

ARTIGO ORIGINAL

Perfil da prática de exercícios físicos e estilo de vida em adultos com distúrbio de sono

Profile of physical exercise practice and lifestyle in adults with sleep disorders

Adriano Silva de Borba¹, Carlos Ferreira Hoehr¹, Leandro Tibiriçá Burgos¹

¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Recebido em: junho 2014 / Aceito em: julho 2014

borbafenix@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever as características do estilo de vida e prática de exercícios físicos de indivíduos com distúrbios do sono. **Método:** Os sujeitos do presente estudo são 14 pacientes adultos, portadores de distúrbio de sono, sendo 10 do sexo masculino e 04 do sexo feminino, de uma clínica de polissonografia de Santa Cruz do Sul-RS. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário com questões referentes ao estilo de vida, saúde e bem-estar, adaptado de Barros e Nahas¹ e também um questionário de escala de sonolência de Epworth. **Resultados e considerações finais:** Os resultados da pesquisa demonstraram uma frequência considerável de estresse, de sedentarismo e elevado índice de massa corporal dos sujeitos investigados, sugerindo, desta forma, que pode haver relação entre esses elementos e os distúrbios do sono.

Palavras-chave: Distúrbios de sono, exercício físico, estilo de vida.

ABSTRACT

Objective: Describe characteristics of lifestyle and practice of physical activity for individuals with sleep disorders. **Method:** The subjects of this study were 14 adult patients suffering from sleep disorders, including 10 males and 04 females, a clinical polysomnography of Santa Cruz do Sul-RS. For data collect we used a questionnaire about the lifestyle, health and wellness, adapted from Barros and Nahas¹ and also a questionnaire Epworth sleepiness scale. **Results e final considerations:** The survey results showed a considerable frequency of stress, sedentary lifestyle and a high body mass index of the subjects investigated, suggesting, thereby, that the relationship between these elements and sleep disturbances may occur.

Keywords: Disturbances of sleep, exercise, lifestyle.

INTRODUÇÃO

A complexa realidade das sociedades contemporâneas e industrializadas tem provocado discussões acerca de temas e conceitos que permitam uma nova compreensão dos efeitos fisiológicos que alteram o estilo de vida das pessoas. O sono, entendido como um estado comportamental fundamental na manutenção fisiológica do organismo, passou a ser tema de interesse de inúmeros pesquisadores nas últimas décadas, haja vista ser cada vez mais comum a sua restrição crônica, podendo-se referir a exposição excessiva à luz artificial, as novidades da sociedade moderna, as pressões socioeconômicas e os próprios distúrbios de sono, como alguns dos responsáveis pelo problema em questão. No Brasil, o estudo dos mecanismos envolvidos na manutenção do sono e da vigília, bem como os efeitos sistêmicos da privação de sono tem se destacado (conta com cerca de 150 laboratórios de sono e um crescente no número de especialistas, mestres e doutores nessa especialidade)².

De modo geral, não são recentes os estudos sobre a relação dos exercícios físicos e a qualidade do sono na literatura comparada. As pesquisas científicas sobre sono iniciaram no século XIX e na década de 1970, Heizelmann e Bagley³ investigaram a capacidade de um programa de atividade física na promoção de comportamentos saudáveis e como resposta constataram a necessidade de menor tempo de sono dos participantes, assim como um sono mais relaxado e restaurador⁴.

Ao mesmo tempo em que se pode afirmar que o objetivo final do sono não é a promoção de um período de repouso ao sistema muscular, órgãos viscerais, sistema nervoso autônomo, medula espinal, etc., Reimão⁵ aponta que todas as funções do cérebro e do organismo em geral estão influenciadas pela alternância da vigília com o sono, uma vez que este último reinstala e restaura as condições

que existiam no princípio da vigília precedente. Segundo o autor, o sono é um estado fisiológico que implica a abolição da consciência vigíl e a redução da resposta ao meio ambiente, rítmico e reversível, acompanhado de mudanças em múltiplas funções. Observa-se, durante ele, a redução generalizada de descarga de neurônios cerebrais, pois, diferentemente do que ocorre durante o estado gerado pela anestesia geral, no sono é notável o aumento da frequência de descargas dos neurônios, chegando inclusive a níveis maiores do que os observados em vigília tranquila.

Nesse sentido, Idzikowski⁶ aduz que o sono é não apenas um período no qual há a perda quase por completo da consciência de tudo. Segundo a autora, a hora que se dorme, a duração e a continuidade do sono e o seu valor como processo de recuperação de energia dependem da soma de vários fatores, incluindo saúde geral, hábitos e exigências familiares e são essenciais informações detalhadas sobre as características biológicas, pessoais e sociais.

Em verdade, é variável a necessidade diária de horas de sono conforme as características de cada indivíduo, podendo-se referir que a média da população adulta varia de seis a oito horas diárias. Contudo, estudos demonstram que quem dorme menos do que o necessário tem menor vigor físico, envelhece mais precocemente, está mais propenso a infecções, à obesidade, à hipertensão e ao diabetes. Nesse sentido, Campanati⁷ faz referência a estudo realizado pela Universidade de Stanford, EUA, em que indivíduos que não dormiam há 19 horas foram submetidos a testes de atenção e os resultados obtidos indicaram que eles cometeram mais erros do que pessoas com 0,8g de álcool no sangue, quantidade equivalente a três doses de uísque. Do mesmo modo, outro exemplo de estudos nessa área, é o caso das tomografias computadorizadas do cérebro de jovens privados do sono que mostram redução do metabolismo nas regiões frontais (responsável pela habilidade de planejar e de executar tarefas) e no cerebelo (responsável pela coordenação motora), levando a dificuldades na habilidade de acumular conhecimento e alterações do humor, comprometendo a criatividade, a atenção, a memória e o equilíbrio.

No que diz respeito às variáveis relacionadas à atividade física, são de grande importância a intensidade e o volume, uma vez que existe uma melhor resposta na qualidade do sono quando aumentada a sobrecarga a um nível ideal. Contudo, sendo a sobrecarga imposta pelo exercício demasiadamente alta, a influência sobre a qualidade do sono ocorre de forma negativa. Logo, entende-se que na preparação do desportista, a análise do comportamento do sono possibilita a obtenção de informações úteis e extremamente importantes⁸.

Nesse sentido, para O'Connor e Youngstedt⁹, pessoas ativas têm melhor qualidade de sono que as inativas, considerando que um sono melhorado reduz o cansaço durante o dia seguinte e eleva a disposição para a prática de atividade física. Na mesma linha de entendimento, afirma-se que sono e atividade física estão positivamente relacionados – o exercício físico melhora o sono da população em geral, principalmente de indivíduos sedentários, tendo atividade anabólica⁸.

Sob essa perspectiva, os exercícios físicos são considerados essenciais para melhoria da qualidade de vida, manutenção da saúde física, mental e também para socialização. Sabe-se que um corpo mais saudável tende a reduzir as chances de adquirir alguns tipos de doenças,

dentre elas os transtornos de ansiedade, depressão, doenças ateroscleróticas, além da melhora da circulação sanguínea, disposição e humor, ajudando o indivíduo a retardar o envelhecimento¹⁰.

O estudo tem como objetivo descrever o perfil de prática de exercícios físicos e estilo de vida em adultos com distúrbios de sono.

MÉTODO

Os sujeitos do presente estudo transversal são 14 pacientes adultos, portadores de distúrbio de sono, sendo 10 do sexo masculino e 04 do sexo feminino, de uma clínica de polissonografia de Santa Cruz do Sul-RS.

Para a coleta de dados, os instrumentos utilizados foram um questionário com questões referentes a estilo de vida, saúde e bem-estar, adaptado de Barros e Nahas¹ e um questionário de escala de sonolência de Epworth. A sonolência avaliada através da Escala Epworth foi posteriormente categorizada em normal (até 09 pontos) e anormal (10 pontos ou mais). Para calcular o IMC foi utilizada a seguinte fórmula: peso em quilogramas dividido pela altura em metros, ao quadrado.

A prática de atividades físicas foi classificada de acordo com o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), validado no Brasil¹¹. A classificação do IPAQ assim se define: **Muito ativo**: aquele que cumpriu as recomendações de: a) vigorosa: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão ou b) vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão. **Ativo**: aquele que cumpriu as recomendações de: a) vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou b) moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou c) Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa). **Irregularmente ativo**: aquele que realiza atividade física, porém, de forma insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação som a - se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). **Sedentário**: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana¹¹.

A análise dos dados foi realizada no programa SPSS v. 20.0. A estatística descritiva (frequência) foi utilizada para comparar as variáveis categóricas. Para comparar os valores médios de IMC entre os dois grupos de sonolência (normal e anormal), foi utilizado teste de Mann-Whitney, considerando diferenças significativas para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Através da Tabela 1, com relação ao quesito nutrição, há um número considerável de sujeitos classificados com sonolência anormal (não fazem pelo menos 4 ou 5 refeições diárias e nunca/às vezes incluem pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças em sua alimentação diária). Verifica-se, também, pelos resultados do quesito atividade física, que a grande maioria dos sujeitos nunca/às vezes realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, 05 ou mais dias da semana e, também, utiliza, na sua maioria, meios

de transporte sedentários. O desequilíbrio da maioria dos sujeitos com sonolência anormal quanto ao tempo dedicado ao lazer em relação ao trabalho também demonstra que o estresse está presente na maioria dos indivíduos pesquisados.

A Tabela 2 apresenta a relação entre indicadores de prática esportiva/atividade física e sonolência dos su-

jeitos. Observa-se que todos os sujeitos com sonolência normal praticam algum esporte/atividade física; já, no grupo que apresenta sonolência anormal, a maioria não pratica (n=5). Ainda, é importante salientar que a maioria dos sujeitos, de ambos os grupos para sonolência, se deslocam de forma sedentária.

Tabela 1 - Relação entre sonolência e componentes do estilo de vida e bem-estar.

| | ASPECTOS GERAIS DO ESTILO DE VIDA E BEM-ESTAR INDIVIDUAL | Sonolência | | Total |
|----------------------|---|------------|---------|-------|
| | | Normal | Anormal | |
| Nutrição | Alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças | | | |
| | Nunca/ Às vezes | 3 | 6 | 9 |
| | Quase sempre/ Sempre | 4 | 1 | 5 |
| | Evita ingerir alimentos gordurosos e doces | | | |
| | Nunca/ Às vezes | 2 | 4 | 6 |
| | Quase sempre/ Sempre | 5 | 3 | 8 |
| Atividade Física | Faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo | | | |
| | Nunca/ Às vezes | 3 | 4 | 7 |
| | Quase sempre/ Sempre | 4 | 3 | 7 |
| | Realiza ao menos 30 min. de atividades físicas moderadas/intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana | | | |
| | Nunca/ Às vezes | 5 | 6 | 11 |
| | Quase sempre/ Sempre | 2 | 1 | 3 |
| Controle do stress | Ao menos 2 vezes por semana realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular | | | |
| | Nunca/ Às vezes | 1 | 4 | 5 |
| | Quase sempre/ Sempre | 6 | 3 | 9 |
| | Ao menos 3 vezes por semana realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular | | | |
| | Nunca/ Às vezes | 6 | 4 | 10 |
| | Quase sempre/ Sempre | 1 | 3 | 4 |
| Controle do stress | No dia-a-dia, caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador | | | |
| | Nunca/ Às vezes | 6 | 5 | 11 |
| | Quase sempre/ Sempre | 1 | 2 | 3 |
| | Reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar | | | |
| | Nunca/ Às vezes | 4 | 3 | 7 |
| | Quase sempre/ Sempre | 3 | 4 | 7 |
| Controle do stress | Mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado | | | |
| | Nunca/ Às vezes | 5 | 4 | 9 |
| | Quase sempre/ Sempre | 2 | 3 | 5 |
| | Equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer | | | |
| Nunca/ Às vezes | 4 | 6 | 10 | |
| Quase sempre/ Sempre | 3 | 1 | 4 | |

Tabela 2 - Atividades físicas e esportivas e IPAQ.

| INDICADORES DE PRÁTICA ESPORTIVA SISTEMATIZADA E ATIVIDADE FÍSICA | Sonolência | | Total |
|---|------------|---------|-------|
| | Normal | Anormal | |
| Você pratica, atualmente, algum esporte/atividade física* | | | |
| Não | - | 5 | 5 |
| Sim | 6 | 3 | 9 |
| Tipo de deslocamento | | | |
| Ativo | - | 3 | 3 |
| Sedentário | 7 | 4 | 11 |
| Classificação do IPAQ | | | |
| Inativo/Irregularmente ativo | 4 | 2 | 6 |
| Ativo/Muito ativo | 3 | 5 | 8 |

Analisando os valores médios do IMC com o perfil de sonolência (Tabela 3), observa-se que, apesar da média ser ligeiramente superior no grupo com sonolência anormal, em comparação ao grupo com sonolência normal, não foi observada diferença estatisticamente significativa.

Tabela 3 - Índice de Massa Corporal.

| IMC* | Sonolência | | p |
|------|------------|---------|-------|
| | Normal | Anormal | |
| | Média | Média | |
| | 29,71 | 30,83 | 0,565 |

*Índice de Massa Corporal (kg/m²)

DISCUSSÃO

Pelo presente estudo, observou-se que no aspecto nutrição, os sujeitos que apresentam sonolência anormal, em sua maioria, nunca/às vezes incluem 05 porções de frutas e hortaliças e não evitam alimentos gordurosos em suas refeições diárias. Convém aqui mencionar que, conforme estudo feito em adultos e idosos, há evidências de que a ingestão adequada de frutas e hortaliças está associada com a prevenção de doenças cardiovasculares¹². Sabe-se que os distúrbios provocados pelas alterações nos horários de sono influenciam no apetite e, consequentemente, na ingestão alimentar, o que favorece o aumento da obesidade. Isso pode acarretar num desajuste no relógio biológico, o que prejudica a duração e qualidade do sono e, consequentemente, modifica o controle da ingestão alimentar¹³.

Em ambos os grupos avaliados neste trabalho, a maioria dos sujeitos não realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas de forma contínua, 05 ou mais dias da semana e, sabe-se que a prática regular de exercício físico possui boa correlação com um nível adequado de qualidade de vida. Nesse sentido, pesquisadores afirmam que pouca atividade física é associada a outros comportamentos negativos para a saúde como, por exemplo, a má qualidade do sono¹⁴. Contudo, é possível ressaltar que em estudo epidemiológico, o estilo de vida, fatores sociais, psicológicos, condições do local em que dormem e as condições de vida do indivíduo influenciam diretamente na qualidade de sono e no desempenho físico. Outro achado importante é que os exercícios vigorosos e moderados podem melhorar a qualidade de sono, porém os exercícios vigorosos devem ser evitados tarde da noite¹⁵.

No aspecto controle de estresse, nota-se que a maioria dedica mais tempo ao trabalho do que ao lazer, demonstrando nível alto de estresse, estando de acordo com o estudo que expõe que o trabalho noturno, principalmente em turnos alternados ou não habituais, também pode ser considerado fator de risco para distúrbios no sono¹⁶. Vale ainda ressaltar que indivíduos que dormem menos do que o necessário têm menor vigor físico, envelhecem mais precocemente, estão mais propensos a infecções, a obesidade, a hipertensão e ao diabetes⁵.

A maioria dos sujeitos investigados pratica algum esporte/atividade física. Por outro lado, no que se refere ao tipo de deslocamento (carro, moto, a pé, bicicleta, etc.), a maioria enquadra-se na classificação sedentária. Atualmente, os exercícios são reconhecidos como uma

intervenção não farmacológica para melhora do padrão de sono. No entanto, por falta de conhecimento de professores e/ou médicos, a prescrição de exercícios físicos não é muito utilizada para essa finalidade¹⁷.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde¹⁸, 0,6% a 70% da população mundial é sedentária. E, ainda, conforme pesquisa realizada em 2005 na cidade de Barreiras-BA, entre pessoas de 30 a 60 anos, o índice de sedentarismo ficou em 85%, relacionando a atividade de lazer sendo apenas 15% ativos nessa classificação¹⁹. Esse estilo de vida, segundo o Ministério da Saúde, é responsável por 54,0% dos casos de infarto. Em 100,0% de chances de uma pessoa sedentária sofrer um infarto, essa taxa cairá para 52,0% se ela mudar seus hábitos e passar a caminhar 30 minutos por dia¹¹.

O nível de atividade física pode ser considerado como um indicador para caracterização do perfil de atividade física da população. Além disso, pode auxiliar na elaboração de programas de intervenção motora e na formulação de políticas públicas a fim de se buscar benefícios para a saúde do indivíduo, bem como intervir em seu sono e em sua qualidade de vida²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do presente estudo, observou-se um número considerável de estresse, de sedentarismo e um elevado índice de massa corporal entre os indivíduos pesquisados, indicando a possível relação entre a prática de exercícios físicos e o estilo de vida das pessoas com distúrbios do sono.

REFERÊNCIAS

1. Barros MVG, Narras MV. Medidas de atividade física: teoria e aplicação em diversos grupos populacionais. Londrina: Midiograf, 2003.
2. Tufik, S. Medicina e biologia do sono. São Paulo: Manole, 2008.
3. Heizelmann F., Bagley R. Response to physical activity programs and their effects on health behavior. Public Health Rep 1970; 85:905-11.
4. Martins PJ F, Mello MT, Tufik S. Exercício e sono. Rev Bras Med Esp 2001; 7(1): 28-36.
5. Reimão R. Quality of life and insomnia in university psychology students. Hum Psychopharmacol 1996; 11: 169-84.
6. Idzikowski, C. Insônia. Tudo o que você precisa para uma boa noite de sono. São Paulo: Globo, 2002.
7. Campanati, C. Energia positiva. Uma vida melhor para você, sua família e seus animais. 2008. Disponível em <<http://www.sbwcoaching.org.br/blog/item/122-como-anda-o-seu-sono>> Acesso em 19 set 2012.
8. Robergs RA, Roberts SO Principios fundamentais de fisiologia do exercício para aptidão, desempenho e saúde. São Paulo: Phorte, 2000.
9. O'Connor PJ, Youngstedt SD. Influence of exercise on human sleep. Exercise Sport Science Reviews 1995; 23: 105-34.
10. Weineck J. Biologia do esporte. São Paulo: Manole, 1991.
11. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de Validade e Reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fis Saúde, São

- Paulo 2001; 6(2): 05-18.
12. Liu S, Lee I, Ajani U, Cole SR, Buring JE, Manson JE. Intake of vegetables rich in carotenoids and risk of coronary heart disease in men: The Physician's health study. *Int J Epidemiol* 2001; 30:130-35.
 13. Crispim CA, Zalcman I, Dáttilo M, Padilha HG, Tufik S, Mello MT. Relação entre Sono e Obesidade: uma Revisão da Literatura. *Arq Bras Endocrinol Metab*. São Paulo 2007; 51-7.
 14. Pate RR, Baranowski T, Dowda M, Trost SG. Tracking of physical activity in young children. *Med Sci Sports Exerc* 1996; 28: 92-6.
 15. Vuori I, Urponen H, Hasan J, Partinen M. Epidemiology of exercise effects on sleep. *Acta Physiol Scand*. 1988; 574:3-7.
 16. Sociedade Brasileira de Sono (2003). I Consenso Brasileiro de Insônia. *Hypnos – Journal of Clinical and Experimental Sleep Research* 4 (Supl 2),9/18.
 17. Pereira E.G.; Gordia A.P.; Quadros T.M.B. Padrão Do Sono em Universitários Brasileiros e sua Relação com a Prática de Atividades Físicas: Uma Revisão Da Literatura. 2011; 30:55-60.
 18. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília; 2003; 320-27.
 19. Cardoso E, Graça M, Branco RV. Sedentarismo no lazer, trabalho, transporte, atividades domésticas entre adultos de 30 a 60 anos na população de Barreiras-BA. Disponível em: <http://www.fisioweb.com.br>. Acesso em 20.04.2007.
 20. Stein AM, Costa JLR, Vital TM, Hernandez SS, Garu M, Teixeira CVL, Stella F. Nível de atividade física, sono e qualidade de vida de pacientes com doença de Alzheimer. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. Pelotas 2012; 17:200-05.