

A RELAÇÃO DE FATORES CLÍNICOS, FÍSICOS, FUNCIONAIS E MENTAIS COM A QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS HOSPITALIZADOS

THE RELATION OF CLINICAL, PHYSICAL FUNCTIONAL AND MENTAL FACTORS WITH THE QUALITY OF THE SLEEP OF HOSPITALIZED ELDERLY

RESUMO: Objetivou-se verificar a relação de fatores clínicos, físicos, funcionais e mentais com a qualidade do sono de idosos hospitalizados. Estudo transversal analítico, com pacientes de idade ≥ 65 anos, internados nas enfermarias do Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz. Aplicou-se o Formulário de Avaliação Clínica, Epidemiológica e Sociodemográfica, avaliação físico funcional: Escala Visual Analógica da Dor (EVA), *Medical Research Council* (MRC), Força de Preensão Palmar (FPP), Medida de Independência Funcional (MIF), *Functional Ambulation Categories* (FAC) e Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), avaliação mental: *World Health Organization Quality of Life Instrument – Bref Field Trial Version* (WHOQOL-bref) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), e avaliação da qualidade do sono: *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). A amostra foi composta por 111 pacientes, com idade média de 73,47 ($\pm 6,9$) anos, sendo 53,2% internados por fraturas. Predominaram pacientes sem dor (67,6%), com fraqueza muscular no MRC (69,0%), funcionalidade reduzida (79,3%), risco de quedas (85,6%) e dependentes na marcha (64,0%). Na avaliação da FPP apenas 20,7% dos homens e 37,8% das mulheres foram classificados com fraqueza muscular. A maioria apresentou boa qualidade de vida (91,0%), ausência de ansiedade (59,5%) e depressão (55,0%), e má qualidade do sono (59,5%). Na Análise de Variância (ANOVA) houve significância entre qualidade do sono e ansiedade ($p=0,001$) e depressão ($p=0,010$), porém na análise de regressão apenas a ansiedade apresentou impacto para qualidade do sono ($p=0,003$). Idosos hospitalizados apresentam má qualidade do sono relacionado à ansiedade e depressão.

Palavras Chave: idoso, serviços de saúde para idosos, sono, hospitalização.

ABSTRACT: Objective was analysis the effect of the clinical, physical-functional and mental factors in sleep quality of hospitalized elderly. Cross-sectional, analytical, descriptive study, composed of patients of age ≥ 65 years, hospitalized in the wards of the State Emergency Hospital of Goiânia Dr. Valdomiro Cruz. Applied the Clinical Evaluation Form, Epidemiological and Sociodemographic, functional physical assessment: *Escala Visual Analógica da Dor* (EVA), *Medical Research Council* (MRC), *Força de Preensão Palmar* (FPP), *Medida da Independência Funcional* (MIF), *Functional Ambulation Categories* (FAC), *Escala de Equilíbrio de Berg* (EEB), mental health evaluation: *World Health Organization Quality of Life Instrument – Bref Field Trial Version* (WHOQOL-bref) and *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), and sleep quality: *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). One hundred and eleven patients participated in the study, men age of 73.47 (± 6.9) years and hospitalized for fractures (53.2%). There was a predominance of painless patients (67.6%), with muscle weakness in the MRC (69.0%), reduced functionality (79.3%), risk of falls (85.6%) and gait dependent (64.0%). In the evaluation of FPP, only 20.7% of men and 37.8% of women were classified as having muscle weakness. The majority had good quality of life (91.0%), absence of anxiety (59.5%) and depression (55.0%), and poor quality of sleep (59.5%). In the Analysis of Variance (ANOVA) there was significance between sleep quality and anxiety ($p = 0.001$) and depression ($p = 0.010$), however in the regression analysis only anxiety had an impact on sleep quality ($p = 0.003$). Elderly hospitalized presented bad sleep quality related to presence of anxiety and depression.

Keywords: aged, health services for the aged, sleep, hospitalization.

Mariana de Ávila Maciel¹

Leonardo Alves Rezende¹

Amanda Marques Faria¹

Brenda Alves Rodrigues¹

Flávia Martins Gervásio²

Sandra Maria Belmonte Pereira Moreira³

1- Fisioterapeuta Residente no Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz, Goiânia, Goiás, Brasil;

2- Fisioterapeuta Doutora Docente da Universidade Estadual de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil;

3- Fisioterapeuta Tutora da Fisioterapia no Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma no Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz, Goiânia, Goiás, Brasil.

E-mail: marianamacielmam@hotmail.com

Recebido em: 11/10/2019

Revisado em: 08/03/2020

Aceito em: 06/04/20

INTRODUÇÃO

O sono caracteriza-se por perda de consciência, redução do funcionamento motor, sensorial e regulação homeostática¹, atribuindo a restauração e conservação de energia, melhora da imunidade, resistência à infecções e equilíbrio emocional².

A Qualidade do Sono (QS) é modificada no envelhecimento e piorada no período de hospitalização, com prejuízos à saúde física e mental desses pacientes. A iluminação excessiva, cuidados noturnos de enfermagem, distúrbios orgânicos e fatores emocionais são os que mais interferem no sono^{3,4}.

A população idosa no geral possui uma qualidade do sono ruim⁵, no qual as mulheres apresentam maiores dificuldades para dormir^{6,7}. O distúrbio do sono muitas vezes está relacionado a presença de dor, estados depressivos e doenças crônicas^{8,9}, e no ambiente hospitalar pode ser influenciado também pelo aumento da idade, estado civil e presença de fadiga⁷.

A redução da QS durante a hospitalização ocasiona dificuldades na realização de terapias hospitalares e prejuízos para recuperação. A identificação dos fatores relacionados à QS é necessária a fim de minimizar os impactos que o sono ruim traz à saúde física e mental, e conseqüentemente melhorar o desempenho dos idosos no processo de reabilitação. Este estudo visa verificar a relação dos fatores clínicos, físicos, funcionais e mentais com a QS de idosos hospitalizados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal analítico, realizado nas enfermarias do Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), de Dezembro/2017 à Julho/2018, incluindo idosos com idade ≥ 65 anos, de ambos os sexos, com 15 pontos na Escala de Coma de Glasgow (ECG) e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluiu-se idosos com avaliações incompletas, em precaução de contato, gotículas ou aerossóis, população indígena e de presidiários/carcerários. Foi utilizado a fórmula de cálculo de amostra para populações finitas¹⁰ considerando erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% resultando em amostra necessária de 276 idosos.

Como critério inicial da triagem adotou-se a ECG contida em prontuário. Aqueles com relato de ECG= 15 foram abordados, com reavaliação do ECG, se permanecesse 15 seguia com a explicação do estudo, leitura e assinatura do TCLE. Depois aplicou-se o Formulário de Avaliação Clínica, Epidemiológica e Sociodemográfica para identificação das seguintes características: idade, sexo, dias de internação, motivo da internação, nível de consciência (ECG), raça, hábitos de vida e escolaridade.

As avaliações incluíram aspectos físicos, funcionais, saúde mental e qualidade do sono, realizadas em momentos diferentes e no mesmo dia. Cada avaliação constou de uma equipe de avaliadores distintos e os testes foram aplicados em ordem aleatória a fim de evitar a influência de um instrumento sobre o outro e o efeito *Carry-Over*.

Maciel, MA; Rezende, LA; Faria, AM; Rodrigues, BA; Gervásio, FM; Moreira, SMBP.

A avaliação física e funcional foi realizada por meio dos seguintes instrumentos:

- **Avaliação da dor:** foi questionado ao paciente a presença de dor e aplicado a Escala Visual Analógica de Dor (EVA)¹¹ quando a resposta era positiva. A EVA classifica a dor em leve, moderada e intensa por meio de uma escala numérica de 0 a 10, sendo "0" ausência de dor e "10" dor insuportável, medida de acordo com o relato do indivíduo.
- **Medical Research Council – MRC¹²:** classifica a força de zero (paralisia total) à 5 (força muscular normal) em seis grupos musculares bilaterais com pontuação máxima de 60 pontos. Pontuação <60 indica fraqueza, <48 fraqueza significativa e <36 fraqueza grave¹³.
- **Força de Preensão Palmar – FPP:** utilizado o dinamômetro SAEHAN considerou-se força normal FPP $\geq 22\text{Kgf}$ para homens e $\geq 15\text{Kgf}$ para mulheres, valores de referência para idosos¹⁴.
- **Medida de Independência Funcional – MIF:** avalia 18 atividades classificadas de um (dependência total) à 7 (independência completa). Considerou-se dependência completa – 18 pontos, assistência de até 50% – 19 à 60 pontos, assistência de até 25% – 61 à 103 pontos e independência completa – 104 à 126 pontos¹⁵.
- **Functional Ambulation Categories – FAC¹⁶:** observa a funcionalidade da marcha classificando: "0" – não pode andar ou precisa de ajuda de mais de uma pessoa, "1" – apoio contínuo de

mais de uma pessoa, "2" – apoio contínuo ou intermitente de uma pessoa, "3" – supervisão ou *stand-by* de uma pessoa, "4" – marcha independente em terreno plano, com ajuda em escadas, rampas e superfícies irregulares e "5" – marcha independente em qualquer lugar.

- **Escala de Equilíbrio Funcional de Berg – EEB¹⁷:** avalia o equilíbrio e o risco de quedas em 14 atividades, pontuada de 0 à 4. O ponto de corte para risco de quedas é 45 pontos.

A avaliação da saúde mental foi realizada por meio dos seguintes instrumentos:

- **World Health Organization Quality of Life Instrument - Bref Field Trial Version – WHOQOL-bref¹⁸:** 26 questões que abordam satisfação com a saúde, qualidade de vida e os domínios físicos, psicológico, sociais e ambientais. Valores <60 pontos indicam a melhor de qualidade de vida¹⁹.
- **Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS²⁰:** 14 questões divididas em duas subescalas, com pontuações que variam de 0 a 21 cada. No escore final, pontuações ≥ 8 caracterizam indivíduos ansiosos e/ou depressivos.

Para avaliação da qualidade do sono, foi utilizado o *Pittsburgh Sleep Quality Index* – PSQI que consiste em 19 questões pontuadas de zero a três com pontuação total que varia de zero a 21 pontos. Pontuações de 0 – 4 indicam Boa Qualidade de Sono (BQS), de 5 – 10 Má

Qualidade do Sono (MQS) e >10 Distúrbio do Sono (DS)²¹.

Os dados foram tabulados na Planilha Excel® e analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (21.0). Foram realizadas análises descritivas com cálculos de frequência, porcentagem, médias e desvio padrão, análise de distribuição dos dados de Kolmogorov-Smirnov, testes de comparação dos três grupos de qualidade de sono pela análise de variância (ANOVA), *post hoc* Tukey e análise de regressão linear múltipla. Foram consideradas variáveis independentes os dados sociodemográficos e as avaliações de dor, MRC, FPP, FAC, EEB, WHOQOL-bref e HADS, e o PSQI como variável dependente. Adotou-se o nível de significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Durante o período de coletas internaram 969 idosos, sendo 133 avaliados e destes 22 foram excluídos por terem avaliações incompletas. Foi utilizado uma amostra de conveniência com 111 pacientes, 62 mulheres e 49 homens, com média de idade de 73,47 ($\pm 6,9$) anos e 9,07 ($\pm 7,5$) dias em média de

permanência hospitalar. As fraturas foram o motivo de internação mais prevalente (53,2%) e os demais dados de caracterização da amostra estão descritos na Tabela 1.

As características dos idosos em relação à dor, força muscular, risco de quedas, funcionalidade, capacidade funcional da marcha, qualidade de vida, ansiedade, depressão e qualidade do sono estão descritas na Tabela 2.

Observou-se que idosos hospitalizados com distúrbio do sono apresentaram mais sintomas depressivos e de ansiedade quando comparados aqueles com boa qualidade do sono ($p < 0,05$) e apresentaram-se mais ansiosos quando comparados aos com má qualidade do sono ($p = 0,013$). Não observou-se associação das características clínicas, sociodemográficas, físicas e funcionais com a qualidade do sono (Tabela 3). Quando incluídas no teste de regressão verificou-se correlação moderada entre a QS e a ansiedade e depressão ($r = 0,364$), mas apenas a ansiedade apresentou significância para os coeficientes de regressão ($p = 0,003$) (Tabela 4).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=111).

	Valores
Sexo – f (%)	
Feminino	62 (55,9%)
Masculino	49 (44,1%)
Idade (anos) – Méd (DP)	73,4 (6,9)
Tempo de internação até a avaliação (dias) – Méd (DP)	9,07 (7,5)
Hábitos etílicos – f (%)	62 (55,9%)
Hábitos tabagistas – f (%)	59 (53,2%)
Ativos fisicamente – f (%)	31 (27,9%)
Motivo da Internação – f (%)	
Fraturas	59 (53,2%)
Outros acometimentos ortopédicos ^a	7 (6,3%)
Acidente Vascular Encefálico	9 (8,1%)
Pneumopatias	8 (7,2%)
Vasculopatias	8 (7,2%)
Abdome Agudo	8 (7,2%)
Outros motivos ^b	12 (10,8%)
Raça – f (%)	
Branco	47 (42,3%)
Pardo	49 (44,1%)
Negro	15 (13,5%)
Escolaridade – f (%)	
Nenhuma instrução	30 (27,0%)
Ensino fundamental incompleto	66 (59,5%)
Ensino fundamental completo	3 (2,7%)
Ensino médio incompleto	2 (1,8%)
Ensino médio completo	7 (6,3%)
Ensino superior incompleto	2 (1,8%)
Ensino superior completo	1 (0,9%)
Estado civil – f (%)	
Solteiro	22 (19,8%)
Casado	39 (35,1%)
Viúvo	42 (37,8%)
Outros ^c	8 (7,2%)
Onde reside – f (%)	
Goiânia	58 (52,3%)
Interior de goiás	45 (40,5%)
Capital de outros estados	4 (3,6%)
Interior de outros estados	4 (3,6%)
Meio de transporte – f (%)	
Privado (carro + moto)	52 (46,1%)
Coletivo	22 (19,8%)
Outros meios ^d	10 (9,0%)

Legenda: Méd= Média; DP= Desvio Padrão; f= frequência. ^aOutros acometimentos ortopédicos= anterolistese, pseudoartrose, luxações, osteomielite; ^bOutros motivos= Insuficiência cardíaca, hemorragia digestiva alta, trauma de face, hérnias, infecção de ferida operatória, hematoma subaracnóide espontâneo, traumatismo craniano, rebaixamento do nível de consciência não esclarecido; ^cOutros estados civis= divorciados ou amasiados; ^dOutros meios de transporte= bicicleta, veículo de tração animal ou nenhum meio.

Tabela 2 – Resultados da avaliação da dor, força muscular, risco de quedas, funcionalidade, capacidade funcional da marcha, qualidade de vida, ansiedade, depressão e qualidade do sono (n=111).

		Valores
DOR	Físico Funcional	
	Com dor – f (%)	36 (32,4%)
	Sem dor – f (%)	75 (67,6%)
FORÇA	EVA em pacientes com dor – Méd (DP)	5,0 (2,6)
	MRC – Méd (DP)	54,1 (6,0)
	Normal (igual a 60) – f (%)	18 (16,0%)
	Fraqueza (<60) – f (%)	77 (69,0%)
	Fraqueza significativa (<48) – f (%)	14 (13,0%)
	Fraqueza grave (<36) – f (%)	2 (2,0%)
	FPP – Méd (DP)	15,9 (9,7)
	Homens – Méd (DP)	21,9 (10,2)
	Mulheres – Méd (DP)	11,1 (6,2)
	Homens com FPP <22Kg – f (%)	23 (20,7%)
Mulheres com FPP <15Kg – f (%)	42 (37,8%)	
RISCO DE QUEDAS	EEB – Méd (DP)	13,5 (20,3)
	Sem risco de quedas – f (%)	16 (14,4%)
	Com risco de quedas – f (%)	95 (85,6%)
	Com risco de quedas e pontuação zero – f (%)	60 (54,0%)
FUNCIONALIDADE	MIF – Méd (DP)	83,7 (21,4)
	Dependência completa (0 – 18) – f (%)	0
	Assistência de até 50% (19 – 60) – f (%)	17 (15,3%)
	Assistência de até 25% (61 – 103) – f (%)	71 (64,0%)
	Independência completa (104 – 126) – f (%)	23 (20,7%)
CAPACIDADE FUNCIONAL DA MARCHA	FAC – Méd (DP)	1,17 (1,81)
	0 – f (%)	71 (64,0%)
	1 – f (%)	7 (6,3%)
	2 – f (%)	9 (8,1%)
	3 – f (%)	4 (3,6%)
	4 – f (%)	7 (6,3%)
	5 – f (%)	13 (11,7%)
QUALIDADE DE VIDA	Saúde Mental	
	Whoqol-bref – Méd (DP)	72,0 (10,4)
	Boa qualidade de vida – f (%)	101 (91,0%)
ANSIEDADE	Má qualidade de vida – f (%)	10 (9,0%)
	Escala HADS (ansiedade) – Méd (DP)	6,6 (3,6)
	Com ansiedade – f (%)	45 (40,5%)
DEPRESSÃO	Sem ansiedade – f (%)	66 (59,5%)
	Escala HADS (depressão) – Méd (DP)	7,4 (4,3)
	Com depressão – f (%)	50 (45,0%)
QUALIDADE DO SONO	Sem depressão – f (%)	61 (55,0%)
	Qualidade do Sono	
	PSQI – Méd (DP)	7,5 (3,5)
	Boa qualidade do sono – f (%)	24 (21,6%)
	Má qualidade do sono – f (%)	66 (59,5%)
	Distúrbio do sono – f (%)	21 (18,9%)

Legenda: Méd= Média; DP= Desvio Padrão; f= frequência.

Tabela 3 – Resultados ANOVA das comparações das médias das variáveis clínicas, físico funcionais e mentais com os escores da qualidade do sono.

	ANOVA		PSQI					
	f	P	BQS			TUKEY		
			Méd(DP)	Méd(DP)	Méd(DP)	DS	BQS/ BQS/ MQS	BQS/ DS
Dias de internação	1,08	0,344	10,9(10,8)	8,7(10,8)	7,8(5,5)	0,445	0,356	0,878
Idade	1,90	0,154	73,2(6,3)	74,3(7,3)	71,0(5,4)	0,785	0,517	0,132
Dor	0,88	0,415	1,5 (2,7)	1,4(2,6)	2,3(3,2)	0,963	0,639	0,382
Força muscular global	1,2	0,303	52,5(6,2)	54,2(6,4)	55,1(4,03)	0,438	0,300	0,817
Força de preensão palmar	1,32	0,231	14,2(8,8)	17,1(10,3)	13,9(8,5)	0,418	0,996	0,393
Funcionalidade da marcha	2,06	0,132	0,6(1,1)	1,2(1,8)	1,7(2,0)	0,380	0,111	0,488
Funcionalidade global	1,03	0,360	80,7(21,3)	82,9(22,2)	89,4(18,5)	0,902	0,363	0,446
Equilíbrio	0,68	0,509	10,3(16,9)	13,4(21,0)	17,4(22,0)	0,804	0,477	0,710
Qualidade de Vida	0,03	0,963	72,2(9,6)	72,1(10,3)	71,4(11,9)	0,999	0,968	0,965
Ansiedade	7,11	0,001*	5,0(4,1)	6,4(2,9)	8,9(4,1)	0,236	0,001*	0,013*
Depressão	4,84	0,010*	5,7(4,5)	7,2(4,0)	9,6(4,0)	0,312	0,007*	0,062

Legenda: Méd= Média; DP= Desvio Padrão; BQS= Boa Qualidade do Sono; MQS= Má Qualidade do Sono; DS= Distúrbio do Sono; DI= Dias de Internação. *p<0,05.

Tabela 4 – Ansiedade e depressão associados à qualidade do sono de idosos hospitalizados, segundo análise de regressão linear múltipla.

	Beta	T	P	IC95%
Ansiedade	0,286	2,848	0,005*	0,084;0,470
Depressão	0,131	1,307	0,194	-0,056;0,271

Legenda: R: 0,364; R²: 0,133; R²ajustado: 0,117. *p<0,05.

DISCUSSÃO

A qualidade do sono dos idosos hospitalizados avaliados neste estudo teve relação significativa com a presença de ansiedade e depressão, sem influência das variáveis físicas e funcionais. Assim como predomina-se na literatura^{22,23}, o sexo feminino foi maioria dentre os indivíduos hospitalizados, porém o motivo de internação principal foram por fraturas e outros acometimentos ortopédicos, uma vez que o estudo foi realizado em um hospital de urgência e trauma, o que

difere dos achados em outras pesquisas que apontam doenças cardíacas e cardiovasculares como motivos de internação predominantes^{24,25}.

A força muscular da amostra apresentou-se reduzida de acordo com a avaliação do MRC, onde somente 16,0% apresentou força preservada. No entanto na avaliação da FPP houve maior número de idosos sem fraqueza muscular. Em relação a funcionalidade 20,7% eram independentes, sendo a maioria então composta por idosos

dependentes. Esses achados vão ao encontro com a literatura que também verifica a fraqueza muscular e a dependência funcional de idosos hospitalizados^{26,27}.

Martins et al.²⁶ avaliou a trajetória funcional de idosos hospitalizados mensurando os níveis de força muscular e funcionalidade na alta hospitalar e após 6 meses da internação, e encontrou valores baixos dessas variáveis no momento da alta mas que foram recuperados após os seis meses fora do hospital. Isso mostra o impacto que uma internação tem sobre a força e funcionalidade dos pacientes, em especial dos idosos.

Encontrou-se reduzido, o equilíbrio e a funcionalidade da marcha, com risco de quedas presente em 85,6% dos avaliados, dado esse que pode estar relacionado à predominância de lesões ortopédicas na amostra. Idosos admitidos em hospital com EEB ≥ 29 tem alta probabilidade de deambulação após a internação, e internações prolongadas pioram o equilíbrio e aumentam o risco de quedas²⁸. Apesar do presente estudo não analisar a relação dessas variáveis a literatura traz que apresentar risco de quedas tem relação direta com um déficit na capacidade funcional do indivíduo²⁷.

Não foi identificado nesse estudo relação das variáveis físicas e funcionais com a qualidade do sono, no entanto o que a literatura traz é que manter a prática regular de exercícios físicos e consequentemente níveis adequados de força, funcionalidade e equilíbrio tem influência sobre a melhora da qualidade do sono em idosos²⁹.

A qualidade de vida percebida no presente estudo foi caracterizada como boa

apesar do impacto que a hospitalização pode trazer ao idoso, como apresentando no estudo de Santos e Sousa³⁰ que verificou que o período de hospitalização acarreta em redução da qualidade de vida com influência para funcionalidade, saúde mental e bem-estar. Ademais, em outro estudo Okuno et al.³¹ em suas correlações encontrou que o maior tempo de internação estimula melhor qualidade de vida juntamente com a presença de rede de apoio e religião, não ter morbidade e cuidador e ter maior renda.

No presente estudo a qualidade de vida e a qualidade do sono não apresentaram influência entre si, no entanto é visto na literatura que além da qualidade do sono ter redução natural com o aumento da idade, a má qualidade do sono tem repercussões negativas sobre a qualidade de vida do idoso³¹.

Distúrbios da saúde mental estiveram presentes em quase metade da amostra, 40,5% apresentaram ansiedade e 45,0% depressão. Dado semelhante ao de Nascimento et al.³² que apesar de não ser predominância, boa parte dos idosos hospitalizados (45,8%) apresentaram-se depressivos. Idosos hospitalizados ansiosos e depressivos podem permanecer com esses distúrbios por até cinco anos após a internação³³.

O sono de idosos hospitalizados é de má qualidade^{3,4} e pode piorar com a presença de dor³⁴. Neste estudo 59,5% possuem sono de má qualidade, mas apenas 32,4% sentiam dor e não foi encontrado associação entre essas variáveis. Estudos com idosos domiciliares também tiveram predominância de um sono ruim, em até mesmo naqueles fisicamente ativos⁴.

A qualidade do sono apresentou relação com a presença de ansiedade e depressão, ou seja idosos com tais distúrbios mentais tendem a dormirem mal. Além disso, a ansiedade apresentou fator de maior relevância quanto a influência em redução da qualidade do sono. Na literatura é constatado que idosos que apresentam ansiedade e depressão possuem pior qualidade do sono, sem predominância de influência para a ansiedade^{3,9, 35,36}.

CONCLUSÃO

Verificou-se que a presença de depressão e especialmente de ansiedade em idosos hospitalizados influenciam na qualidade do sono, sem relação com as demais variáveis estudadas.

Apesar do risco de quedas, redução da funcionalidade e dependência para marcha não apresentarem relação com a qualidade do sono, predominaram na população estudada e isso deve estar sob o olhar da equipe.

REFERÊNCIAS

1. Talhada LCRM. Qualidade do sono, saúde e estilos de vida. Estudo com a população activa portuguesa. 2012.
2. Lima Junior A, Bastos PL, Hermont AP, Azevedo PG De, Rino Neto J, Paiva JB. Assessment of a novel type of oral appliance for the treatment of severe obstructive sleep apnea syndrome: a case series. *Arq em Odontol*. 2018;03(54):1-8.
3. Park MJ, Kim KH. What affects the subjective sleep quality of hospitalized elderly patients? *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(3):471-9.
4. Bezerra MAA, NNeres CCS, Bottcher LB, Bezerra GGO. Qualidade de Vida e Qualidade do Sono de Idosos. *Rev Interdiscip Encontro das Coências*. 2018;1(1):1-15.
5. Mendes EV. A influência da prática de exercícios físicos na qualidade do sono de idosos. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação),

Universidade Federal de Uberlândia - Faculdade de Educação Física, Uberlândia, 2017.

6. Ferreira SIJR. Estilo de vida e sono no processo de envelhecimento. Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada - Instituto de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa, 2019.
7. Martins R, Correia AM, Andrade A, Campos S. Perturbações do sono em adultos/idosos hospitalizados. *Rev Gest e Desenvol*. 2016; 24; 109-122.
8. Moreno CRC, Santos JLF, Lebrão ML, Ulhôa MA, Duarte YAO. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21(2); 1-8.
9. Silva MR, Ferretti F, Pinto SS, Tombini Filho OF. Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level. *Br J Pain*. 2018; 1(4); 293-298.
10. Bisqueria R, Sarriera JC, Martínez F. Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2004. cap. 4, p.67-68.
11. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: A reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*. 2003;4(7):407-14.
12. Ruud PK, Frans G, Meche M, Paul S. INTEROBSERVER AGREEMENT IN THE ASSESSMENT OF MUSCLE STRENGTH GUILLAIN- BARRE SYNDROME. *Muscle Nerv*. 1991;14:1103-9.
13. Hermans G, Clerckx B, Vanhullebuch T, Segers J, Vanpee R, Al E. Interobserver Agreement of Medical Research Council Sum-score and Handgrip Strength in the Intensive Care Unit. *Muscle Nerv*. 2012;3(2):18-25.
14. Carvalho ACM. Efeitos da Hospitalização da força de preensão palmar de idosos. [Natal]: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.
15. Ricci NA, Tiemi M, Cereda R, Paulo PS. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar Agreement between observations on the functional capacity of home care elderly patients. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4).
16. Resende JA. Contributo para o processo de validação intercultural dos instrumentos de medida: Functional Ambulation Categories e Hauser Ambulation. [Coimbra]: Escola Superior de Tecnológica Saúde de Coimbra; 2001.
17. Miyamoto ST, Lombardi Junior I, Berg KO, Ramos LR, Natour J. Brazilian Version of the Berg Scale. *Brazilian J Med Biol Res*. 2004;37(9):1411-21.
18. Patricia Aparecida Barbosa Silva, Sonia Maria Soares, Joseph Fabiano Guimaraes Santos LBS. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Rev Saude Publica*. 2014;48(3):390-7.

19. Rosa R da S, Bianchi PD, Hansen D, Monschau BT. Alterações fisiológicas da força muscular respiratória decorrente do envelhecimento sobre a funcionalidade de idosos. *Fisioter Bras*. 2014;15(16-21).
20. Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M, Silva I, et al. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2017;8506(December).
21. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, KD. The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *J Psychiatr Res*. 1989;28(2):193-213.
22. Cerri AP, Bellelli G, Mazzone A, Pittella F, Landi F, Zambon A, et al. Sarcopenia and malnutrition in acutely ill hospitalized elderly: Prevalence and outcomes. *Clin Nutr*. 2015;34(4):745-51.
23. Franco LG, Kindermann AL, Tramuja L, Kock K de S. Fatores associados à mortalidade em idosos hospitalizados por fraturas de fêmur. *Rev Bras Ortop*. 2016;51(5):509-14.
24. Rosseto C. Internações e óbitos de idosos por condições sensíveis a atenção primária no Brasil: uma análise temporal. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018.
25. Rodrigues CC, Ribeiro R de CHM, Cesarino CB, Bertolini DC, Ribeiro RM, Oliveira MP, et al. Idosos Internados Em Um Hospital Escola: Características Clínicas e Desfechos. *Rev Enferm da UFPI*. 2017;11(12):4938-45.
26. Martins D, Mamoru E, Oliveira SM, Carolina A, Antonio B. Trajetória funcional de idosos submetidos à ventilação mecânica invasiva e associação entre medida da independência funcional e força muscular periférica. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2018;9(1):33-43.
27. Sutil B, Carli A, Donato AA, Vieira CP, Fontana T, Rockenbach CWF, Wibelinger LM. Risco de quedas, força muscular periférica e capacidade funcional em idosos hospitalizados. *Rev Conscientiae Saúde*. 2019; 18(1); 93-104.
28. Louie DR, Eng JJ. Berg balance scale score at admission can predict walking suitable for community ambulation at discharge from inpatient stroke rehabilitation. *J Rehabil Med*. 2018;50(1):37-44.
29. Lins-Filho OL, Queiroz GKF, Santos JFJ, Santos MAM, Oliveira LMFT, Farah BQ. Efeitos do pilates na qualidade do sono em adultos e idosos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2019; 24; 1-8.
30. Santos S, Sousa L. Qualidade de vida em pessoas idosas hospitalizadas: comparação da admissão com a alta do internamento. *Rev Kai Gerontol*. 2013; 16(2); 07-25.
31. Okuno MFP, Rosa AS, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA, Belasco AGS. Qualidade de vida de octagenários hospitalizados. *Texto Contexto Enferm*. 2019; 28; 1-11.
31. Tel H. Sleep quality and quality of life among the elderly people. *Neurol Psychi and Brain Reser*. 2013; 19; 48-52.
32. Nascimento IMT, Mello PF, Couto AM, Guimarães GL, Mendonza IYQ. Associação entre características sociodemográficas e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. *Rev Rene*. 2017; 18(6); 749-755.
33. Pereira S, Cavaco S, Fernandes J, Moreira I, Almeida E, Seabra-Pereira F, et al. Long-Term psychological outcome after discharge from intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(1):28-34.
34. Ferretti F, Castanha AC, Padoan ER, Lutinski J, Silva MR da. Quality of life in the
35. Lopes JM, Fernandes SGG, Dantas FG, Medeiros JLA. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Rev Bras Geratr Gerontol*. 2015; 18(3); 521-531.
36. Dzierzewski JM, Mitchell M, Rodriguez JC, Fung CH, Jouldjian S, Alessi CA, et al. After Hospitalization in Older Adults. *Joual Clin Sleep Med*. 2015;11(1).