1 a 4	4(44,4%)	5(55,6%)	7(77,8%)	2 (22,2%)	5 (55,6%)	4(44,4%)	
5 – 8	18(69,2%)	8(30,8%)	24(92,3%)	2(7,07%)	20 (76,9%)	6(23,1%)	
9 ou +	16(72,7%)	6(27,3%)	21(95,5%)	1 (4,5%)	22(100,0%)	0 (0,0%)	
Atividade Física**			0,211		0,753		0,449
0	14(53,8%)	12(46,2%)	23(88,5%)	3(11,5%)	20 (76,9%)	6(23,1%)	
1	1(50,0%)	1(50,0%)	2(100,0%)	0(0,0%)	2 (100,0%)	0 (0,0%)	
2	5(71,4%)	2(28,6%)	6(85,7%)	1(14,3%)	5 (71,4%)	2(28,6%)	
3 ou +	18(81,8%)	4(18,2%)	1(4,5%)	1(4,5%)	20 (90,9%)	2 (9,1%)	
Fumo*			0,066		0,462		0,022
Não	33(71,7%)	13(28,3%)	43(93,5%)	3(6,5%)	39 (84,8%)	7(15,2%)	
Sim	4(66,7%)	2(33,3%)	5(83,3%)	1(16,7%)	6 (100,0%)	0 (0,0%)	
Ex fumante	1(20%)	4(80,0%)	4(80,0%)	1(20%)	2 (40,0%)	3(60,0%)	
Bebida Alcoólica*			0,311		0,030		0,180
Não	16(64,0%)	9(36,0%)	20(80,0%)	5(20,0%)	18 (72,0%)	7(28,0%)	
Sim	22(71%)	9(29,0%)	31(100,0%)	0(0,0%)	28 (90,3%)	3 (9,7%)	
IMC**			0,717		0,050		0,379
Normal	4(80%)	1(20,0%)	5(100,0%)	0(0,0%)	3 (60,0%)	2(40,0%)	
Sobrepeso	11(61,1%)	7(38,9%)	14(77,8%)	4(22,2%)	15 (83,3%)	3(16,7%)	
Obesidade	23(67,6%)	11(32,4%)	33(97,1%)	1(2,9%)	29 (85,3%)	5(14,7%)	
Epworth*			0,014		0,674		0,161
Sonolência diurna normal	25(61,0%)	16(39,0%)	37(90,2%)	4(9,8%)	32 (78,0%)	9(22,0%)	
Sonolência diurna excessiva	13(812%)	3(18,8%)	15(93,8%)	1(6,2%)	15 (93,8%)	1 (6,2%)	
Stop Bang*			0,059		0,688		0,109
Baixo risco	3(37,5%)	5(62,5%)	7(87,5%)	1(12,5%)	5 (62,5%)	3(37,5%)	
Alto risco	35(71,4%)	14(28,6%)	45(91,8%)	4(8,2%)	42 (85,7%)	7(14,3%)	
Pittsburg*			0,838		0,127		0,455
Qualidade do sono ruim	27(67,5%)	13(32,5%)	35(87,5%)	5(12,5%)	32 (82,0%)	8(20,0%)	
Presença de distúrbio do sono	11(64,7%)	6(35,3%)	17(100,0%)	0(0,0%)	15 (88,2%)	2(11,8%)	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson para variância das proporções;

**Teste de Qui-Quadrado para linearidade

Legendas: alt: Alterações; IMC: Índice de Massa Corpórea

Tabela 2 – Continuação

	Dor/ Mal-estar			Ansiedade e Depressão		
	Sem alt.	Com alt.	p - valor	Sem alt.	Com alt.	p - valor
Sexo		N (%)	0,050		N (%)	0,085
M	11(31,4%)	24 (68,6%)		12(34,%)	23 (65,7%)	
F	2 (9,1%)	20 (90,9%)		3(13,6%)	19 (86,4%)	
Cor da Pele			0,551			0,741
Branca	12 (25,5%)	35 (74,5%)		12(25,%)	35 (74,5%)	
Parda	1 (11,1%)	8 (88,9%)		3(33,3%)	6 (66,7%)	
Negra	0 (0,0%)	1 (100,0%)		0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Idade			0,018			0,704
18 a 29	3 (100,0%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	3 (100,0%)	
30 a 39	2 (20,0%)	8 (80,0%)		4(40,0%)	6 (60,0%)	
40 a 49	3 (27,3%)	8 (72,7%)		3(27,3%)	8 (72,7%)	
50 a 59	4 (25,0%)	12 (75,0%)		5(31,2%)	11 (68,8%)	
60 a 69	0 (0,0%)	10(100,0)		2(20,0%)	8 (80,0%)	
70 ou mais	1 (14,3%)	6 (85,7%)		1(14,3%)	6 (85,7%)	
Estado Civil			0,498			0,672
Solteiro	4(36,4%)	7(63,6%)		3(27,3%)	8(72,7%)	
Casado/União	9(21,4%)	33(78,6%)		12(28,6%)	30(71,4%)	
Separado	0(0,0%)	1(100,0%)		0(0,0%)	1(100,0%)	
Viúvo	0(0,0%)	3(100,0%)		0(0,0%)	3(100,0%)	
Escolaridade			0,065			0,362
1 a 4 anos	0 (0,0%)	3 (100,0%)		2(66,7%)	1 (33,3%)	
5 a 8	1 (5,9%)	17(100,0)		3(17,6%)	14 (82,4%)	
9 a 11	1 (14,3%)	7 (100,0%)		2(28,6%)	5 (71,4%)	
12 ou mais	11 (36,7%)	30(100,0)		8(26,7%)	22 (73,3%)	
Renda Individual			0,576			0,295
0	0 (0,0%)	2(100,0%)		0 (0,0%)	2 (100,0%)	
1 a 4	6 (25,0%)	24(100,0)		9(37,5%)	15 (62,5%)	
5 a 8	6 (28,6%)	21(100,0)		5(23,8%)	16 (76,2%)	
9 ou mais	1 (10,0%)	10(100,0)		1(10,0%)	9 (90,0%)	
Renda Familiar			0,622			0,537
1 a 4	1 (11,1%)	8 (88,9%)		3(33,3%)	6(66,7%)	
5 – 8	7 (26,9%)	19 (73,1%)		8(30,8%)	18(69,2%)	
9 ou +	5 (22,7%)	17 (77,3%)		4(18,2%)	18(81,8%)	
Atividade Física			0,263			0,158
0	4 (15,4%)	22 (84,6%)		8(30,8%)	18(69,2%)	
1	0 (0,0%)	2 (100,0%)		2(100%)	0(0,0%)	
2	1 (14,3%)	6 (85,7%)		2(28,6%)	5(71,4%)	
3 ou +	8 (36,4%)	14 (63,6%)		3(13,6)	19(86,4%)	
Fumo			0,807			0,880
Não	10 (21,7%)	36 (78,3%)		12(26,1%)	34(73,9%)	
Sim	2 (33,3%)	4 (66,7%)		2(33,3%)	4(66,7%)	
Ex fumante	1 (20,0%)	4 (80,0%)		1(20,0%)	4(80,0%)	
Bebida Alcoólica			0,171			0,238
Não	3 (12,0%)	22 (88,0%)		6 (24,0%)	19(76%)	
Sim	10(32,3%)	21 (67,7%)		8(25,8%)	23(74,2%)	
IMC			0,419			0,940
Normal	0 (0,0%)	5 (100,0%)		1(20,0%)	4(80,0%)	
Sobrepeso	4 (22,2%)	14 (77,8%)		5(27,8%)	13(72,2%)	
Obesidade	9 (26,5%)	25 (73,5%)		9(26,5%)	25(73,5%)	
Epworth			0,805			0,888

IX Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG & VII Salão de Extensão

Sonolência diurna normal	9 (22,0%)	32 (78,0%)	11(26,8%)	30(73,2%)	
Sonolência diurna excessiva	4 (25,0%)	12 (75,0%)	4 (25,0%)	12(75,0%)	
Stop Bang			0,873		0,927
Baixo risco	2 (25,0%)	6 (75,0%)	2(25,0%)	6(75,0%)	
Alto risco	38 (77,6%)	38 (77,6%)	13(26,5%)	36(73,5%)	
Pittsburg			0,438		0,104
Qualidade do sono ruim	8 (20,0%)	32 (80,0%)	13(32,5%)	27(67,5%)	
Presença de distúrbio do sono	5 (29,4%)	12 (70,6%)	2(11,8%)	15(88,2%)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson para variância das proporções;

** Teste de Qui-quadrado para linearidade.

Legendas: alt: Alterações; IMC: Índice de Massa Corpórea

O presente estudo analisou o impacto do estado de saúde na qualidade de vida de indivíduos com queixas relacionadas ao sono pertencentes a uma clínica do sono de Caxias do Sul. Durante a análise dos resultados pode-se observar que o sexo masculino, a cor de pele branca, a idade entre 50 a 59 anos, a escolaridade avançada, a obesidade (IMC) eram maioria na amostra. Em relação as características relacionadas ao sono, 85% da amostra apresentavam risco elevado para desenvolvimento de apnéia do sono, da mesma forma que a qualidade do sono foi caracterizada como ruim em 70% da amostra.

Quanto à QV, observou-se que os indivíduos referem ter uma qualidade de vida melhor quando questionados diretamente, comparando-se com o escore de QV gerado pelas 5 dimensões. Ainda, mulheres apresentavam uma qualidade de vida inferior aos homens e os indivíduos mais jovens apresentavam uma qualidade de vida elevada em comparação aos indivíduos de maior idade. Quanto à associação com os domínios, a idade esteve associada com mobilidade da mesma forma que o sexo, a idade avançada, o uso de bebida alcoólica e ter sobrepeso apresentaram associação com cuidados pessoais. Ser do sexo feminino, ter renda inferior e ser ex-fumante também apresentaram associação com cuidados pessoais, enquanto idade elevada e sexo feminino estiveram relacionadas à dor e mal-estar.

Pode-se observar que a maioria dos indivíduos que apresentam sintomas relacionados ao sono são do sexo masculino, o que pode ser explicado por outro estudo, do tipo descritivo, que relata que os homens apresentam mais fatores que contribuem para o surgimento de sintomas relacionados ao sono, como a obesidade, o maior consumo de bebida alcoólica e também o hábito de fumar (ROCHA, 2018). A obesidade pode causar um aumento de deposição do tecido adiposo na via aérea superior e aumentar o comprimento superior da faringe, o que traduz as chances de colapso, como também pode-se observar diferenças na anatomia e na função da via aérea superior, o que se difere

das mulheres que possuem uma via aérea mais estável, e assim as torna menos susceptíveis a doenças relacionadas ao sono. Além disso, o mesmo estudo afirma que existe uma diferença na resposta ventilatória a estímulos químicos, que faz com que os homens sejam mais propensos a apresentarem estes sintomas.

Em relação a qualidade de vida, a maioria dos indivíduos acredita ter uma qualidade de vida superior ao que realmente representava, pontuada através dos indivíduos em 7,58 pontos, enquanto a média do índice de qualidade de vida gerado através das cinco dimensões correspondia a 0,597. Em um estudo feito com 37 idosos de uma instituição de longa permanência, observou-se que 81% dos indivíduos referia qualidade do sono e de vida boa ou muito boa, porém, alguns problemas foram destacados pelo alto índice de relatos como levantar para ir ao banheiro, acordar à noite ou acordar muito cedo pela manhã, sentir muito calor ou sentir muitas dores. O que pode explicar estes resultados é que muitas vezes esses problemas não são considerados fatores que atrapalham a qualidade de vida e os indivíduos apresentam uma percepção alterada da sua própria qualidade de vida (SILVA, 2019).

Em relação ao índice de qualidade de vida que foi realizado através das cinco dimensões, obteve-se uma média foi de 0,597. Um estudo do tipo caso-controle, realizado com 38 indivíduos, 19 deles com apnéia obstrutiva do sono e outros 19 saudáveis, compondo o grupo controle, corrobora com a ideia de que indivíduos que apresentam apneia obstrutiva do sono (AOS), possuem uma redução na capacidade funcional e na qualidade de vida quando comparados a indivíduos saudáveis, a AOS é causada por um colapso das VAS durante o sono, por isso a importância de recuperar a capacidade funcional, pois assim irá melhorar significativamente a qualidade de vida destes pacientes (TASSINARI, 2016). A maioria dos indivíduos que fizeram parte da amostra do presente estudo apresentava alto risco para AOS.

No presente estudo verificou-se que as mulheres apresentavam uma qualidade de vida inferior em relação aos homens, e indivíduos com idade mais avançada também. Para corroborar com o mesmo resultado, um estudo com 819 mulheres que estavam no climatério, foi encontrado um comprometimento da qualidade do sono em 67% da amostra, especialmente na faixa etária entre 52 a 65 anos, ou seja, a idade mais avançada leva a uma qualidade de sono ruim, que por sua vez reflete-se em uma qualidade de vida inferior (LIMA, 2019).

As características como sexo feminino, ter renda inferior, idade mais avançada e ser ex-fumante apresentaram associação com algumas dimensões do EQ-5D, como cuidados pessoais, por exemplo. Corroborando com este achado, um estudo quantitativo, transversal e de caráter descritivo

contendo uma amostra de 550 idosas, afirma que a baixa renda afeta a qualidade de vida de mulheres com idade mais avançada, onde a maioria das idosas pertencentes ao estudo não recebiam auxílio financeiro e ainda sustentavam seus familiares com sua renda principal, que basicamente é constituída da aposentadoria (SANTOS, 2019). O mesmo estudo ainda ressalta que as dificuldades financeiras impedem a independência das idosas, o que pode levar a distúrbios psíquicos relacionados a desigualdade social, ao sentimento de inutilidade por parte destas mulheres, o que acarreta também em uma autoestima inferior, gerando prejuízos a saúde, uma vez que uma renda maior corresponderá a condições gerais e de saúde mais adequadas. Em relação ao fumo, um estudo com 158.736 mulheres, traz que o uso do cigarro por tempo prolongado e o consumo diário elevado favorece uma qualidade de vida inferior, ou seja, quanto menos cigarro se consome melhor a qualidade de vida e a saúde do indivíduo (SARNA, 2008).

Apesar das características relacionadas ao sono, sonolência diurna, risco de AOS e qualidade do sono não apresentarem associação significativa com o desfecho qualidade de vida, seus valores elevados podem se refletir no índice médio de qualidade de vida encontrado na amostra, com um escore de 0,597, ou seja, as condições de saúde destes pacientes, principalmente relacionadas às características do sono, podem impactar negativamente em sua qualidade de vida. Possivelmente, a não associação significativa se deu pelo fato de a amostra, para um estudo epidemiológico, ser pequena.

Este estudo apresenta algumas limitações. A principal delas, sem dúvida, refere-se a pequena amostra para um estudo epidemiológico, fato este que pode ter contribuído para a não associação significativa com a QV de diversas variáveis, como por exemplo as relacionadas ao sono. Sabe-se também que a análise estatística dos dados pode ficar comprometida em casos de amostras reduzidas. A obtenção de uma amostra maior não foi possível em virtude da pandemia de COVID 19, que inviabilizou a continuidade das coletas. Outra limitação refere-se à causalidade reversa, presente nos estudos transversais, onde, por exemplo, não é possível avaliar se sintomas relacionados ao sono impactam em uma pior QV ou se uma QV ruim leva o indivíduo a ter sintomas relacionados ao sono.

A utilização de instrumentos validados que verificam a qualidade de vida do tipo medidas de utilidade, como é o caso do EQ 5D, se mostra de suma importância para a saúde pública e coletiva, uma vez que estes instrumentos possibilitam a associação de cada uma das dimensões com características dos indivíduos e também geram um único escore final de QV para cada indivíduo, possibilitando a associação deste com as características individuais e também com outros valores relacionados aos sistemas de saúde, como taxas de sobrevida, por exemplo. Neste estudo foi

possível gerar uma escore médio de QV para toda população estudada, ou seja, este escore reflete o impacto do estado de saúde relacionado com sintomas do sono na qualidade de vida de pacientes de uma clínica do sono. Ainda, este instrumento permite a comparação de como o indivíduo percebe sua saúde (de forma objetiva, numa escala de 0 a 10) com o escore final de QV gerado pelas dimensões (que também são baseadas na opinião do indivíduo, mas de forma indireta).

O escore final de QV gerado permite a implementação de políticas de saúde direcionadas para o público com sintomas relacionados ao sono, como foco na melhora das condições de vida de forma geral destes pacientes. Sugere-se a realização de novos estudos com populações maiores com sintomas relacionados ao sono e utilização do EQ 5D, inclusive com o intuito de avaliar possíveis intervenções realizadas nesta população.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo pode-se concluir que a qualidade de vida está diretamente relacionada com o sono. Observa-se que as mulheres apresentaram uma qualidade de vida inferior aos homens e que os indivíduos mais jovens apresentam uma qualidade de vida superior aos mais idosos, o que se relaciona com as complicações advindas do passar da idade. Entende-se que os distúrbios relacionados ao sono favorecem a diminuição da qualidade de vida dos indivíduos. Tornam-se necessárias mais pesquisas relacionadas ao sono com populações maiores, o que limitou o presente estudo, como também a aplicação do EQ 5D para a realização de uma análise mais individualizada sobre a qualidade de vida dos indivíduos fornecendo assim, dados mais objetivos sobre o tema.

6 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. C. T.; VIEIRA, A. P. G. F.; CARVALHO A. F.; MONTENEGRO-JUNIOR, R. M.; Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde no diabetes melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. 2008; 52(6):931-939.
- AKERSTEDT T. Altered sleep/wake patterns and mental performance. **Physiol Behav**. 2007; 90(2-3):209-18.
- ARENDDT, J. Melatonin and human rhythms. **Chronobiol Int**. 2006; 23(1):21-37.
- BERTOLAZI, A. N.; **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de sonolência de Epworth e Índice de qualidade de sono de Pittsburgh**. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008. Dissertação Mestrado em Medicina: Ciências Médicas.
- BRASIL, Q. Disponível em: <http://qalybrasil.org/wpress/euroqol/?page_id=767>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.
- BROOKS, R.; RABIN, R.; DE CHARRO, F.; The measurement and valuation of health status using EQ- 5D: A European perspective. Dordrecht, **The Netherlands: Kluwer Academic Publishers**, 2003.
- BUSS P. M.; Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2000; 5(1):163-77.
- BUYSSE, D. J. REYNOLDS, C. F.; MONK, T. H.; BERMAN, S. R.; KUPFER, D. J.; The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res**. 1989; 28(2):193-213.
- CAMPOLINA, A. G.; CICONELLI, R. M.; Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão: **Revista Panamericana de Salud Pública**. 2006; 19:128- 136.
- CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R.; Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. **Rev Baiana Saúde Pública**. 2008; 32(2):232-240.
- CHUNG, F.; YEGNESWARAN B.; LIAO, P.; CHUNG, S. A.; VAIRAVANATHAN, S.; ISLAM, S. et al.; STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. **Anesthesiology**. 2008;108(5):812-21.
- CRUZ, L. N.; **Medidas de desfecho em saúde**. Pós-graduação- Avaliação de Tecnologia em Saúde, v. Módulo 2 - Unidade 3, 2014. 43. Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre. **Medicina**. 2010:270.
- EUROQOL. EQ-5D value sets: inventory, comparative review and user guide. EQ-5D value sets The EuroQol Group's Task Force On Value Sets, 2010.
- FIOCRUZ. Dormir bem é fundamental para a saúde, alertam especialistas. **Revista Radis**, edição n. 169, outubro de 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/dormir-bem-e-fundamental-para-saude-alertam-especialistas>. Acesso em 19 de setembro de 2020.
-

FOLKARD S.; LOMBARDI DA.; SPENCER M. B.; Estimating the circadian rhythm in the risk of occupational injuries and accidents. **Chronobiol Int.** 2006; 23 (6):1181-92.

FONSECA, D. C.; GALDINO, D. A. A.; GUIMARÃES, L. H. C. T.; ALVES, D. A. G.; Avaliação da qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. **Rev. Neurocienc.** Minas Gerais. 2010; 18(3):294-299.

GIMENES, M. G.; **A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia.** São Paulo: Livro Pleno; 2001.

LIMA, A. M.; ROCHA, J. S. B.; REIS, V. M. C. P.; SILVEIRA, M. F.; CALDEIRA, A. P.; FREITAS, R. F. et al.; Perda de qualidade do sono e fatores associados em mulheres climatéricas. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2019; 24(7):2667-2678.

LUYSTER, F. S.; STROLLO, P. J.; ZEE, P. C.; WALSH, J. K. **Sleep: A health imperative.** Sleep. 2012; 35(6):727-34.

MELLO T. M.; SANTOS, R. H. E.; PIRES, L. N. P.; Sonolência e acidentes. In: Tufik, S. et al. **Medicina e Biologia do Sono.** Barueri, Manole, p. 416-420, 2008.

MINAYO M. C. S.; HARTZ Z. M. A.; BUSS, P.M.; Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva.** 2000; 5:7-18.

MURRAY, J. W.; Daytime Sleepiness, Snoring and Obstructive Sleep Apnea: The Epworth Sleepiness **Scale.** Chest. 1993; 103:30-6.

OHAYON, M.; WICKWIRE, E. M.; HIRSHKOWITZ, M.; ALBERT S. M.; AVIDAN, A.; DALY, F. J. et al.; National sleep foundation's sleep quality recommendations: first report. **Sleep Health.** 2017;3(1): 6-19.

OMS. Promoción de la salud: glosario. **Genebra:** OMS, 1998.

ROCHA, L. X.; **Distúrbios do Sono: Uma viagem pela diferença entre gêneros.** Faculdade de Medicina Lisboa. Maio 2018. Trabalho Final Mestrado Integrado em Medicina.

ROSEKIND MR. Underestimating the societal costs of impaired alertness: safety, health and productivity risks. **Sleep Med.** 2005; 6(1):21-5.

SANTOS, L. C.; CASTRO, N. J.; RUBACK, O. R.; TRIGO, T. J. B.; ROCHA, P. M B.; Transtornos do ciclo sono- vigília/ circadiano - uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research (BJSCR).** 2014; 7(2):38-43.

SANTOS, N. R.; SOUZA, C. L.; FERREIRA, S. A.; ALVES, J. P.; REIS, V. N.; SILVA, E. S.; Fatores relacionados à qualidade de vida da mulher idosa no município de Guanambi (BA). **Estud. interdiscipl. Envelhec.** Porto Alegre. 2019; 24(2):61-79.

SARNA, L.; BIALOUS, S. A.; COOLEY, M. E; JUN, H. J.; FESKANICH, D.; Impact of smoking cessation on health-related quality of life in women in the Nurses'Health Study. **Quality of Life Research.** 2008; 17(10):1217-1227.

SEIDL E. M. F.; ZANNON C. M. L. C.; Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad de Saude Publica**. 2004; 20:580.

SILVA, J. F. C.; SILVA, L. G. C.; COSTA, C. L. D.; SILVA N. S.; CABRAL, C. L.; SILVA J. F, et al. Qualidade do sono, apneia obstrutiva e autopercepção de saúde em idosos da comunidade. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health. REAS/EJCH**. 2019; 11(18):e1624.

TASSINARI, C. C. R.; PICCIN, C. F.; BECK, M. C.; SCAPINI, F.; OLIVEIRA, L. C. A.; SIGNORI, L. U. et al.; Capacidade funcional e qualidade de vida entre sujeitos saudáveis e pacientes com apneia obstrutiva do sono. **Medicina (Ribeirão Preto)** 2016;49(2): 152-159.

VAN GELDER, R. N.; Recent insights into mammalian circadian rhythms. **Sleep**. 2004, 27(1):166-71.

VIEGAS, ANDRADE M. NORONHA, K.; KIND, P.; MAIA, A. C.; MENEZES, R. M.; REIS, C. B.; et al. Societal Preferences for EQ-5D Health States from a Brazilian Population Survey. **Value in Health Regional Issues**. 2013; 2(3):405-412.