

QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS NO DOMICÍLIO E NA HOSPITALIZAÇÃO¹

Natália Tonon Monteiro², Maria Filomena Ceolim³

¹ Trabalho extraído da Iniciação Científica intitulada - A qualidade do sono dos idosos no domicílio e na hospitalização, financiada pelo PIBIC/CNPq, concluída em julho de 2012.

² Graduanda em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). São Paulo, Brasil. E-mail: nataliat.monteiro@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Associado da Faculdade de Enfermagem da Unicamp. São Paulo, Brasil. E-mail: fceolim@fcm.unicamp.br

RESUMO: O objetivo deste trabalho foi descrever a qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. Estudo descritivo e exploratório, conduzido em enfermarias de um hospital universitário do interior de São Paulo, com 160 idosos (57,5% homens; média de 69,8 anos) internados de 48 horas a cinco dias, capazes de responder aos instrumentos. Utilizaram-se o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh para o domicílio e a Escalas Visuais Análogas de Sono para a hospitalização. Esta escala indicou sono de qualidade satisfatória e sonolência diurna moderada, majoritariamente. O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh indicou sono de má qualidade no domicílio (69,4%), destacando-se a fragmentação. Os dados indicando sono de má qualidade no domicílio enfatizam a necessidade de avaliar o sono do idoso, principalmente sua fragmentação, bem como necessidade de estudos que subsidiem práticas que favoreçam o sono de boa qualidade na hospitalização, visando a recuperação clínica.

PALAVRAS CHAVE: Idoso. Sono. Enfermagem.

QUALITY OF SLEEP OF THE AGED AT HOME AND IN HOSPITAL

ABSTRACT: The objective of this study was to describe the quality of sleep of aged individuals at home and in hospital. Descriptive study, conducted in the wards of a university hospital in São Paulo, Brazil, with 160 individuals (57.5% men, mean age 69.8 years) admitted for a period between 48 hours to five days, who were able to answer the instruments. The Pittsburgh Sleep Quality Index was used at home and a visual analog scale of sleep in the hospital. This scale indicated satisfactory sleep quality and moderate daytime sleepiness. The Pittsburgh Sleep Quality Index indicated poor quality of sleep at home (69.4%), more particularly sleep fragmentation for the majority of subjects. Data indicating poor quality of sleep at home emphasize the need for assessing the quality of sleep of the elderly, especially its fragmentation, as well as the need for studies that give support to practices that promote good sleep quality during hospitalization, aiming at clinical recovery.

KEYWORDS: Aged. Sleep. Nursing.

CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS ANCIANOS EN EL HOGAR Y EN EL HOSPITAL

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue describir la calidad del sueño de los ancianos en el hogar y en el hospital. Estudio descriptivo, realizado en un hospital universitario de São Paulo, Brasil, con 160 personas (57,5% hombres, edad media 69,8 años) ingresados de 48 horas a cinco días, capaces de responder los instrumentos. Se utilizó el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh para el hogar y una escala visual analógica de sueño en la hospitalización. Esta escala indicó que la calidad del sueño era satisfactoria y de la somnolencia diurna de satisfactorias y moderadas, mayoritariamente. El Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh indicó sueño de mala calidad en el hogar (69,4%), destacándose la fragmentación. Los datos que indican la falta de sueño en el hogar destacan la necesidad de evaluar el sueño en los ancianos, especialmente su fragmentación, así como de estudios que apoyen prácticas que promueven sueño de buena calidad durante la hospitalización, con miras a la recuperación clínica.

PALABRAS CLAVE: Anciano. Sueño. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo, contando com 21 milhões de idosos (pessoas de 60 anos ou mais) em 2009, o que elevou a porcentagem de idosos no país de 9,1% para 11,3% no período de 1999 a 2009.¹ Fisiologicamente, envelhecer advém de alterações sucessivas e irreparáveis, resultando em progressiva perda da função e da homeostase.^{2,3}

Entre as alterações encontra-se a do sono, que, no idoso, torna-se mais superficial e fragmentado e, portanto, tem menor eficiência e pior qualidade.⁴

Com isso, é importante observar outras alterações no sono dos idosos, pois a dificuldade constante em dormir pode repercutir em aumento do risco de queda, comprometimento cognitivo, prejuízo da função respiratória e cardiovascular, aumento da mortalidade e da necessidade de um serviço de enfermagem que acompanhe este idoso.⁴

Situações também podem alterar o padrão de sono, como a hospitalização, e com ela, sucessivos procedimentos da equipe de enfermagem, inclusive durante a noite, e a mudança de ambiente, acrescida por vezes de barulho e luz, levando à privação do sono e agravando a fragmentação.⁴

A hospitalização pode se tornar frequente na velhice devido ao aumento das chances de desenvolver doenças crônicas à medida que a população envelhece. Estudos mostram que 53,3% dos idosos brasileiros são hipertensos e 2,5% têm neoplasias.¹

O sono é de suma importância para a recuperação numa situação de doença e para prevenir o aparecimento de outras, pois é durante o sono que há regulação do sistema imunológico e humoral.⁵

Cabe ao enfermeiro, dentro do processo de enfermagem, identificar a qualidade do sono e os possíveis distúrbios do sono apresentados pelo paciente, promovendo medidas que auxiliem na sua melhora as quais, por conseguinte, irão contribuir para a melhora clínica.

A NANDA International propõe os seguintes diagnósticos que podem ser identificados pelo enfermeiro, quanto a sono/repouso, a partir da coleta de dados e julgamento clínico: "Insônia, Padrão do sono prejudicado, Privação do sono e Disposição para sono melhorado".⁶

Também é possível obter informações sobre a qualidade do sono dos pacientes mediante o uso de instrumentos, tais como os questionários utilizados para avaliar características do sono,

que podem auxiliar o enfermeiro na elaboração do diagnóstico de enfermagem.

Dentre os disponíveis temos o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI, do inglês, *Pittsburgh Sleep Quality Index*), que é utilizado para medir a qualidade do sono do adulto no último mês, possibilitando a avaliação de características e de transtornos habituais do sono,⁷ encontrando-se validado para uso no Brasil.⁸ Outro instrumento são as Escalas Visuais Análogas de Sono (EVA-Sono), validado também para uso no Brasil,⁹ a partir do original inglês *Verran and Snyder-Halpern (VSH) Sleep Scale*.¹⁰ Este instrumento avalia o sono das últimas 24 horas de maneira subjetiva, sendo aplicável a pacientes internados.¹⁰

O número de pesquisas nesta área ainda é pequeno, apesar da relevância do assunto. O sono do idoso deve ser alvo de atenção, pois já se encontra deficiente em decorrência de modificações fisiológicas. É preciso que o enfermeiro esteja atento às características de sono do idoso a fim de preparar-se para eventuais prejuízos decorrentes da sua má qualidade frente a um quadro de internação.

Com os dois instrumentos mencionados anteriormente pode-se identificar a qualidade do sono dos idosos em domicílio e no hospital, verificando seu padrão habitual de sono e possíveis mudanças relacionadas à internação. Esses achados podem fornecer subsídios para a elaboração de diagnósticos de enfermagem e, portanto, para traçar intervenções de acordo com as necessidades específicas dessa clientela.

Este estudo teve como objetivos caracterizar a qualidade do sono de idosos durante a hospitalização e descrever a qualidade do sono desses idosos no domicílio, previamente à hospitalização.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de corte transversal. A pesquisa foi realizada em enfermarias clínicas e cirúrgicas de um hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. Os sujeitos foram 160 idosos (idade igual ou superior a 60 anos), que estavam internados no hospital há no mínimo 48 horas e no máximo cinco dias e encontravam-se em condições clínicas e psicológicas de responder aos questionários. Os critérios de exclusão foram: apresentar insensibilidade visual à luz; ter sido internado anteriormente no hospital da pesquisa ou em outro há menos de um mês; e não se encontrar na enfermaria em duas visitas da pesquisadora. O número de sujeitos foi

definido de acordo com a duração da coleta de dados, que seria de quatro meses, estimando-se que fosse possível entrevistar, em média, quatro sujeitos por dia, três dias na semana. Como não foi atingido esse total de sujeitos/dia ao final de quatro meses, estendeu-se a coleta por sete meses.

Foram utilizados três instrumentos: Questionário sócio-demográfico e clínico, PSQI e EVA-Sono. O Questionário sócio-demográfico e clínico é um questionário semiestruturado, construído pelas pesquisadoras especificamente para este estudo, com a finalidade de identificar o idoso, colhendo dados pessoais, sua história clínica e condições socioeconômicas. Além disso, consta uma pergunta sobre fatores que interferem no sono, no domicílio. O PSQI foi utilizado para avaliar a qualidade do sono do idoso no domicílio, já que abrange o período de sono dos últimos 30 dias. Avalia sete componentes: qualidade subjetiva do sono (questão 6); latência para o sono (questões 2 e 5a); duração do sono (questão 4); eficiência habitual do sono (relação entre a duração do sono referida pelo paciente; e a duração do sono calculada pela diferença entre o horário de acordar e o horário de deitar-se referidos nas questões 1 e 3, respectivamente. Esse valor é expresso em porcentagem e pode mostrar-se superior a 100% caso o participante refira duração do sono superior ao valor calculado para o tempo de permanência no leito); transtornos do sono (questões 5b a 5j); uso de medicamentos para dormir (questão 7); e disfunção diurna (questões 8 e 9). Cada componente recebe pontuação de zero a três, sendo que o total da escala corresponde à soma dos componentes e varia de zero a 21 pontos. Quanto maior o valor final, pior a qualidade do sono, sendo que a pontuação total superior a cinco define o sono de má qualidade ou com distúrbios, e inferior ou igual a cinco, de boa qualidade.⁷⁻⁸

Em sequência, fazia-se a pergunta: “como tem sido seu sono aqui no hospital?” E, logo após, era aplicada a EVA-Sono, para avaliar o sono das últimas 24 horas, ou seja, o sono do idoso no hospital. Essa escala é composta por 16 itens (15 itens de autorelato e um item que resulta da soma dos dois primeiros). Cada item consiste em afirmativas com significados contrários nos extremos de uma linha reta de 100 mm, dividida de cinco em cinco mm. A pessoa deve traçar uma linha perpendicular à reta, na divisão que julga refletir melhor sua situação.⁹ Abrange três escalas - Distúrbio (sete itens, variação possível de 0 a 700), Efetividade (cinco itens, variação possível de 0 a 600, pois um

dos itens é o resultado da soma de dois outros) e Suplementação do sono (quatro itens, variação possível de 0 a 400). Os valores de cada escala devem ser considerados separadamente para a análise, ou seja, não há um valor para as três reunidas. Quanto maior o valor obtido nas Escalas de Distúrbio e Suplementação, pior é a qualidade do sono e, na Escala de Efetividade, a maior pontuação indica sono de melhor qualidade.⁹

Inicialmente, foi realizado um estudo piloto com duração de um mês, no qual foram realizados ajustes quanto aos critérios de inclusão e exclusão e introduzida uma questão aberta sobre a qualidade do sono do idoso no hospital. Neste período foram coletadas oito amostras. Realizados os ajustes, deu-se início à pesquisa propriamente dita.

A aluna pesquisadora foi às unidades de internação nas quais, após apresentar-se ao enfermeiro responsável, identificava os pacientes internados que atendiam aos critérios de inclusão no estudo. Os idosos eram abordados no próprio quarto, respeitando-se sua privacidade e obtendo seu consentimento mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A seguir, era aplicado o Questionário sócio-demográfico e clínico e o PSQI. Posteriormente, a aluna pesquisadora perguntava como estava o sono do idoso no hospital, anotava a resposta e aplicava a EVA-Sono.

A aluna pesquisadora lia os instrumentos junto com o idoso, buscando facilitar sua compreensão, e este indicava as respostas as quais eram anotadas pela aluna. Isso era necessário pois, embora vários soubessem ler, era frequente apresentarem baixa acuidade visual e não trazerem os óculos consigo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas no dia 29 de junho de 2011, parecer n. 512/2011. Os idosos que concordaram em participar acompanharam a leitura e assinaram o TCLE, elaborado de acordo com as normas da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Uma cópia do TCLE era entregue aos participantes e a outra ficava com a aluna pesquisadora.

Os dados foram digitados num banco de dados do Microsoft Excel versão 2007 e foram transportados ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 16.0, para análise. Foram analisados por meio de estatística descritiva, compreendendo medidas de tendência central,

de posição e de dispersão, e tabelas de frequência com números absolutos e proporções.

RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos

Os idosos (160) eram, em sua maioria, homens (57,1%), com média de idade de 69,8 anos (desvio padrão de 7,2 e mediana 68,2 anos). Quanto ao estado civil, 66,9% eram casados, 21,3% viúvos, 6,9% separados e 5% solteiros. Estudaram em média 4,8 anos (desvio padrão 4,2, mediana 4 anos). Na época, eram tabagistas 4,4% e etilistas, 16,9%, dos quais 77,8% faziam uso de cerveja. Praticavam atividade física 23,1%, com frequência média de cinco vezes por semana (desvio padrão 2,4 e mediana 7,0) sendo a atividade mais prevalente a caminhada.

Moravam apenas com o cônjuge 35%, com cônjuge e filho(s) 30%, com o(s) filho(s) 19,4%, sozinhos 10% e com familiares, 5,6%. Moravam em média com 1,8 pessoas (desvio padrão 1,5 e mediana 1,0). Dormiam no mesmo quarto que o cônjuge 55% dos idosos, 40,6% sozinhos e 4,4% com outros, tendo em média 0,6 pessoas com quem dividiam o quarto (desvio padrão 0,5 e mediana de 1,0). Referiam ter algo que prejudicava o sono em casa 36,9% dos idosos, tendo como causa, para 42,4%, fatores intrínsecos (solidão, "nervoso", preocupação, sono de má qualidade, doenças, por exemplo) e para 57,6%, fatores extrínsecos (barulho e claridade, entre outros).

Faziam uso contínuo de remédios 88,8% dos idosos, predominando os anti-hipertensivos (91 pacientes), anti-hiperglicemiantes (34 pacientes), diuréticos (31 pacientes) e hipolipemiantes (29 pacientes). O uso de medicamentos para dormir, no mês anterior ao da pesquisa, foi relatado por 23,13% dos participantes. As causas mais prevalentes de internação tinham origem em afecções do sistema circulatório (38,75%) e neoplasias (28,12%).

Todos os participantes faziam uso de medicação no hospital, sendo as mais frequentes analgésico e antipirético (143 prescrições), propulsivo (141 prescrições), solução intravenosa (102 prescrições) e medicamento para úlcera péptica e doença do refluxo gastroesofágico (78 prescrições). Em 23,76% das prescrições constava um ansiolítico, mas apenas 8,13% dos idosos tomavam ansiolítico em casa e no hospital. Observa-se que 15,62% iniciou o uso na hospitalização e que 15,0% dos que utilizavam no domicílio tiveram essa prescrição

descontinuada no hospital. Os sujeitos estavam internados em média há 74 horas (desvio padrão 25 e mediana de 72 horas).

Avaliação da qualidade do sono no hospital

A análise descritiva da EVA-Sono, utilizada para avaliar o sono dos idosos no hospital, é apresentada na tabela 1. A variação dos valores foi a seguinte - Escala de Distúrbio, de 0 a 606; Escala de Suplementação, de 0 a 400; e Escala de Efetividade, de 72 a 600. Observa-se que os valores médios das Escalas de Distúrbio e Suplementação situam-se abaixo da metade da variação possível (respectivamente, 0 a 700 e 0 a 400). Na Escala de Efetividade, a média situa-se acima da metade da variação possível (0 a 600).

Tabela 1 - Análise descritiva das escalas da EVA-Sono de 160 idosos internados num hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. Campinas-SP, 2011- 2012

| Escalas | Média | Desvio-padrão | Mediana |
|---------------|-------|---------------|---------|
| Distúrbio | 294,8 | 199,8 | 288,9 |
| Suplementação | 98,1 | 117,1 | 69,5 |
| Efetividade | 374,0 | 128,4 | 400,0 |

Dos 38 sujeitos que faziam uso de ansiolítico no hospital, 34,2% apresentaram qualidade do sono ruim no que tange a escala de distúrbio, 21,1% apresentaram valores ruins na escala de efetividade e 7,9% apresentaram resultados ruins na escala de suplementação. Observou-se que 6,3% obteve resultado ruim nas três escalas.

Avaliação da qualidade do sono no domicílio e seus componentes

Os resultados obtidos com o PSQI demonstraram que, no domicílio, os idosos iam deitar-se entre 19h e 02h30min, levavam de zero a 330 minutos para iniciar o sono, acordavam entre 3h e 12h e dormiam efetivamente de 2h a 12h. A eficiência do sono variou de 18% a 143%. Valores superiores a 100% foram obtidos para 12,5% dos idosos. A análise descritiva destes dados encontra-se na tabela 2.

O escore global do PSQI, que representa a soma dos sete componentes de qualidade do sono, neste instrumento pelo qual foi avaliado o sono no domicílio, variou de um a 19 pontos, com média 8,0 (desvio-padrão 3,9, mediana 8,0), indicando sono

de má qualidade. Entre os idosos, 69,4% foram classificados com sono de má qualidade (escore total maior do que cinco pontos) e 30,6% com sono de boa qualidade de acordo com o PSQI.

Tabela 2 - Características do sono no domicílio de 160 idosos internados num hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. Campinas-SP, 2011- 2012

| Variáveis | Média | Desvio-padrão | Mediana |
|----------------------|-----------|---------------|-----------|
| Horário de dormir | 21h49 min | 66,0 min | 22h |
| Latência | 38,4 min | 61,2 min | 15,0 min |
| Horário de despertar | 06h45 min | 83,0 min | 06h30 min |
| Duração do sono | 6,8 horas | 2,0 horas | 7,0 horas |
| Eficiência do sono | 79,4% | 22,7% | 83,0% |

A análise de cada componente do PSQI (os quais podem variar de zero a três pontos) foi realizada separadamente, e está apresentada na tabela 3.

Tabela 3 - Análise descritiva dos componentes do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) de 160 idosos internados num hospital universitário do interior do Estado de São Paulo. Campinas-SP, 2011- 2012

| Componentes | Média | Desvio-padrão | Mediana |
|-----------------------------|-------|---------------|---------|
| Qualidade do sono | 1,2 | 0,6 | 1,0 |
| Latência do sono | 1,4 | 1,0 | 1,5 |
| Duração do sono noturno | 1,0 | 1,1 | 1,0 |
| Eficiência do sono | 1,3 | 1,3 | 2,0 |
| Transtornos do sono noturno | 1,5 | 0,6 | 1,0 |
| Medicamentos para dormir | 0,7 | 1,2 | 0,0 |
| Disfunção diurna | 0,9 | 1,0 | 0,5 |

Os fatores apontados mais frequentemente como causadores de transtornos do sono, de acordo com o PSQI, foram: acordar durante a noite ou despertar precocemente (80,0%), a nicúria (77,5%) e as dores (33,1%). Outros fatores, como o ronco e tosse, foram relatados com baixa frequência (13,1%).

O coeficiente alfa de Cronbach, utilizado para análise da consistência interna do PSQI, foi de 0,659.

As questões abertas sobre a percepção subjetiva dos idosos a respeito da qualidade do sono

no domicílio e no hospital revelaram que, 62,5% dos idosos referiam dormir “bem” em casa. Destes, 43,8% afirmavam ter sono de má qualidade no hospital e 18,8%, sono de boa qualidade em ambos os locais. Os 36,9% dos idosos que afirmavam ter sono de qualidade ruim em casa, 28,1% referiu dormir “bem” no hospital e 8,8% continuaram dormindo “mal” durante a internação.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a pontuação média na EVA-Sono, referente às escalas de Distúrbio e Suplementação, foram inferiores à metade da variação possível, e da escala de Efetividade mostrou-se superior a esse valor. Esses achados sugerem um sono de qualidade satisfatória e com sonolência diurna moderada durante a permanência no hospital, para a maioria dos idosos estudados. Entretanto, a maior parte desses (69,4%) foi classificada com sono de má qualidade no domicílio, segundo a avaliação do PSQI.

Os participantes eram, em sua maioria, homens (57,1%), distinguindo-se da população idosa brasileira, que é composta majoritariamente por mulheres (55,8%).¹ Isso pode ser devido às diferenças biológicas e culturais entre os sexos. Os homens queixam-se menos quando se trata de saúde devido ao estereótipo do corpo masculino ser saudável, culminando na baixa procura dos serviços de saúde. Isso pode resultar na necessidade de um tratamento mais intensivo, com internação, quando procuram um serviço.¹¹

Quando se pensa em afecções que atingem os idosos, além de ressaltar a sua origem, deve-se lembrar do caráter crônico das mesmas.¹² Isso foi corroborado pelos dados desta pesquisa, em que o motivo da internação mais frequente foram as doenças do sistema circulatório, seguidas das neoplasias. Segundo estudos, 53,3% dos idosos brasileiros têm hipertensão arterial e as neoplasias, por sua vez, embora representem 2,5% das morbidades, são responsáveis por 16,9% dos óbitos de idosos brasileiros,¹ justificando as internações.

O grande número de doenças crônicas leva à medicação contínua do idoso.¹ Foram encontrados 88,8% de idosos que faziam uso contínuo de remédios em casa, enquanto que 100% deles tinham uma prescrição com medicação de uso contínuo durante a hospitalização.

Os hábitos ao longo da vida, como a prática de atividade física, influenciam o sono e a saúde do idoso.¹³ Dos entrevistados, 23,1% afirmaram

realizar atividade física, sendo a mais prevalente a caminhada, com frequência média de 5,0 vezes por semana. A prática de atividade física em algum momento da vida foi relatada por 21,9%, porém pararam devido à própria doença, entre outros. Esta tendência ao sedentarismo pode ser explicada também pelo aumento da incapacidade funcional do idoso, o que repercute na capacidade de caminhar.¹

Salienta-se que, ao abordar a qualidade do sono do idoso, é importante questioná-lo quanto à prática de atividade física regular, pois já se sabe que o exercício melhora o sono, especialmente em casos de distúrbios relacionados à disfunção do ritmo circadiano.¹⁴

Quanto à qualidade do sono durante a internação, a avaliação foi superior à esperada pois, em outro estudo, foi verificado que a hospitalização propicia a má qualidade do sono devido a fatores intrínsecos e extrínsecos.¹⁴ Na EVA-Sono, as médias das escalas de Distúrbio (abaixo de 300), Suplementação (abaixo de 100) e Efetividade (acima de 300) apontam para um sono de qualidade satisfatória e sonolência diurna moderada. Apesar disso, esses parâmetros devem ser melhorados, devendo-se ainda considerar que podem resultar da ingestão de medicamentos para dormir durante a internação, fato que pode ter consequências durante e após a mesma.

A sonolência diurna pode ser causada por distúrbio do sono e pelo uso de medicamentos.⁵ A mudança no padrão do sono, neste caso, sono de má qualidade à noite e sonolência diurna pode levar à prescrição de medicamentos como hipnóticos, com risco de iatrogenia. Deve-se lembrar ainda que os hipnóticos podem levar à dependência.¹⁵ Destaca-se que 15,62% dos idosos que não faziam uso de ansiolíticos em casa receberam prescrição desses medicamentos no hospital.

Em estudo realizado com 100 adultos (média de idade 75 anos) internados num hospital geral do Canadá, os valores obtidos com a EVA-Sono revelaram qualidade do sono discretamente pior em relação ao presente estudo, evidenciada pelos valores mais elevados da Escala de Distúrbio (em torno de 350), semelhantes na Escala de Suplementação (em torno de 100) e ligeiramente mais baixos na Escala de Efetividade (em torno de 300).¹⁶ Desses pacientes, 31% faziam uso de algum tipo de sedativo em casa para dormir e o mantiveram no hospital e 29% iniciaram o uso desses medicamentos na internação.¹⁶

A qualidade do sono pode estar relacionada a efeitos adversos de medicações, ou talvez ao fato de estar sendo cuidado, podendo diminuir a preocupação e levando a uma tranquilidade que proporciona um sono de melhor qualidade. Mas qualquer afirmação mais consistente a esse respeito foge do escopo deste estudo, em que os fatores que conduziam ao sono de qualidade satisfatória ou não na hospitalização não foram investigados, o que pode ser considerado uma limitação do estudo.

Num outro estudo nacional realizado com 52 pacientes adultos, 42,3% dos pacientes avaliaram subjetivamente a qualidade do sono como sendo boa no hospital, e atribuíam isso à possibilidade de dormir durante o dia. Essa avaliação, segundo os autores do estudo, revela uma associação entre qualidade e quantidade de sono, ou seja, dormir "muito" seria dormir "bem". A isso se contrapõe um achado do mesmo estudo, de que apenas 5,8% desses pacientes relataram não ter acordado durante a noite, ou seja, o sono diurno poderia estar relacionado à fragmentação do sono noturno. A maioria destes pacientes afirma dormir melhor em casa do que no hospital, além de não identificar as alterações do sono como problema.¹⁷

Quanto à qualidade do sono no domicílio, avaliada por meio do PSQI, 69,4% dos idosos foram classificados com sono de má qualidade, número que expressa a importância da inclusão desse quesito ao realizar a avaliação rotineira do idoso. Este número foi muito semelhante ao encontrado num estudo com idosos com patologias vasculares periféricas, no qual 70% dos idosos obtiveram como resultado sono de má qualidade na pontuação global desse instrumento.¹⁸

Neste estudo, os componentes do PSQI que obtiveram pontuação mais elevada foram os transtornos do sono noturno, a latência do sono, a eficiência do sono e a qualidade do sono, em ordem decrescente. O componente que avalia os transtornos do sono noturno engloba fatores que indicam fragmentação do sono, tais como a nictúria e as dores, bem como a dificuldade em manter o sono sem motivo aparente e o despertar precoce. Em consequência disso observa-se a redução da eficiência do sono, presente neste estudo. Todos esses fatores constituem queixas comuns entre os idosos, assim como a dificuldade em adormecer avaliada neste estudo pelo componente Latência do sono.⁹ Dessa maneira, a qualidade do sono é apontada como ruim, pois não atende às necessidades qualitativas de repouso nessa faixa etária, o que aumenta os riscos para a ocorrência de eventos adversos.

A privação de sono mostrou-se um fator expressivo de risco para quedas em idosos que apresentavam esse diagnóstico de enfermagem, sendo encontrado em 20% dos homens e 36,8% das mulheres, número considerável quando se pensa em idosos hospitalizados e no impacto social e financeiro que as quedas podem trazer.¹⁹ Para tanto, o papel do enfermeiro é muito importante na identificação de diagnósticos de enfermagem relacionados ao sono.

A nictúria tem como fator de risco a idade, a menopausa, as doenças crônicas, uso de medicamentos, musculatura fraca do assoalho pélvico, entre outros, podendo causar distúrbios do sono, já que caracteriza-se pela necessidade de urinar mais de uma vez durante a noite.²⁰

Estudos atribuem a nictúria prevalente nos idosos ao fato da maioria deles ter uma doença crônica previamente instalada, a Hipertensão Arterial Sistêmica. O tratamento desta doença exige o uso de medicações que alteram o funcionamento corporal, levando à nictúria, por exemplo, devido ao mecanismo de ação do medicamento, interações medicamentosas, ou ainda pela falta de conhecimento sobre a maneira correta de medicar-se, já que a maior parte dos idosos possui um grau de escolaridade baixo.²¹ Outro fator que contribui para a nictúria é a incontinência urinária, observando-se em outro estudo que 63,3% dos pacientes com essa afecção afirmam não ter um sono de boa qualidade e 23,3% das idosas entrevistadas apresentaram sonolência diurna excessiva.²⁰

Relatos de fragmentação (acordar durante a noite e voltar a dormir ou não) e dificuldade em adormecer foram encontrados entre as queixas relacionadas ao sono, em outro estudo realizado no Brasil com 158 idosos residentes na comunidade, porém em menor frequência do que nesta pesquisa.²² Entre as queixas mais prevalentes os autores encontraram a presença de roncos,²² que foi baixa no presente estudo. Destaca-se que ambos os estudos apontam para a elevada prevalência de sono de qualidade insatisfatória entre os idosos no domicílio, tendo como principal componente a fragmentação do mesmo.

Em estudo realizado com idosos chineses, 49% obtiveram pontuação compatível com sono de má qualidade no PSQI, sendo as principais causas dos distúrbios do sono a nictúria (78%), o ronco próprio ou do companheiro (19%) e pesadelos (19%).²² No estudo chinês, 22% dos idosos fazia uso de drogas psicoativas pelo menos uma vez por semana,²³ o que se aproxima do percentual

desta pesquisa, em que 23,3% dos idosos referiam esse fato. Observa-se que, a despeito de possíveis diferenças culturais entre as populações, o sono insatisfatório encontra-se presente nas faixas etárias acima de 60 anos, ressaltando a amplitude mundial do problema, exigindo conhecimento aprofundado que gere medidas efetivas por parte dos profissionais de saúde.

Apesar dos resultados encontrados mediante a análise dos resultados do PSQI, os quais indicaram a predominância de sono de má qualidade no domicílio, à avaliação subjetiva 62,5% dos idosos referiam dormir “bem” em casa. Em outro estudo essa contradição também foi observada sugerindo que tal discrepância na avaliação da qualidade do sono possa ser uma característica do idoso.²⁴ Nesse sentido, destaca-se que a fragmentação do sono, principal responsável pelo sono de má qualidade do idoso, muitas vezes é considerada “normal” no envelhecimento, tanto pelo próprio idoso como pelo profissional de saúde que o atende.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo mostram que a maior parte dos 160 idosos apresentava sono de qualidade satisfatória no hospital, bem como sonolência diurna moderada, de acordo com os valores obtidos na EVA-Sono.

Entretanto, de acordo com o PSQI, quase 70% dos idosos tinham sono de má qualidade no domicílio. Neste, os idosos dormiam 6,8 horas, em média, com latência média de 38,4 minutos e eficiência do sono de 79,4%. Esses valores sugerem que, a despeito da duração adequada do sono no domicílio, a fragmentação do sono é prejudicial à sua qualidade. Esta característica do sono pode ter sido vista como natural para os participantes do estudo, já que um número expressivo de idosos referiu sono de boa qualidade no domicílio, à avaliação subjetiva.

Não foi possível o detalhamento das características do sono no hospital com o uso da EVA-Sono, o que consiste numa limitação do estudo.

A participação do enfermeiro no que diz respeito à promoção da qualidade do sono do idoso é fundamental, abrangendo desde o profissional que atua em saúde pública até o que trabalha com cuidados intensivos.

Neste estudo, os dados indicativos de sono de má qualidade no domicílio enfatizam a necessidade de se realizar a avaliação detalhada do sono do idoso, com especial atenção aos fatores

que provocam sua fragmentação. Essa abordagem pode ser feita pelo enfermeiro que atua em saúde pública, tanto em consultas individuais como em grupos de idosos e de pacientes com diversas afecções nas quais se sabe que a qualidade do sono é prejudicada, tais como a hipertensão e o diabetes mellitus.

No hospital, esforços devem ser envidados para a melhora da qualidade do sono evitando-se ao máximo o uso de medicamentos sedativos, pelos riscos inerentes à sua ingestão pelos idosos. O enfermeiro pode respaldar-se na literatura para buscar outros recursos não farmacológicos que contribuam para a boa qualidade do sono. No caso do idoso, é possível também ajustar os horários de alguns medicamentos como os diuréticos; considerar a eliminação prolongada de alguns medicamentos devido às mudanças fisiológicas inerentes ao envelhecimento, e os riscos de efeitos colaterais que prejudiquem o sono.

Diversas estratégias que podem ser adotadas pelo enfermeiro são correntes na literatura, sendo preciso testá-las para avaliar sua efetividade na prática. Da mesma forma, fazem-se necessários estudos mais aprofundados para identificar os fatores associados à qualidade do sono no hospital, podendo subsidiar novas práticas hospitalares que favoreçam o sono de boa qualidade durante a internação, tendo em vista a sua importância na recuperação clínica do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro (RJ): MP; 2010.
2. Borges SM, Aprahamian I, Radanovic M, Forlenza OV. Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010; 37(3):131-7.
3. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2012 [acesso 2012 Dez 18]; 21(3):513-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>
4. Missildine K, Bergstrom N, Meininger J, Richards K, Foreman MD. Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatric Nursing*. 2010; 31(4):263-71.
5. Alves-Júnior DR. Repercussão do sono sobre o trabalho. *Diagn Tratamento*. 2010; 15(3):150-2.
6. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-International. Definições e classificação. 2012-2014. Porto Alegre (RS): Artmed; 2013.
7. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Res*. 1989; 28(2): 193-213.
8. Bertolazi NA, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, Barba ME, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Medicine*. 2011; 12(1):70-5.
9. Bergamasco EC, Cruz DALM. Adaptação da Visual Analog Sleep Scales para a língua portuguesa. *Rev Latino Am Enferm* [online]. 2007 [acesso 2012 Set 10]; 15(5):123-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a17.pdf
10. Snyder-Halpern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Res Nurs Health*. 1987; 10(3):155-63.
11. Costa-Júnior FM, Maia ACB. Concepções masculinas sobre gênero e saúde. *Psicol Teor Pesqui*. 2009; 25(1):55-63.
12. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. 2008; 6(Supl 1):S4-6.
13. Leite-Cavalcanti C, Rodrigues-Gonçalves MC, Rios-Asciutti LS, Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev Salud Pública*. 2009; 11(6):865-77.
14. Costa SV, Ceolim MF. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Jul-Set; 47(1):46-52.
15. Santos JC, Ceolim MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idoso hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Dec; 43(4):810-7.
16. Frighetto L, Marra C, Bandali S, Wilbur K, Naumann T, Jewesson P. An assessment of quality of sleep and the use of drugs with sedating properties in hospitalized adult patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2004; 2: 17.
17. Silva LEL, Oliviera MLC, Inaba WK. Fatores que interferem na qualidade do sono de pacientes internados. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2011 [acesso 2012 Set 12]; 13(3). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/pdf/v13n3a18.pdf>
18. Corrêa C, Ceolim MF. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):12-8.
19. Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. *Rev Eletr Enf* [online]. 2009 [acesso 2012 Set 15]; 11(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a04.pdf
20. Fonseca DC, Galdino DAA, Guimarães LHCT, Alves DAG. Avaliação da qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. *Rev Neurocienc*. 2010; 18(3):294-9.

21. Vasconcelos FF, Victor JF, Moreira TMM, Araújo TL. Utilização medicamentosa por idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(2):178-83.
22. Oliveira BH, Yassuda MS, Cupertino AP, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade - Estudo PENSA. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(3):851-60.
23. Wu CY, Su TP, Fang CL, Yeh Chang M. Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. *J Chin Med Assoc.* 2012 Fev; 75(2):75-80.
24. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia. *Rev Latino-Am Enferm* [online]. 2012 [acesso 10 Out 2013]; 20(6). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_12.pdf

Correspondência: Maria Filomena Ceolim
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Faculdade de Enfermagem - Universidade Estadual de
Campinas
13083-887 - Campinas, SP, Brasil
E-mail: fceolim@fcm.unicamp.br

Recebido: 04 de Fevereiro de 2013
Aprovado: 12 de Fevereiro de 2014