

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA - FAEFI
CURSO DE FISIOTERAPIA

ALICE MENEZES BATISTA

**PERCEPÇÕES E SIGNIFICADOS DA APNEIA DO SONO: UM ESTUDO
QUALITATIVO COM BASE FENOMENOLÓGICA**

UBERLÂNDIA - MG

2025

ALICE MENEZES BATISTA

**PERCEPÇÕES E SIGNIFICADOS DA APNEIA DO SONO: UM ESTUDO
QUALITATIVO COM BASE FENOMENOLÓGICA**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
da Universidade Federal de Uberlândia
como requisito parcial para obtenção do Título de
Bacharel em Fisioterapia.**

Orientador: Prof. Dr. Angelo Piva Biagini

UBERLÂNDIA - MG

2025

ALICE MENEZES BATISTA

**PERCEPÇÕES E SIGNIFICADOS DA APNEIA DO SONO: UM ESTUDO
QUALITATIVO COM BASE FENOMENOLÓGICA**

**Artigo submetido à
Revista Educação Popular**

UBERLÂNDIA - MG

2025

Percepções e significados da apneia do sono: um estudo qualitativo com base fenomenológica

Alice Menezes Batista; Ângelo Piva Biagini.

Resumo

Este estudo qualitativo com análise de Bardin, fundamentado na abordagem fenomenológica, investiga as percepções e significados atribuídos por indivíduos com apneia obstrutiva do sono em seu cotidiano. Por meio de grupos focais, buscou-se compreender a vivência subjetiva desses sujeitos, revelando os impactos físicos, emocionais, psíquicos e sociais da condição. A pesquisa destaca a importância de práticas humanizadas na fisioterapia e demais áreas da saúde, considerando o indivíduo em sua totalidade biográfica, rompendo com o modelo biomédico. A educação em saúde, integrada à escuta ativa e ao acolhimento, mostrou-se eficaz na promoção do empoderamento, autonomia e qualidade de vida dos participantes.

Palavras-chave

Apneia do sono, Fenomenologia, Educação em saúde, Qualidade de vida, Análise de Bardin.

Perceptions and Meanings of Sleep Apnea: a qualitative study with a phenomenological basis

Alice Menezes Batista; Ângelo Piva Biagini.

Abstract

This qualitative study, using Bardin's content analysis and grounded in a phenomenological approach, investigates the perceptions and meanings attributed by individuals with obstructive sleep apnea in their daily lives. Through focus groups, the study aimed to understand the subjective experiences of these individuals, revealing the physical, emotional, psychological, and social impacts of the condition. The research highlights the importance of humanized practices in physiotherapy and other health fields, considering the individual in their full biographical context and breaking away from the biomedical model. Health education, when integrated with active listening and welcoming approaches, proved effective in promoting empowerment, autonomy, and quality of life among participants.

Palavras-chave

Sleep apnea, Phenomenology, Health education, Quality of life, Bardin's content analysis.

Introdução

Em 1834, o médico e cirurgião escocês Robert MacNish definiu o sono como “o estado intermediário entre a vida e a morte; sendo a vida o estado ativo de todas as funções do organismo, e a morte a total supressão deles (The philosophy of sleep, 1834)”. Embora os seres humanos passem cerca de um terço da vida dormindo, o interesse em estudar e definir o sono são relativamente recentes. Graças a avanços científicos e tecnológicos ocorridos entre os séculos XVIII e XIX foi possível estudar com mais precisão o sono e o estado de vigília (Tavares et al., 2023). Atualmente, sabe-se que o sono é essencial para a restauração e regulação cerebral e sua deficiência, como experienciado por indivíduos com Apneia Obstrutiva do Sono (AOS), compromete processos neurais e funções cognitivas, contribuindo para o surgimento ou agravamento de transtornos mentais, distúrbios neurológicos e doenças crônicas (Ramos et al., 2023). Haddad e Gregório (2023) definem sono como processo importante para a homeostase do organismo, regulação de diferentes sistemas fisiológicos, como o cardiovascular, o respiratório e o endócrino. Dessa forma, quando a quantidade ou a qualidade do sono estão comprometidas, diversos sistemas do corpo humano podem ser afetados, resultando em desequilíbrios e prejuízos ao funcionamento geral do organismo.

De modo geral, embora não exista uma definição única e definitiva, o sono pode ser compreendido como um estado neurofisiológico complexo, caracterizado por componentes comportamentais específicos. Ocorre de forma cíclica e diária, sendo marcado por uma redução reversível da responsividade sensorial aos estímulos do ambiente. Trata-se de um processo ativo e não linear, que passa por diferentes fases ao longo da noite (Fernandes, 2006).

Para Haddad e Gregório (2023), os parâmetros para definir a qualidade do sono são: duração do sono (tempo total de sono ao longo de 24h), eficiência do sono (capacidade de adormecer ou retornar ao sono durante a noite), ritmo (padrão de ocorrência do sono ao longo das 24h do dia), alerta (capacidade de manter-se alerta durante o estado de vigília, sem sonolência diurna excessiva) e autopercepção (como o indivíduo enxerga a qualidade do seu sono noturno).

O ciclo vigília-sono nos seres humanos ocorre, aproximadamente, a cada 24 horas, sendo denominado ciclo circadiano. O sono é dividido em dois estágios principais: sono REM (sigla em inglês para *rapid eye movement*) e sono Não REM ou NREM (*non-rapid eye movement*). Este último é subdividido em três fases: estágios 1, 2 e 3, que representam diferentes níveis de profundidade do sono.

Em adultos saudáveis, durante uma noite de sono, o ciclo NREM-REM se repete, em média, de 4 a 6 vezes, com intervalos que variam entre 90 e 120 minutos. O sono REM predomina na segunda metade da noite, representando cerca de 20 a 25% do sono total. Quanto ao sono NREM, o estágio N2 é o mais prevalente, correspondendo a aproximadamente 45 a 55% do sono, seguido pelo estágio N3, com 15 a 20%, e pelo estágio N1, que representa cerca de 2 a 5% (Haddad & Gregório, 2023).

Os distúrbios do sono englobam uma variedade de condições que afetam a qualidade, a duração e o padrão do sono, comprometendo o funcionamento físico, mental e emocional do indivíduo. Entre os principais distúrbios estão a insônia, a AOS, a síndrome das pernas inquietas, a narcolepsia e os distúrbios do ritmo circadiano.

A AOS é uma condição respiratória crônica caracterizada por oclusão total das vias aéreas superiores, transitória e repetitiva, que causa interrupção da respiração durante o sono, afetando significativamente a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde geral dos indivíduos. Embora amplamente estudada sob a ótica biomédica, com ênfase em dados fisiológicos e diagnósticos polissonográficos, ainda são escassos os estudos que buscam compreender como o paciente vivencia a experiência de “dormir mal” e lidar com os impactos subjetivos da AOS em seu cotidiano.

Neste contexto, a fenomenologia se apresenta como uma abordagem metodológica potente para acessar e interpretar os sentidos atribuídos pelos próprios sujeitos à sua experiência com a doença (Gomes et al., 2006). A partir dos pressupostos filosóficos de Edmund Husserl e Maurice Merleau-Ponty, a fenomenologia propõe uma escuta que privilegia a vivência subjetiva, reconhecendo o corpo não apenas como estrutura física, mas como corpo vivido, que sente, percebe e interpreta o mundo ao seu redor. Isso é particularmente relevante na abordagem de condições como a AOS, que afeta não apenas o corpo físico, mas também o humor, as relações interpessoais, a produtividade e a autopercepção.

O objetivo deste estudo foi investigar, por meio de uma pesquisa qualitativa com grupo focal, tendo base nos conceitos de fenomenologia, as percepções, sentimentos e significados atribuídos por pessoas com AOS. A partir disso, contribuir para uma compreensão mais humanizada do processo saúde-doença, ampliando a visão dos profissionais de saúde – especialmente da fisioterapia – para além dos parâmetros objetivos, a fim de estimular uma prática pautada na escuta, no acolhimento e no respeito à singularidade de cada sujeito.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa avaliativa e exploratória com abordagem qualitativa. Para Lima e Sampaio (2023) este formato de pesquisa visa compreender os comportamentos do público-alvo. Ela fornece descrições detalhadas de fenômenos, comportamentos e experiências pessoais, tendo como produto uma riqueza de detalhes emergida da profundidade da interação entre indivíduos, servindo como base para pesquisas futuras, uma vez que permite levantar hipóteses e expectativas (Câmara, 2013).

A abordagem qualitativa com grupo focal é muito utilizada em pesquisas deste âmbito. Oliveira et al. (2021) definem que o objetivo do grupo focal é gerar interações grupais entre os participantes, onde há uma discussão orientada, realizada através do moderador. Este, deve facilitar a interação e garantir o enfoque no tema, criando um ambiente acolhedor que incentive o compartilhamento de opiniões e experiências. Além disso, há um observador que contribui com suas impressões sobre a condução após a conclusão do grupo. Trata-se, portanto, de uma técnica onde o objetivo é reunir informações, em vez de alcançar a unidade de pensamentos, através de entrevistas semi padronizadas, que combinam o foco de um problema particular com a liberdade das declarações dos voluntários (Lima e Sampaio, 2023).

Este estudo foi realizado com 20 voluntários, recrutados a partir da divulgação de uma pesquisa mais ampla nas mídias sociais e panfletos. Inicialmente houve uma triagem onde estes deveriam obedecer ao seguintes critérios de inclusão: apresentar idade entre 30 e 60 anos, ambos os sexos, que estivessem em condições cognitivas adequadas para participar do grupo, apresentasse sintomas de AOS com pontuação de 2 ou 3 (alto risco) no questionário de Berlin. **Esse** questionário avalia o risco de AOS através de dados de sintomas e do exame físico. É composto de 10 questões, divididas em três diferentes categorias: ronco e apneia presenciada; sonolência e fadiga; obesidade (Índice de Massa Corporal e Hipertensão Arterial Sistêmica). Sua pontuação total varia de 0 a 3, sendo que 0-1 indica baixo risco e 2-3 indica alto risco de AOS (Peres, 2024). Foram excluídas pessoas que estivessem em tratamento para AOS com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) e àqueles que não concordassem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); além daqueles que não comparecessem à avaliação inicial.

Os voluntários foram divididos em três subgrupos de acordo com o período de disponibilidade para participarem das reuniões sendo um grupo no período da manhã (média

de 2 a 4 voluntários), outro no período da tarde (média de 4 a 6 voluntários) e outro no período da noite (média de 4 a 6 voluntários).

As reuniões aconteceram nas dependências da FAEFI – Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia, em uma sala de aula com recurso multimídia (data-show). Foram realizadas seis reuniões, com frequência quinzenal, ao longo de 12 semanas. Cada encontro com duração de 50 minutos onde os voluntários eram indagados sobre uma temática previamente escolhida e incentivados a manifestarem suas opiniões, sentimentos e sensações, de modo a gerar interação com o grupo. Após as discussões, foram discutidas algumas orientações teóricas com o objetivo de empoderá-los sobre a temática apresentada e implementar hábitos saudáveis com a finalidade de melhorar a qualidade de vida através da educação em saúde. Ao final dos seis encontros, os participantes receberam uma cartilha impressa com a síntese do conteúdo abordado, a fim de terem acesso às informações desenvolvidas, consolidarem seu conhecimento e transmitirem aos seus familiares.

Todas as reuniões foram conduzidas a partir de uma sequência planejada, que consistia em:

1. Exploração de quais mudanças/hábitos haviam incorporado desde o último encontro, bem como as maiores dificuldades e desafios, percepções de melhora ou piora;
2. Perguntas norteadoras referentes à conhecimentos prévios e opiniões pessoais sobre o tema a ser abordado no dia;
3. Explicação e exploração do tema;
4. Debate através de demais perguntas norteadoras;
5. Propósitos de mudança da semana.

Os temas do encontros foram:

1. O que é apneia do sono;
2. O que é o sono;
3. Consequências de dormir mal;
4. O cochilo recupera o sono perdido?;
5. Higiene do sono;
6. Exercício físico e sono .

Em todos os encontros as perguntas norteadoras, responsáveis por gerar interação entre os voluntários, foram: “O que você sabe sobre o assunto?”; “O que você pensa a

respeito dessa informação?"; "Como isso se aplica na sua realidade?"; "Como você se sente em relação a isso?";

Mediante escuta atenta e qualificada, as reuniões foram gravadas por recurso multimídia, com consentimento de todos os participantes, e posteriormente transcritas. A partir da transcrição realizou-se análise através do método de Análise de Conteúdo da pesquisadora Laurence Bardin, que consiste em três fases. A primeira fase é a pré-análise, consiste em escolher o material de análise bem como os objetivos finais e a formulação de hipóteses. Trata-se da organização do material. A segunda fase é a exploração do material, refere-se à administração das decisões tomadas anteriormente, através da exploração e codificação do material obtido. O material é separado em códigos/unidades de registro, que são posteriormente agrupados em categorias de acordo com a similaridade entre os relatos. A última etapa, tratamento dos resultados e interpretação, consiste em analisar, interpretar e levantar inferências do material escolhido. Para identificar os voluntários, seus nomes estão preservados e sua identificação acontece por meio do código P (pessoa) mais o número que corresponde a cada indivíduo. Cada voluntário é identificado por apenas um número e este é o mesmo em todos os encontros.

Resultados e Discussão

Após análise do material, criou-se uma divisão de códigos posteriormente agrupados por categorias. Estes, exploram a subjetividade envolvida no processo saúde-doença a partir dos relatos do próprio indivíduo, em consonância com a abordagem fenomenológica, que valoriza a experiência vivida e a percepção singular de cada sujeito. Tal perspectiva é especialmente relevante diante da predominância do modelo biomédico, que tende a reduzir a compreensão da saúde ao diagnóstico e aos aspectos biológicos, desconsiderando a singularidade da existência humana. A fenomenologia, ao contrário, reconhece o indivíduo como um ser biográfico, cujas vivências, sentidos e significados são fundamentais para a compreensão integral de sua condição de saúde.

Quadro 1 - códigos e categorias a partir das interações grupais.

Categoria	Códigos
<i>A - Apneia, privação de sono e ronco</i>	<i>(P8): "O sono é um dispositivo de sobrevivência, pra você ficar equilibrado.";</i>

(P7): "O sono faz falta, né?"

(P17): "Se eu passar menos de sete horas dormindo eu não fico bem."

(P17): Eu queria não sentir tanto sono igual eu sinto."

(P1): "No volante eu tenho que andar rápido pra não dormir".

(P5): "E eu não tomo remédio pra dormir porque eu não preciso, eu não quero." (..).

(P5): "Eu durmo mal toda noite, eu tenho insônia. (...) Sou assim desde criança. (...) Eu não gosto de dormir. Eu durmo porque eu tenho que dormir, mas eu preferia ficar acordada."

(P1): " Eu posso dormir o dia todo que eu continuo com sono. Aí, o que faço, eu fico o dia inteiro tomando energético e café."

(P17) "A época que eu trabalhava na padaria, que eu pegava serviço quatro horas da manhã, eu vivia brigando. (...) Eu acordava com dor de cabeça, eu tinha crise de enxaqueca."

(P10): "Estou casado há uns sete meses, mais ou menos. Minha esposa reclama. Ela

	<i>falou que eu tenho roncado constantemente."</i> <i>(P17): "Nem eu iria querer dormir comigo mais."</i> <i>(P17): "Quando a gente descobre e escuta o ronco da gente é triste demais, né."</i>
<i>B - Higiene do sono e ronco</i>	<i>(P18): "Mudar essa questão de não comer muito a noite realmente está ajudando. (...) No início das reuniões eu bebia, agora eu parei de beber. Tudo é escolha, o processo é gradativo. Daqui 5, 10 anos eu não quero estar igual eu estou agora.";</i> <i>(P1): "Tem diferença. A alimentação dá diferença, fazer a higiene do sono, preparar para o sono, dá diferença. (...) Mas é difícil."</i> <i>(P4): "Ultimamente meu sono melhorou muito."</i>
<i>C - Exercício físico e o sono</i>	<i>(P4): "Sinto que quando estou em uma rotina de exercício físico aeróbico intenso eu tenho um sono melhor."</i> <i>(P2): "O exercício ajuda, relaxa, dorme melhor. O problema é só começar porque depois que você começa é tudo de bom."</i>

--	--

Fonte: os autores (2025).

Na categoria A - Apneia, privação de sono e ronco, os participantes relataram intensamente os efeitos da má qualidade do sono em suas rotinas e na percepção de si. Quando questionados “Por que nós dormimos?”, falas como (P8) ”O sono é um dispositivo de sobrevivência, pra você ficar equilibrado.” e (P17) "Se eu passar menos de sete horas dormindo eu não fico bem” reforçam a centralidade do sono para o equilíbrio físico e emocional, sendo um importante indicador de saúde.

(P17) “A época que eu trabalhava na padaria, que eu pegava serviço quatro horas da manhã, eu vivia brigando (...) Eu acordava com dor de cabeça, eu tinha crise de enxaqueca.” e “(P5): (...) Eu não gosto de dormir. Eu durmo porque eu tenho que dormir, mas eu preferia ficar acordada.”

Ramos et al. (2023) trazem o sono como pilar essencial da saúde pública, pois sua priorização e o tratamento de distúrbios relacionados podem promover o bem-estar individual e comunitário. Iniciativas de saúde pública que abordam a conexão entre sono, saúde mental e doenças crônicas se fazem necessárias para elaboração e implementação de estratégias que melhorem a saúde geral da população. Além disso, Morey et. al (2023) mostraram como um sono de má qualidade interfere diretamente nos aspectos de estresse e autoavaliação de bem-estar percebidos pelo próprio sujeito, sendo um fator-chave na relação estresse-saúde.

O sono de má qualidade leva à sonolência diurna excessiva, esta compromete atividades cotidianas, como o trabalho e a condução de veículos (P17): "Se eu passar menos de sete horas dormindo eu não fico bem (..) Eu queria não sentir tanto sono igual eu sinto.", (P1): "No volante eu tenho que andar rápido pra não dormir". Sabe-se que a restrição do sono causa sonolência diurna excessiva, falta de memória, diminui o estado de alerta e a capacidade cognitiva. O relato deste voluntário revela aspectos bastante preocupantes. Em primeiro lugar, destaca-se o hábito de dirigir em alta velocidade, o que aumenta significativamente o risco de acidentes de trânsito, como colisões e atropelamentos, colocando outras pessoas em perigo. Por outro lado, se ele fosse simplesmente orientado a reduzir a velocidade e respeitar os limites legais, surgiria outro risco: o de adormecer ao volante, devido à sonolência excessiva provocada pela (AOS). A privação de sono, portanto, representa um perigo não apenas para os indivíduos acometidos pela AOS, mas para toda a sociedade.

Luyster et al. (2016) identificaram relatos de cansaço extremo ao longo do dia entre indivíduos com apneia do sono, frequentemente descrito como uma sensação semelhante à de uma forte ressaca ou embriaguez. Em busca de alívio, muitos recorrem ao consumo excessivo de bebidas com cafeína e outros estimulantes, como evidencia o relato de um participante: (P1) “Eu posso dormir o dia todo que eu continuo com sono. Aí, o que faço, eu fico o dia inteiro tomando energético e café” . Esse comportamento, aliado à própria fisiopatologia da doença, contribui para o aumento do risco de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), comorbidade frequentemente associada à AOS. De acordo com Santos et al. (2023) e outros autores, a AOS é considerada um fator preditivo para o desenvolvimento de HAS, principalmente em decorrência dos episódios recorrentes de hipóxia aguda durante o sono.

(P5): “Eu durmo mal toda noite, eu tenho insônia. (...) Sou assim desde criança.” Esse relato permite refletir sobre a possibilidade da apneia obstrutiva do sono (AOS) estar presente desde a infância. Considerando o contexto de uma criança em idade escolar, a restrição de sono causada pela AOS pode ter impactos significativos, especialmente no desempenho acadêmico e nas consequências associadas a esse baixo rendimento. Rosa et al. (2022) destacam que dificuldades escolares podem desencadear uma série de problemas, como conflitos no ambiente familiar, abandono escolar, baixa autoestima, episódios de bullying e, futuramente, prejuízos na vida profissional. Além disso, o depoimento de P5 suscita questionamentos sobre até que ponto o sono inadequado desde a infância pode ter contribuído para o desenvolvimento das comorbidades atuais observadas em outro participante, P17 — um indivíduo com alto índice de massa corporal (IMC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e transtornos afetivos, como depressão, ansiedade e síndrome do pânico.

Devido à falta de informação sobre a AOS, muitos indivíduos só procuram o sistema de saúde e recebem o diagnóstico após relatos de parceiros(as), geralmente após o início da vida conjugal, como exemplifica o relato de (P10) "Estou casado há uns sete meses, mais ou menos. Minha esposa reclama. Ela falou que eu tenho roncado constantemente." Esse dado evidencia a relevância do cônjuge no processo saúde-doença. De acordo com Luyster et al. (2016), em pacientes com doenças crônicas, o apoio e o envolvimento percebidos por parceiros(as) estão associados tanto a benefícios, como maior engajamento no cuidado, quanto à diminuição da adesão aos tratamentos, dependendo da dinâmica relacional.

No caso de (P17), por exemplo, o participante relatou que precisa constantemente alugar um segundo quarto ao viajar com a família: "Nem eu iria querer dormir comigo mais." Normalizar esse tipo de situação é ignorar os impactos financeiros e emocionais que recaem sobre a estrutura familiar, como a separação física entre o indivíduo, o(a) cônjuge e os filhos

durante momentos de convivência e lazer. Além disso, P17 demonstrou resistência ao uso do CPAP, alegando que o equipamento não trata a causa do problema, apenas controla os sintomas, além de ser desconfortável e ter um custo elevado. Essa resistência também foi observada no estudo de Luyster et al. (2016), que identificou relatos semelhantes quando os participantes foram questionados sobre os motivos da não adesão ao tratamento com CPAP.

A mesma resistência pode ser observada no seguinte relato: “E eu não tomo remédio pra dormir porque eu não preciso, eu não quero” (P5). Esse posicionamento evidencia uma fragilidade do modelo biomédico tradicional, que tende a ignorar aspectos subjetivos e socioculturais determinantes no processo saúde-doença. A recusa ao uso de medicamentos ou ao CPAP pode ser compreendida não apenas como resistência, mas como uma forma de expressão da autonomia e da percepção individual sobre o cuidado. Embora o uso desses recursos terapêuticos seja benéfico em muitos casos, é fundamental considerar outras abordagens que respeitem a individualidade, ampliando a visão para além da prescrição medicamentosa. Campos e Saidel (2022) ressaltam a importância das pesquisas qualitativas justamente por permitirem compreender, descrever e superar as experiências relatadas pelos sujeitos, possibilitando a formulação de estratégias de promoção à saúde mais eficazes, baseadas na percepção e nas necessidades reais dos indivíduos, o que favorece a adesão ao tratamento. É importante compreender o paciente como protagonista do seu tratamento.

Categoria B - Higiene do sono

Ao serem questionados sobre a higiene do sono durante os encontros, muitos voluntários relataram a adoção de hábitos prejudiciais à qualidade do sono, frequentemente sem sequer terem consciência de que esses comportamentos eram nocivos. Alguns participantes mencionaram ter tido contato com o termo "higiene do sono" apenas ao receberem a cartilha informativa, o que evidencia uma lacuna importante de informação. Isso é especialmente preocupante, considerando que, além da obstrução física característica da apneia obstrutiva do sono (AOS), fatores externos e comportamentais podem agravar ainda mais a má qualidade do sono.

Dentro dessa categoria, discutiu-se a implementação prática de medidas de higiene do sono, com o objetivo de identificar possíveis melhorias percebidas pelos participantes. Os relatos indicaram que pequenas mudanças no estilo de vida foram capazes de gerar efeitos positivos, como exemplifica (P18) "Mudar essa questão de não comer muito à noite realmente está ajudando." Em outro momento, o mesmo participante reforça o impacto dessas mudanças: "No início das reuniões eu bebia, agora eu parei de beber. (...) Daqui 5, 10 anos eu

não quero estar igual eu estou agora." Esses depoimentos mostram que intervenções simples, quando orientadas e compreendidas pelo indivíduo, podem promover ganhos significativos na qualidade do sono e, por consequência, na saúde geral.

A alimentação desempenha um papel fundamental na qualidade do sono, uma vez que os tipos de alimentos consumidos influenciam diretamente os processos fisiológicos do organismo durante o repouso. Brinks et al. (2020), destacam uma conexão significativa entre a qualidade dos carboidratos ingeridos (considerando o teor de fibras e o grau de processamento dos alimentos) e a qualidade do sono. Dietas ricas em massas, doces, bebidas açucaradas, associadas à ausência do café da manhã e a refeições irregulares, estão correlacionadas a padrões de sono mais pobres. Em contrapartida, padrões alimentares que priorizam o consumo de peixes, frutos do mar e vegetais demonstram favorecer um sono mais reparador. Além disso, fatores como a carência de nutrientes essenciais, o consumo calórico excessivo e o hábito de realizar refeições muito tarde também exercem influência negativa sobre a qualidade do sono.

Alijanzadeh et al. (2023), identificaram em seu estudo, que intervenções educativas em saúde foram eficazes para a melhora da qualidade do sono — um achado que também se refletiu no presente estudo, conforme demonstra o relato de (P4): "Ultimamente meu sono melhorou muito. Eu tentei seguir algumas recomendações mais à risca, como reduzir os estímulos." As orientações repassadas aos participantes estavam centradas em medidas de higiene do sono, com o objetivo de promover um ambiente e uma rotina mais favoráveis ao descanso. Entre as recomendações destacam-se: manter o quarto em condições adequadas (preferencialmente fresco, escuro e silencioso); evitar o uso de aparelhos eletrônicos ao menos uma hora antes de dormir; incorporar práticas breves de meditação ou atividades relaxantes na rotina noturna; associar o quarto exclusivamente ao sono, evitando realizar outras atividades no ambiente, como comer, assistir televisão, estudar ou ler; praticar exercícios físicos regularmente, desde que não sejam intensos próximos ao horário de dormir; fazer refeições leves à noite, evitando alimentos gordurosos, açucarados ou em grande volume; garantir exposição à luz solar durante o dia; e, por fim, adotar estratégias relaxantes como banhos quentes ou o consumo de bebidas calmantes antes de dormir. Essas medidas, ainda que simples, mostraram-se eficazes para muitos participantes, reforçando a importância da educação em saúde como estratégia de cuidado e prevenção.

Categoria C - Atividade e exercício físico, e seu impacto no sono.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define por atividade física qualquer atividade que tenha gasto energético, enquanto o exercício físico se trata de uma atividade estruturada, padronizada, com tempo pré-determinado, com finalidade de manter ou melhorar o condicionamento físico. Nesta categoria foram trazidos os sentimentos dos indivíduos com relação a prática de exercício físico e a higiene do sono.

Nas diretrizes da OMS para prática de exercício físico e comportamento sedentário (2020) tem-se que o recomendado é de 150 a 300 minutos de atividade física de moderada intensidade por semana para todos os adultos. Entretanto, ela traz que qualquer atividade física é melhor do que nenhuma, e quanto mais tempo, melhor. Trocar a ida à padaria de carro por uma caminhada leve já produz mudanças fisiológicas no nosso organismo. Em contraposição, a maior parte dos voluntários relatou não praticar nenhum exercício físico e atividade física muito baixa, uma vez que o deslocam-se de carro e suas funções laborais são sentados, em escritório.

Segundo Martins et al. (2001), o exercício físico é amplamente reconhecido como essencial para a promoção da saúde e qualidade de vida, ajudando a reduzir o risco de doenças crônicas e a aumentar a longevidade. Algumas teorias que tentam explicar os efeitos do exercício físico sobre o sono se apoiam no gasto energético durante o exercício, que induz sobretudo ao sono de ondas lentas, como uma necessidade do corpo de restauração; (P4): "Sinto que quando estou em uma rotina de exercício físico aeróbico intenso eu tenho um sono melhor.". Além disso, consideram que o aumento da temperatura corporal tem papel importante. Em alguns estudos, o exercício mostrou-se capaz de reduzir a latência para o início do sono; P2): "O exercício ajuda, relaxa, dorme melhor. O problema é só começar porque depois que você começa é tudo de bom." Para orientações realistas, foram recomendados conteúdos nas mídias sociais para treinos rápidos em casa. O principal era introduzir a prática, ainda que fosse pouco.

A educação em saúde tem papel fundamental para promover reflexões e práticas que estimulem a construção de atenção à saúde integral, onde os indivíduos obtenham domínio e controle sobre suas vidas, rompendo-se com a dominação do modelo biomédico, onde apenas uma categoria torna-se detentora do conhecimento sobre o processo saúde-doença (Meneses et al., 2025).

Aliado a isso, pautar-se na fenomenologia é fundamental para fornecer ao fisioterapeuta outro meio de enxergar a doença a partir do que o indivíduo traz consigo a respeito dela. A escuta ativa é parte essencial de um tratamento centrado na pessoa humana.

Considerações finais

A partir da abordagem qualitativa fenomenológica, este estudo buscou compreender como pessoas com AOS vivenciam sua condição no cotidiano. Ao considerar o indivíduo como ser biográfico, pertencente a um corpo vivido, a pesquisa permitiu acessar dimensões subjetivas muitas vezes invisibilizadas na prática clínica tradicional, evidenciando medos, limitações, adaptações e sentidos atribuídos à experiência de dormir mal.

Nesse contexto, a fenomenologia mostrou-se uma ferramenta metodológica valiosa para ampliar o olhar da fisioterapia, permitindo um cuidado mais acolhedor e sensível às singularidades. A educação em saúde, quando integrada a essa perspectiva, deixa de ser um repasse de informações e torna-se um processo dialógico, didático e acolhedor, capaz de promover maior autonomia e participação dos sujeitos no seu próprio cuidado.

Assim, a articulação entre fenomenologia, educação em saúde e fisioterapia favorece práticas mais humanizadas e coerentes com as necessidades reais dos pacientes com AOS, contribuindo para um cuidado que valoriza a escuta atenta e a experiência do sujeito, a partir de um novo significado.

Conclui-se que através da educação em saúde, os indivíduos tornam-se mais empoderados e pertencentes à própria condição de saúde. Tendo conhecimento sobre o seu corpo, transformam-se mais empoderados para adotar medidas eficazes para melhora da qualidade de vida. Oferecer educação em relação a conceitos de sono e hábitos de vida é eficaz no processo de autonomia do cuidado e deve ser uma opção considerada pelos profissionais da saúde, além do diagnóstico clínico. Portanto, fisioterapeutas devem pensar o indivíduo como ser biopsicossocial, onde o cuidado ultrapassa o limite das técnicas de promoção, prevenção e reabilitação.

Referências Bibliográficas

ALIJANZADEH, Mehran et al. **Sleep hygiene behaviours mediate the association between health/e-health literacy and mental wellbeing.** Health Expectations, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 2349–2360, 2023. DOI: 10.1111/hex.13837. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37551056/>. Acesso em: 20 fev. 2025.

ALMEIDA, R. M. de et al. **Efeitos do treinamento físico sobre a saúde mental e qualidade de vida em idosos.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 27, n. 6, p. 495-500, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/Qx7dGkyHS3rMhTrXFzkGqt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 nov. 2024.

ALMEIDA, R. M. de et al. **Tendências atuais em atividade física: a relação entre comportamento e saúde.** Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 27, n. 5, p. 443-449, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/7HvGSB64qpYmPjd98KTDSdx/#>. Acesso em: 10 fev. 2025.

BORGES, T. L. et al. **Impacto de um programa de treinamento físico no desempenho físico e na qualidade de vida de idosos.** Revista Paulista de Pediatria, v. 42, n. 4, p. 486-492, 2020. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/545/337>. Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. **Exercício físico x atividade física: você sabe a diferença?** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/exercicio-fisico-x-atividade-fisica-voce-sabe-a-diferenca>. Acesso em: 10 fev. 2025.

CHANG, J. W. et al. **Effects of exercise on depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis.** Journal of Psychiatric Research, v. 118, p. 153-163, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6879580/>. Acesso em: 03 nov. 2024.

HUDSON, Amanda N.; VAN DONGEN, Hans P. A.; HONN, Kimberly A. **Sleep deprivation, vigilant attention, and brain function: a review.** Neuropsychopharmacology, v. 45, n. 1, p. 21–30, 2020. DOI: 10.1038/s41386-019-0432-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6879580/>. Acesso em: 20 fev. 2025.

LEE, Y. J. et al. **The effects of aerobic exercise on depression and anxiety in patients with mental disorders.** Journal of Affective Disorders, v. 242, p. 135-142, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10487788/>. Acesso em: 24 jan. 2025.

MARTINS, R. A.; FREITAS, C. M. de A. **A formação do sujeito e a prática pedagógica: um estudo sobre a educação infantil na perspectiva psicanalítica.** Psicologia em Estudo, v. 27, p. 387-396, 2022. Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862022000300014.

Acesso em: 10 fev. 2025.

MOREY, B. N.; RYU, S.; SHI, Y.; LEE, S. **The mediating role of sleep disturbance on the association between stress and self-rated health among Chinese and Korean immigrant Americans.** *Preventing Chronic Disease*, Atlanta, v. 20, e04, 26 jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5888/pcd20.220241>. Acesso em: 18 set. 2024.

PERES, Alinny Cristiny de Araujo. **A eficácia do exercício resistido comparado aos exercícios orofaciais como tratamento dos sintomas e repercussões da síndrome da apneia obstrutiva do sono.** 2024. 75 f. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024. DOI: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.8126>. Acesso em: 12 dez. 2024.

SILVA-SOBRINHO, Reinaldo Antonio; RUFFINO-NETTO, Antonio. **O processo saúde-doença na perspectiva cultural: apontamentos para a pandemia SARS-CoV2/COVID-19.** *Revista de Pesquisa em Qualidade (RPQ)*, v. 10, n. 23, 2022. DOI: 10.33361/RPQ.2022.v.10.n.23.451. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.23.451>. Acesso em: 10 nov. 2024.

THOMAS, K. E. et al. **The effects of aerobic exercise on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment: A systematic review.** *Psychiatry Research*, v. 275, p. 145-153, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10365017/>. Acesso em: 03 nov. 2024.