

de Oliveira Araújo, Claudia Lysia; Filomena Ceolim, Maria
Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 44, núm. 3, septiembre, 2010, pp. 619-626
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033305010>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,
ISSN (Versão impressa): 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência*

SLEEP QUALITY OF ELDERS LIVING IN LONG-TERM CARE INSTITUTIONS

CALIDAD DEL SUEÑO DE ANCIANOS RESIDENTES EN INSTITUCIONES DE LARGA PERMANENCIA

Claudia Lysia de Oliveira Araújo¹, Maria Filomena Ceolim²

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do sono de idosos residentes em quatro instituições de longa permanência para idosos (ILPI) de uma cidade do interior do estado de São Paulo e identificar problemas relacionados ao sono. Participaram 38 idosos, cujas funções cognitivas estavam preservadas e que residiam nas ILPI há pelo menos um ano. Foram empregues os instrumentos Ficha de Identificação, Índice de Katz e Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), todos preenchidos pela pesquisadora. Os resultados mostraram que 81,6% dos idosos referiam qualidade do sono boa ou muito boa; entretanto, os seguintes problemas relacionados ao sono destacaram-se por sua elevada frequência: levantar-se para ir ao banheiro (63,2%); acordar no meio da noite ou muito cedo pela manhã (50%); sentir muito calor (23,7%); sentir dores (21,1%). Evidencia-se uma contradição entre a percepção da qualidade do sono e o elevado número de problemas identificados.

DESCRIPTORES

Sono.
Idoso.
Instituição de Longa Permanência para Idosos.
Enfermagem.

ABSTRACT

This study was aimed at evaluating sleep quality and identifying sleep related problems among elderly people living in long-term care institutions in the city of São Paulo, Brazil. Subjects were 38 cognitively preserved elders living in these institutions for at least a year. Data collection was performed using the following instruments: Identification Form, Katz Index and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Results showed that 81.6% of the studied elders reported their sleep quality was good or very good. Nevertheless, there was an elevated frequency of sleep related problems such as: getting up to go to the bathroom (63.2%); getting up in the middle of the night or very early in the morning (50%); feeling too hot (23.7%); feeling pain (21.1%). These findings show an evident contradiction between elders' perception of their sleep quality and the actual elevated number of identified sleep problems.

KEY WORDS

Sleep.
Aged.
Homes for the Aged.
Nursing.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la calidad del sueño de ancianos residentes en cuatro instituciones de larga permanencia para ancianos (ILPI, siglas en portugués) de una ciudad del interior del estado de San Pablo, Brasil, e identificar problemas relacionados con el sueño. Participaron 38 anciano, cuyas funciones cognitivas estaban preservadas y que habían residido en las ILPI por lo menos por un año. Fueron empleados los instrumentos Ficha de Identificación, Índice de Katz e Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), todos completados por la investigadora. Los resultados demostraron que el 81,6% de los ancianos referían calidad de sueño buena o muy buena, mientras que los siguientes problemas relacionados al sueño se destacaron por su elevada frecuencia: levantarse para ir al baño (63,2%), despertar en medio de la noche o por la mañana demasiado temprano (50%), sentir mucho calor (23,7%), sentir dolores (21,1%). Se evidencia una contradicción entre la percepción de la calidad del sueño y la elevada cantidad de problemas identificados.

DESCRIPTORES

Sueño.
Anciano.
Hogares para Ancianos.
Enfermería.

* Extraído da dissertação "Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência", Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2008. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas. Professora Assistente II das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila de Lorena. Lorena, SP, Brasil. claudia-lysia@ig.com.br ² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. fceolim@unicamp.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno novo, ao qual mesmo os países desenvolvidos ainda estão tentando se adaptar. O que era no passado uma marca de alguns poucos países passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo.

Estima-se que, em 2006, a população brasileira com mais de 60 anos seja da ordem de 17,6 milhões de habitantes. Uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza. Aposentadorias e pensões constituem a sua principal fonte de rendimentos, mas seus baixos valores são insuficientes para o provimento de todas as necessidades do idoso que reside na comunidade, mormente quando acometido por doenças crônicas que comprometam a sua independência. O investimento público em programas de suporte aos idosos e aos cuidadores também é insuficiente. A soma desses fatores torna a institucionalização uma alternativa quase que inevitável para os idosos menos favorecidos economicamente que enfrentam um processo de adoecimento ou dependência, bem como para aqueles que não conseguem manter suas necessidades de subsistência na comunidade, quando residem sós ou com familiares que não têm condições de oferecer a eles cuidados ou sustento adequados⁽¹⁾.

A transferência do próprio lar para uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) é sempre um grande desafio para o idoso, pois este se depara com uma transformação muitas vezes radical do seu estilo de vida.

Dentre as várias conseqüências do ingresso do idoso no ambiente institucional, encontra-se a deterioração da qualidade do sono que pode ser atribuída, em grande parte, ao ambiente e às rotinas da ILPI. A institucionalização parece acentuar a tendência às alterações específicas que ocorrem no sono com o envelhecimento, propiciando modificações na sua quantidade e qualidade, com impacto negativo na qualidade de vida⁽²⁾.

As alterações do sono associadas ao processo de envelhecimento, tais como o aumento da latência, a redução da eficiência, o aumento das interrupções, o despertar precoce, a redução dos estágios de sono profundo e os distúrbios do ritmo circadiano de vigília/sono, podem estar presentes com maior frequência ou gravidade nos residentes das ILPI⁽³⁾. Os distúrbios de sono são mais comuns e mais severos entre idosos residentes em ILPI dos que entre os residentes na comunidade. Uma das principais alterações observadas é a marcada fragmentação do sono, com despertares noturnos freqüentes, que podem produzir sonolência diurna excessiva. Condições clínicas e psiquiátricas associadas à má qualidade do sono também são prevalentes na ILPI e contribuem para aumentar a freqüência das queixas a esse respeito. Medicamentos diversos podem agravar os problemas de

sono, inclusive os hipnóticos, em especial quando se tenta fazer a sua retirada após uso prolongado⁽²⁾.

A permanência em ambientes que oferecem pouco estímulo durante o dia e a reduzida presença de informações referenciais de tempo ou de contrastes entre o dia e noite podem levar os indivíduos a apresentarem padrões irregulares do ciclo vigília/sono e decréscimo na qualidade de sono, ou agravar distúrbios já existentes. Essas características ambientais costumam ser marcantes nas ILPI, conhecidas pelas rotinas monótonas e pouco estimulantes que encorajam a inatividade durante o dia, enquanto que a noite costuma ser perturbada pelos residentes que apresentam distúrbios comportamentais, pelas luzes acesas inoportunamente nos dormitórios pelos funcionários de enfermagem, e pelos sons diversos associados a essas ocorrências⁽³⁾.

O sono de má qualidade e os distúrbios do sono têm particular relevância entre os idosos, pois além de muito freqüentes podem causar prejuízos ao cotidiano e à saúde.

Dificuldade em manter a atenção, redução da velocidade de resposta, prejuízos da memória, da concentração e do desempenho podem ser o resultado do sono de má qualidade. Destaca-se que, em especial nos idosos, esses sinais podem ser interpretados como indicativos de prejuízo cognitivo ou de demência. A redução da velocidade de resposta é particularmente importante, pois pode afetar a capacidade de dirigir e aumentar o risco de quedas. Além disso, ressalta-se a associação entre o sono de má qualidade e a redução da sobrevida. A mortalidade devido a causas comuns em idosos (doença cardiovascular, acidente vascular encefálico e câncer, por exemplo) é cerca de duas vezes maior em pessoas com distúrbios do sono

do que naqueles com sono de boa qualidade. Outros problemas relacionados ao sono de má qualidade incluem a dificuldade em manter um bom relacionamento familiar e social, o aumento da incidência de dor, a tendência à má avaliação da própria saúde, a capacidade reduzida para realizar as tarefas diárias e o aumento da utilização de serviços de saúde⁽²⁾.

Entretanto, os profissionais de saúde parecem ainda pouco atentos à investigação do sono em qualquer faixa etária. No que tange ao idoso, freqüentemente esses profissionais deixam de considerar as implicações da má qualidade do sono no cotidiano e mesmo na saúde do idoso, negligenciando o seu potencial para causar prejuízo na qualidade de vida dessa população.

Espera-se contribuir com as ILPI, utilizando o conhecimento obtido para orientar ações educativas direcionadas à equipe de enfermagem, visando minimizar os problemas de sono e promover sono de melhor qualidade para o idoso institucionalizado.

OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos avaliar a qualidade do sono de idosos residentes nas ILPI de uma cidade do interior do Estado de São Paulo; identificar, nos idosos institucionalizados, a prevalência de problemas relacionados ao sono; e verificar a associação entre a qualidade do sono e sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, número de idosos que compartilhavam o dormitório, locomoção, tempo de residência na ILPI e grau de dependência para atividades de vida diária.

MÉTODO

Tipo de estudo: pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa.

Local do estudo: realizado em quatro ILPI de uma cidade do interior do estado de São Paulo. À época da coleta de dados (junho de 2007), estimava-se que 16.662 pessoas (15,4% da população total) com 60 anos ou mais residiam na cidade, das quais 105 nas ILPI existentes.

Aspectos éticos: este estudo atende aos requisitos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Teresa D'Ávila (FATEA) sob o número 24/2006.

Casuística: os idosos participantes atendiam a todos os critérios de inclusão, e a nenhum dos critérios de exclusão previamente estabelecidos. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos, residente na ILPI há pelo menos um ano, capaz de responder coerentemente aos instrumentos e participação voluntária, assinando (ou apondo a impressão digital ao) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: insensibilidade visual à luz; distúrbio cognitivo identificado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Dentre 105 idosos residentes, 38 (36,2% do total) participaram do estudo. Os demais 67 foram excluídos devido à pontuação do MEEM, sugestiva de déficit cognitivo segundo os critérios adotados: 19 pontos para analfabetos, 23 para até oito anos de escolaridade e 26 para escolaridade acima de oito anos.

Instrumentos de coleta de dados

1. Ficha de Identificação: empregada para caracterizar a população quanto a dados sócio-demográficos (sexo, idade, estado civil, religião, escolaridade, ocupação profissional antes da aposentadoria, número de filhos), de moradia (data da admissão na ILPI, motivo da institucionalização, número de acompanhantes no dormitório) e de saúde (capacidade de locomoção, doenças atuais e pregressas); elaborada para este estudo e avaliada por juízes.

2. Índice de Katz: empregado para avaliar o desempenho dos idosos nas atividades de vida diária (AVD); neste estudo, os resultados da avaliação com o Índice de Katz (grau de dependência do idoso) foram agrupados em três

categorias: independência (grau A de Katz); dependência moderada (graus B e C de Katz); dependência acentuada (graus D a G de Katz)⁽⁴⁾.

3. Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI): empregado para avaliar a qualidade do sono. É composto por sete componentes (qualidade do sono, latência, duração, eficiência, distúrbios do sono noturno, uso de medicamentos para dormir e sonolência diurna), cada qual pontuado de zero a três, cuja soma resulta em um escore global que pode variar de zero a 21 pontos. Os valores mais elevados indicam sono de pior qualidade e escores acima de cinco sugerem sono de má qualidade. Outras questões, não computadas no escore final, complementam a avaliação do padrão de sono: horário de deitar e despertar, hábito de cochilar ou fazer a sesta⁽⁵⁾.

Coleta de dados: após aprovação das ILPI envolvidas, os dados foram coletados por uma das pesquisadoras, que selecionou os idosos e registrou as respostas nos instrumentos, em data e local de preferência dos residentes. A exceção foi o Índice de Katz, preenchido por meio da observação do idoso, complementada por informações das cuidadoras.

Análise dos dados: estatística descritiva foi empregada para caracterização da população e da qualidade do sono. Testes específicos foram utilizados para comparação e correlação entre variáveis (teste do Qui-Quadrado ou exato de Fisher para comparar variáveis categóricas entre grupos; teste de Mann-Whitney para comparar variáveis numéricas entre dois grupos e teste de Kruskal-Wallis para três ou mais grupos). O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$). O PSQI foi submetido a teste de consistência interna por meio do coeficiente alfa de Cronbach. O Serviço de Estatística da instituição colaborou no tratamento dos dados.

RESULTADOS

Caracterização da casuística

A população estudada (38 idosos) caracterizou-se pelo predomínio de mulheres (60,5%), de idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade (57,9%), de solteiros (39,5%) e de sujeitos com escolaridade correspondente ao antigo primeiro grau completo (42,1%). A média de idade foi de 70,5 ($\pm 8,1$) anos e a mediana de 67,2 anos. A maior parte dos idosos declarou abraçar a religião católica (94,7%); 44,7% dos idosos não tinham filhos e 31,5% moravam com familiares antes da institucionalização. A ocupação profissional antes da institucionalização foi bastante variada, predominando as ocupações sem qualificação (65,7%).

Os principais motivos referidos para a institucionalização foram a solidão (28,9%) e o fator financeiro (26,3%). Cinquenta por cento dos idosos tinham de um a cinco anos de institucionalização; a média era de 6,3 ($\pm 4,8$) anos e a mediana de 5,5 anos.

Quanto à ocupação do dormitório na instituição 55,3% compartilhavam-no com uma a quatro pessoas, com média de 3,4 ($\pm 2,6$) idosos por dormitório, e mediana de 3,0 idosos.

A maior parte dos idosos (89,5%) caminhava sem auxílio de outrem. As doenças descritas nos prontuários com mais frequência foram hipertensão arterial (15,8%) e doenças cardíacas (10,5%). Em 28,9% dos prontuários não havia referência a nenhuma doença.

Conforme o Índice de Katz, 39,5% dos idosos eram independentes, 39,4% tinham dependência moderada e os demais 21,1%, dependência acentuada.

Avaliação da qualidade do sono e seus componentes

Em relação às características do sono, 52,6% dos idosos iam deitar-se entre 21h e 22h e 34,2%, entre 22h30min e 23h. Cinquenta por cento conciliavam o sono entre 21h e 22h30min e 36,8%, entre 22h35min e 24h10min. O horário de despertar situava-se entre 05h e 06h para 57,9% dos idosos e entre 06h30min e 07h para 28,9%. A ocorrência de cochilos após o almoço foi relatada por 36,8%, com duração média de 25,4 min ($\pm 11,2$ min) e mediana de 30 minutos. Outros detalhes sobre as características do sono dos idosos encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Características do sono de 38 idosos das Instituições de Longa Permanência para Idosos de uma cidade do interior do estado de São Paulo - Guaratinguetá - 2007

Variáveis	Média	dp*(\pm)	Mediana	Mínimo	Máximo
Horário de deitar	21h32min	104min	22h	16h	24h
Latência do sono	26min	35min	15min	0 min	120min
Início do sono	21h57min	99min	22h17min	17h10min	24h10min
Duração do sono	436min	79min	420min	270min	660min
Horário de despertar	06h01min	53min	06h	04h	08h
Eficiência do sono	87%	12%	87%	59,3%	100%

* dp = desvio padrão

O escore global dos idosos no PSQI variou de dois a 14 pontos, com média de 6,3 ($\pm 2,8$) pontos e mediana de 6,0 pontos. A maior parte dos idosos (63,2%) obtiveram escore global indicativo de sono de má qualidade, ou seja, superior a cinco pontos.

A consistência interna do PSQI revelou-se baixa (alfa de Cronbach = 0,438) para essa população. Devido a esse re-

sultado optou-se por analisar cada componente, separadamente, em função das variáveis do estudo.

A Tabela 2 resume os resultados obtidos para cada componente. Observa-se que, com exceção dos **Distúrbios do sono noturno** e da **Latência do sono**, o escore médio da maior parte dos componentes foi igual ou inferior a 1,0, indicando boa avaliação do mesmo.

Tabela 2 - Pontuação obtida nos componentes do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) por 38 idosos residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de uma cidade do interior do estado de São Paulo - Guaratinguetá - 2007

Componentes do PSQI	Média	dp*(\pm)	Mediana	Mínimo	Máximo
Qualidade do sono	1,0	0,8	1,0	0,0	3,0
Latência do sono	1,3	1,0	1,0	0,0	3,0
Duração do sono noturno	0,7	0,7	0,9	0,0	3,0
Eficiência do sono	0,7	0,9	0,0	0,0	3,0
Distúrbios do sono noturno	1,4	0,6	1,0	0,0	3,0
Medicação para dormir	0,4	1,0	0,0	0,0	3,0
Sonolência e distúrbios diurnos	0,9	0,7	1,0	0,0	2,0

* dp = desvio padrão

Ao avaliar o componente **Qualidade do sono**, observou-se que 81,6% dos idosos classificaram-na como muito boa ou boa. Quanto à **Latência do sono**, 65,8% referiam conciliar o sono em menos de 30 minutos; entretanto, 31,6% demoravam mais de 30 minutos, três vezes por semana ou mais. A **Duração do sono** era superior a sete horas por noite para 47,4% dos idosos, e de seis a sete horas para 42,1%. A **Eficiência do sono**, segundo 57,9% dos idosos, era superior a 85%.

Sobre os **Distúrbios do sono noturno**, ou seja, os **problemas** identificados em relação ao sono, destacaram-se

aqueles que ocorriam frequentemente (três vezes por semana ou mais): levantar-se para ir ao banheiro (63,2%), acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo (50,0%), sentir muito calor (23,7%), sentir dores (21,0%), tossir ou roncar alto (10,5%), ter sonhos ruins ou pesadelos (10,5%).

Quanto ao **Uso de medicação para dormir**, prescrita ou não pelo médico, 13,2% dos idosos informaram que utilizavam esses medicamentos três vezes por semana ou mais.

A ocorrência de **Sonolência diurna e distúrbios durante o dia** foram negados por 94,7% dos idosos; destaca-se,

no entanto, que 34,2% relataram elevada ou moderada indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias.

Qualidade do sono em função das características sócio-demográficas e do grau de dependência para AVD

Observou-se diferença significativa ($p < 0,05$) na avaliação do componente **Qualidade do sono** entre as faixas etárias, com pontuação mais elevada para os idosos de 70 a 79 anos ($1,6 \pm 1,0$ pontos, mediana 1,5), quando comparados àqueles de 60 a 69 anos ($0,9 \pm 0,7$ pontos, mediana 1,0) e de 80 anos e mais ($0,3 \pm 0,5$ pontos, mediana 0,0). Não foi encontrada diferença significativa entre as faixas etárias para os demais componentes.

Na comparação entre os sexos, observou-se diferença significativa ($p < 0,05$) no escore da **Qualidade do sono**, evidenciando-se pior avaliação para os homens ($1,3 \pm 0,7$ pontos, mediana 1,0) em relação às mulheres ($0,8 \pm 0,9$ pontos, mediana 1,0).

Evidenciou-se uma tendência ($0,05 < p < 0,10$) à pior avaliação da **Qualidade do sono** entre os idosos com menos de cinco anos de institucionalização ($1,3 \pm 0,9$ pontos, mediana 1,0), quando comparados com aqueles que possuíam entre cinco e nove anos ($0,8 \pm 0,4$ pontos, mediana 1,0) e àqueles com mais de dez anos de institucionalização ($0,7 \pm 1,2$ pontos, mediana 0,0).

A comparação dos componentes do PSQI entre os idosos classificados conforme o grau de dependência mostrou uma tendência ($0,05 < p < 0,10$) à pior avaliação da **Eficiência do sono** para aqueles com dependência acentuada ($1,4 \pm 1,2$ pontos, mediana 1,0), quando comparados aos independentes ($0,5 \pm 0,9$ pontos, mediana 0,0) e aos moderadamente dependentes ($0,5 \pm 0,6$ pontos, mediana 0,0).

Não foi encontrada diferença significativa nos componentes do PSQI para as seguintes variáveis: estado civil, escolaridade, número de idosos que compartilhavam o dormitório e locomoção.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Características da casuística

As características dos 38 idosos correspondem àquelas da população brasileira institucionalizada, ou seja, predomínio de mulheres e de pessoas solteiras. Essas características, assim como o fato de, em geral, não terem o suporte dos filhos, contribuem para explicar as causas da institucionalização desses idosos. O baixo nível de escolaridade da maior parte dos idosos aponta para as precárias condições de vida e de trabalho durante grande parte da sua vida, e reflete a dificuldade de acesso às escolas até a metade do século XX, especialmente para mulheres de famílias de baixa renda⁽¹⁾. A predominância de atividades manuais não especializadas restringe as possibilidades de uma vida condigna e constitui um importante

fator de risco para institucionalização, por associar-se à baixa renda financeira, em especial quando somada aos demais fatores de risco ligados ao gênero e ao estado civil⁽¹⁾.

Quanto ao perfil de morbidade, chama a atenção o fato de que 28,9% dos prontuários não faziam referência a nenhuma doença, podendo-se supor que estas não teriam sido devidamente relatadas. A dificuldade de manter o serviço médico regular na ILPI provavelmente contribuiu para este fato. Estudos populacionais brasileiros têm apontado que 85% dos idosos apresentam algum tipo de doença crônica e, dentro deste percentual, 10% possuem no mínimo cinco doenças concomitantemente⁽⁶⁾.

O elevado número de idosos com algum grau de comprometimento da independência para desempenho das AVD (60,5%) está de acordo com os achados de outro estudo⁽⁷⁾, no qual foi observado percentual significativo de idosos com dificuldades para a realização de AVD e aumento do grau de dependência após a institucionalização. Esses achados corroboram a afirmativa de que a institucionalização está associada à dependência física e cognitiva⁽⁷⁾.

Avaliação da qualidade do sono e seus componentes

A maior parte (63,1%) dos 38 idosos estudados apresentou sono de má qualidade, de acordo com o escore obtido no PSQI. Esse achado é compatível com estudo anterior⁽⁸⁾ com idosos institucionalizados, em que 73% dentre 48 idosos obtiveram escore indicativo de má qualidade do sono no PSQI. Ressalta-se que, devido à baixa consistência do instrumento observada neste estudo, esse resultado foi tratado com cautela, preferindo-se considerar a avaliação de cada componente do PSQI, separadamente, em detrimento do resultado global.

Destaca-se que 81,6% dos idosos relataram que o seu sono tinha qualidade boa ou muito boa. Pode-se sugerir que esses idosos não percebiam como prejudiciais à qualidade do seu sono os distúrbios considerados 'normais' no envelhecimento, tais como o despertar precoce, as interrupções do sono e o fato de sentir dores. Ou, ainda, que de fato esses eventos, tratados como distúrbios de acordo com o padrão de sono do adulto jovem, seriam bem tolerados à medida que se envelhece. Também pode-se argumentar que existe uma diferença entre a qualidade do sono percebida pelo idoso e a visão do profissional em relação a esta percepção, que talvez não seja a preconizada pela literatura.

Observa-se que a **latência do sono** não traduzia um sono de má qualidade, para a maioria dos idosos, visto que 65,8% relatavam demorar menos de 30 minutos para adormecer. Em outro estudo com idosos institucionalizados, sobre prevalência de insônia e fatores associados, 70,3% dos idosos não apresentavam queixas sobre a latência do sono⁽⁹⁾.

Também a **duração do sono** (superior a sete horas para 47,4%) e a **eficiência do sono** (superior a 85% para 57,9%), indicaram sono de boa qualidade para, aproximadamente, 50% dos idosos. Isso aponta para a importância de aprofun-

dar as investigações no sentido da compreensão dos fatores que discriminam os idosos institucionalizados quanto à qualidade do sono, o que não foi atingido neste estudo. Uma direção interessante seria a avaliação mais detalhada das condições objetivas de saúde dos idosos e da sua percepção subjetiva a respeito. Nesse sentido, um estudo comparativo das características subjetivas do sono entre 30 idosos sadios residentes na comunidade e 30 adultos jovens, verificou que ambos os grupos relatavam sono de boa qualidade, sem diferença significativa entre eles. Os autores atribuíram esses achados à boa saúde dos idosos avaliados⁽¹⁰⁾.

Dentre os **problemas relacionados ao sono noturno**, destaca-se a necessidade de **levantar-se para ir ao banheiro**, relatada por 63,2% dos idosos. Outro autor obteve resultado semelhante⁽⁸⁾, com 71% dos idosos relatando a queixa de noctúria. Esta deve ser encarada como um distúrbio importante que, se não tratado adequadamente, pode ter consequências onerosas para o indivíduo e para a sociedade, dentre elas a maior suscetibilidade às quedas e o prejuízo na qualidade do sono noturno, devido à necessidade de acordar durante a noite para ir ao banheiro⁽¹¹⁾.

Destaca-se também a queixa sobre **acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo**, mencionada por 50% dos idosos. O sono fragmentado e o despertar precoce são mudanças características observadas no padrão de sono dos idosos, que podem ter como consequências a redução do tempo total dormido e queixas de sono não restaurador. Ressalta-se que as interrupções do sono noturno, nas ILPI, devem-se em parte às atividades de cuidado desempenhadas pela equipe de enfermagem ou por cuidadores, distribuídas ao longo das 24 horas e que muitas vezes ocorrem durante a madrugada. O idoso pode ter o sono interrompido pela entrada desses profissionais nos dormitórios, para oferecer cuidados ao próprio idoso ou aos seus companheiros de quarto. Essas atividades acompanham-se, muitas vezes, do acender de luzes e de conversas em voz alta, e seguem horários convenientes para as rotinas do serviço, sem preocupação com a possibilidade de fragmentar o sono das pessoas sob seus cuidados, bem como com os efeitos adversos potencialmente resultantes dessa fragmentação⁽⁹⁾.

O fato de **sentir muito calor**, apontado como problema por 23,7% dos idosos, sugere que a temperatura do ambiente pode constituir um importante determinante da qualidade e quantidade de sono. Em ambientes de temperatura elevada, os períodos de sono são caracterizados por aumento de despertares e mudanças na arquitetura do sono⁽⁹⁾. Esse fator foi apontado como perturbador do sono em estudo realizado com idosos institucionalizados na Itália, país de clima mais ameno que o Brasil, em que as queixas foram de 6% dos idosos⁽⁸⁾.

O sono de 21,1% dos idosos foi perturbado por **dores** três vezes por semana ou mais, e 71,1% relatavam esse fator uma ou duas vezes por semana. Nesse caso, acredita-se que a investigação da origem das dores e seu tratamento adequado poderiam ter reduzido a frequência dessa queixa. Em estudo semelhante⁽⁸⁾, a queixa de dor foi relatada por 33%

dos idosos. A dor é um fator reconhecido de perturbação do sono noturno, em geral mais prevalente em idosos, e associada a reflexos no desempenho durante a vigília⁽¹²⁾.

O fato de **tossir ou roncar muito alto** foi mencionado por 10,5% dos idosos, porcentagem que não pode ser desprezada, visto que esse tipo de queixa remete à possibilidade de apnéia do sono. Este é um dos principais distúrbios respiratórios do sono, altamente prevalente em idosos. Investigações recentes têm demonstrado, cada vez mais, a associação entre apnéia do sono e a ocorrência de distúrbios cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, prejuízo das funções cognitivas e da memória, e quadros demenciais⁽¹³⁾. Portanto, essa queixa deveria ter, em todos os casos, sua causa investigada, devido ao risco que acarreta.

A queixa quanto à ocorrência de **sonhos ruins ou pesadelos** foi apontada como freqüente por 10,5% dos idosos. Outro estudo encontrou prevalência de 12,3% em adultos acima de 18 anos, sendo essa proporção semelhante em todas as faixas etárias, inclusive acima de 65 anos⁽¹⁴⁾. Ressalta-se que os estudos sobre a prevalência de parassonias em idosos são escassos na literatura.

O **uso de medicação para dormir**, três vezes por semana ou mais, foi apontado por 13,2% dos idosos, que corresponde a uma expressiva porcentagem, face aos riscos inerentes ao uso desses fármacos. A utilização deste tipo de medicação pode prejudicar, no idoso, aspectos psicomotores como a marcha, além dos cognitivos, havendo a recomendação de uma terapêutica individualizada, em períodos curtos, associada às técnicas de higiene do sono. A prescrição desses medicamentos deve ser precisa, de curta duração, levando-se em conta os seus efeitos benéficos e colaterais, a etiologia do transtorno de sono presente e, em essencial, a idade do paciente⁽⁹⁾.

A **sonolência excessiva diurna** foi negada pela maior parte dos idosos (94,7%). Entretanto, 34,2% dos idosos apontaram indisposição moderada ou alta para as atividades do dia-a-dia, que poderia ser devida a um sono de má qualidade. Em idosos, a sonolência diurna e a indisposição encontram-se frequentemente relacionadas a fatores como inatividade e rotinas impostas com pouca flexibilidade, e sua frequência situa-se numa faixa de 10% a 30%⁽¹⁵⁾. A baixa prevalência relatada pelos idosos deste estudo poderia ser resultante da dificuldade de perceber a própria sonolência como tal, encontrando-se a mesma mascarada pela inatividade e pela escassez de estímulos ambientais que demandam a atenção desses sujeitos.

Observa-se que a ocorrência de cochilos, que pode ser associada à sonolência diurna, foi relatada por 36,8% dos idosos, com duração média estimada em 25,4 minutos para os cochilos. Esses números parecem baixos em ILPI marcadas pela inatividade física e mental de seus residentes, ressaltando-se que o idoso pode subestimar a duração do cochilo. A literatura aponta que os cochilos curtos podem beneficiar ou prejudicar o sono à noite, e que os cochilos longos (com mais de uma hora de duração) tendem

a ser prejudiciais, associando-se a maiores períodos de latência e despertares noturnos mais frequentes⁽¹⁶⁾.

Qualidade do sono em função das características sócio-demográficas e do grau de dependência para AVD

Os idosos pertencentes à faixa etária de 70 a 79 anos fizeram pior avaliação da **qualidade do sono** em relação aos demais, suscitando algumas considerações relativas à ausência de associação linear entre o avanço da idade cronológica e a piora da qualidade do sono. Na literatura, um estudo multicêntrico sugere uma associação da má qualidade do sono com a saúde ruim, e não com a idade cronológica. Um deles, realizado com idosos residentes na comunidade, mostrou que apenas 12% negaram dificuldade para dormir, e que as queixas eram associadas com a frequência aumentada de doenças somáticas, sintomas depressivos e má saúde percebida⁽¹⁷⁾.

Observou-se diferença significativa na **qualidade do sono** também entre os gêneros, com pior avaliação entre os homens, contradizendo a maior parte da literatura a respeito. O maior número de queixas sobre o sono tem sido tradicionalmente observado entre as mulheres^(14,17). Um estudo com 177 idosos institucionalizados encontrou um risco cerca de quatro vezes maior de queixas de sono não restaurador para as mulheres do que para os homens⁽¹⁸⁾. Aprofundando a avaliação das possíveis diferenças entre homens e mulheres do presente estudo, em variáveis tais como idade, tempo de institucionalização e outras, não foi encontrada nenhuma característica que justificasse esse achado.

Evidenciou-se tendência a pior avaliação da qualidade do sono para idosos com menos de cinco anos de institucionalização, quando comparados com aqueles institucionalizados há entre cinco e nove anos ou há mais de dez anos. Este achado pode estar relacionado ao impacto da institucionalização e, conseqüentemente, às mudanças de estilo de vida, sobre o sono desse idoso. As pessoas idosas são especialmente sensíveis à desestruturação das rotinas de vida, levando a conseqüências em geral deletérias sobre os ritmos biológicos, especialmente o ciclo vigília/sono. Um estudo com idosos institucionalizados mostrou que a permanência há menos de um ano na instituição representava um risco duas vezes e meia maior de queixar-se de sono não restaurador⁽¹⁸⁾. O presente estudo não incluiu idosos com permanência inferior a um ano na instituição, mas o fato é que não há pesquisas que acompanham a duração do impacto da institucionalização sobre o sono, permitindo especular que poderia prolongar-se além do primeiro ano, como sugerem esses achados.

Os idosos com grau de dependência acentuado apresentaram tendência a pior avaliação da **eficiência do sono** em relação aos demais. Em estudo multicêntrico⁽¹⁷⁾, as queixas sobre o sono mostraram-se relacionadas não só à presença

de doenças, como à presença de incapacidades, o que poderia indicar, indiretamente, um grau de dependência elevado. Além disso, a dependência associa-se frequentemente à inatividade física e mental durante a vigília, mesmo entre idosos residentes na comunidade, e com mais evidência entre os institucionalizados. A inatividade, por sua vez, pode contribuir para a fragmentação, ou seja, redução da eficiência do sono⁽¹⁵⁾. Outro fator a ser considerado é a necessidade de cuidados de outrem durante a noite, por parte dos idosos dependentes, o que implicaria em serem despertados para receber esses cuidados. Esse fator não foi investigado neste estudo, mas sabe-se que, em ILPI e hospitais, cuidados de higiene e medicamentos, por exemplo, são frequentemente oferecidos durante a madrugada, sem preocupação com a fragmentação do sono que tais atividades poderão causar, e sim com o cumprimento de uma rotina pré-definida e rígida⁽⁹⁾.

Pode-se verificar, a partir dos resultados deste estudo e da análise da literatura a respeito, que fatores intrínsecos e extrínsecos atuam em conjunto na determinação da qualidade do sono da pessoa idosa, com evidências de que os fatores extrínsecos têm um papel fundamental na qualidade do sono do idoso institucionalizado^(2,3-9). Ademais, é na modificação de tais fatores que o enfermeiro encontra possibilidades mais concretas de atuação e maiores responsabilidades. A literatura mostra que as intervenções voltadas para melhoria da qualidade do sono dos residentes em ILPI devem abranger múltiplos aspectos comportamentais e ambientais, como redução do tempo despendido no leito; oferecimento regular de atividades físicas, lúdicas ou mesmo aumento das oportunidades de interação social; oportunidades de exposição à luz solar, em atividades ao ar livre; e revisão das rotinas da equipe de enfermagem durante a noite, buscando-se aproveitar as ocasiões em que o idoso encontra-se desperto para oferecer cuidados tais como higiene e troca de fraldas, cuidados com a pele e mudança de decúbito^(2,3-9).

O papel do enfermeiro, nas ILPI, mostra-se crucial no planejamento, implementação e avaliação das intervenções voltadas para a melhoria do sono dos residentes. Nesse sentido, é importante que seja assegurado também o apoio da direção da instituição, pois tais intervenções implicam na necessidade de treinamento dos funcionários e revisão das rotinas de cuidado existentes. Tanto dirigentes quanto funcionários devem estar convencidos dos potenciais benefícios oriundos da melhoria da qualidade do sono dos residentes, tais como a melhoria do comportamento, do desempenho e da atenção, e redução do risco para quedas.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos com a avaliação da qualidade do sono de 38 idosos institucionalizados permitiram concluir que 63,2% dos idosos apresentavam pontuação indicativa de má qualidade do sono no Índice de Qualidade do Sono de

Pittsburgh (PSQI); entretanto, 81,6% dos idosos referiam qualidade do sono boa ou muito boa, quando indagados sobre a mesma; 65,8% demoravam menos de 30 minutos para adormecer; 47,4% dormiam mais de sete horas por noite, e 57,9% tinham eficiência do sono superior a 85%. Dentre os problemas identificados em relação ao sono, destacaram-se, por sua elevada frequência: levantar-se para ir ao banheiro (63,2%); acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo (50%); sentir muito calor (23,7%); sentir dores (21,1%). Os idosos na faixa etária de 70 a 79 anos tinham pior avaliação da qualidade do sono do que nas outras faixas etárias, e os homens, pior do que as mulheres; houve tendência a pior avaliação da qualidade do sono pelos idosos com menos de cinco anos de institucionalização do que aqueles com tempo superior a cinco anos de residência na ILPI; e tendência a pior avaliação da eficiência do sono para os idosos com grau de dependência mais acentuado do que para aqueles independentes ou com grau de dependência moderado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que o presente estudo tenha trazido informações importantes sobre a qualidade do sono do idoso

residente em ILPI, permitindo retratar essas características com dados de instituições brasileiras.

A contradição entre o escore do PSQI, compatível com má qualidade do sono, e as respostas dos idosos, que referiram sono de boa qualidade, traz indagações que não puderam ser respondidas. Por exemplo, o idoso que refere sono de boa qualidade está satisfeito de fato ou *acostumou-se* a um sono pouco satisfatório que acredita ser *normal* para a sua idade? Ou o PSQI reflete apenas o padrão de sono do adulto jovem e, para o idoso, transforma em distúrbio o que, de fato, é normalidade? Essas questões merecem resposta, com um aprofundamento das investigações.

Ademais, estudos futuros podem ser desenvolvidos com idosos institucionalizados, visando avaliar o impacto de intervenções sobre a qualidade do sono. O enfermeiro tem papel ativo no desenho dessas intervenções, que devem contar com apoio institucional, e que podem ser realizadas com a programação de atividades físicas ou lúdicas durante o dia e, durante a noite, a individualização do cuidado de forma a reduzir atividades desnecessárias que geram interrupções do sono. A qualidade do sono dos idosos deve ser comparada antes e após o desenvolvimento desse programa.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos: introdução. Cad Saúde Pública. 2007;23(10):2463-6.
2. Alessi CA, Martin JL, Webber AP, Kim EC, Harker JO, Josephson KR. Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. J Am Geriatr Soc. 2005;53(5):803-10.
3. Alessi AC, Schnelle FJ. Approach to sleep disorders in the nursing home setting. Sleep Med Rev. 2000;4(1):45-6.
4. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function JAMA. 1963;185(12):914-9.
5. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989; 28(2):193-213.
6. Diogo MJD, Duarte YAO. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadoras. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.133-50.
7. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):378-85.
8. Gentili A, Weiner DK, Kuchibhatil M, Edinger JD. Factors that disturb sleep in nursing home residents. Aging (Milano). 1997;9(3):207-13.
9. Voyer P, Verreault R, Mengue PN, Morin CM. Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. Arch Gerontol Geriatr. 2006;42(1):1-20.
10. Crowley K, Colrain IM. Self-reported sleep patterns and daytime sleepiness in the neurologically healthy aged. J Sleep Res. 2000;9(1):97-8.
11. Asplund R. Nocturia: consequences for sleep and daytime activities and associated risks. Eur Urol Suppl. 2005;3(6):24-32.
12. Corrêa K, Ceolim MF. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):12-8.
13. Lenfant C. The interdependence of sleep and health: a commentary. Metabol Clin Exp. 2006;55 Suppl 2:S50-3.
14. Vela-Bueno A, De Iceta M, Fernández C. Prevalence of sleep disorders in Madrid, Spain. Gac Sanit. 1999;13(6):441-8.
15. Gooneratne NS, Weaver TE, Cater JR, Pack FM, Arner HM, Greenberg AS, et al. Functional outcomes of excessive daytime sleepiness in older adults. J Am Geriatr Soc. 2003;51(5):642-9.
16. Floyd JA. Sleep and aging. Nurs Clin North Am. 2002;37(4):719-31.
17. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. Sleep 1995;18(6):425-32.
18. Makhoul MM, Ayoub AI, Abdel-Fattah MM. Insomnia symptoms and their correlates among the elderly in geriatric homes in Alexandria, Egypt. Sleep Breath. 2007;11(3):187-94.