

Qualidade do sono em portadores do vírus da imunodeficiência humana*

SLEEP QUALITY IN HIV-POSITIVE OUTPATIENTS

CALIDAD DEL SUEÑO EN PORTADORES DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Luciana Tiemi Kuranishi Ferreira¹, Maria Filomena Ceolim²

RESUMO

Este estudo teve por objetivo caracterizar a qualidade do sono de pessoas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) – AIDS –, com ou sem manifestações clínicas e sob tratamento ambulatorial. Para tal, foi realizada pesquisa descritiva e transversal. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica; Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR). Participaram da pesquisa 122 pacientes (55,7% de homens e 44,3% de mulheres, com idade média de 42,3 (± 8,9 anos), dos quais 53,3% referiram apresentar sono de boa qualidade e 46,7%, sono de má qualidade. Dormiam, em média, 7,3 (± 1,8) horas, com latência de 23,2 (± 26,2) minutos e eficiência do sono de 87,8% (± 14,4). Observou-se associação significativa entre o sono de boa qualidade e os seguintes fatores: ter companheiro(a); apresentar carga viral indetectável; manter comportamento de risco. Recomenda-se que os profissionais de enfermagem incluam sistematicamente questões sobre o sono ao avaliarem o paciente com HIV/AIDS, detectando alterações precocemente e reunindo subsídios para o planejamento de intervenções.

DESCRIPTORIOS

Sono
HIV
Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The objective of this study was to characterize the sleep quality of Human Immunodeficiency Virus (HIV) seropositive outpatients with or without AIDS symptoms. This is a descriptive and cross-sectional study. Sociodemographic and clinical data were collected by means of a questionnaire, and sleep quality by means of the Pittsburgh Sleep Quality Index, Brazilian version. Participants were 122 subjects (55.7% male, 44.3% female; mean age 42.3 ± 8.9 years); 53.3% reported good sleep quality and 46.7% reported poor sleep quality. Subjects reported sleeping a mean of 7.3 (± 1.8) hours; sleep latency was 23.2 (± 26.2) minutes, and sleep efficiency, 87.8% (± 14.4). A significant association was found between good sleep quality and: having a partner; undetectable viral load; and maintenance of risk behavior. It is recommended that nursing professionals systematically include questions regarding sleep when evaluating patients with HIV/AIDS, so that changes are detected early and relevant background information is obtained in order to plan interventions.

DESCRIPTORS

Sleep
HIV
Nursing care

RESUMEN

Se objetivó caracterizar la calidad del sueño de portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), con o sin manifestaciones clínicas de SIDA y bajo tratamiento ambulatorio. Investigación descriptiva y transversal. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y Clínica; Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI-BR). Participaron 122 pacientes (55,7% hombres, 44,3% mujeres, edad promedio 42,3±8,9 años), de los cuales 53,3% refirieron buena calidad de sueño y 46,7% mala calidad. Dormían en promedio 7,3 (±1,8) horas, con latencia de 23,2 (±26,2) minutos y eficiencia del sueño de 87,8% (±14,4). Se observó asociación significativa entre buena calidad de sueño y: tener compañero; carga viral indetectable; observar comportamientos de riesgo. Se recomienda que los profesionales de enfermería incluyan sistemáticamente preguntas sobre el sueño al evaluar al paciente con VIH/SIDA, detectando alteraciones precozmente y reuniendo elementos útiles para planificación de intervenciones.

DESCRIPTORES

Sueño
VIH
Atención de enfermería

* Extraído do trabalho de conclusão de curso "Qualidade do sono em portadores do vírus da imunodeficiência humana", Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2009. ¹ Enfermeira Graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. lutikf@yahoo.com.br ² Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.fceolim@fcm.unicamp.br

INTRODUÇÃO

No ano de 2009 foram identificados no Brasil 38.538 casos de aids (do inglês, *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, ou *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*), segundo o Ministério da Saúde. Essa doença acomete milhões de pessoas mundialmente, embora os números venham diminuindo no Brasil e no mundo⁽¹⁾.

A aids pode manifestar-se após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, também conhecido como HIV, termo derivado do inglês *Human Immunodeficiency Virus*. A doença evolui com intensa e contínua replicação viral em diversos compartimentos celulares e anatômicos, resultando, principalmente, na destruição e disfunção de linfócitos T, que expressam o antígeno de membrana CD4 (linfócitos T-CD4+), bem como de outras células do sistema imune. A imunodeficiência advém da depleção progressiva dos linfócitos T-CD4+ e, em sua forma mais grave, manifesta-se pelo surgimento de infecções oportunistas e neoplasias, que caracterizam a aids⁽²⁾.

Os sinais e sintomas da infecção inicial pelo HIV são semelhantes aos de outras doenças infecciosas, tais como a mononucleose (febre persistente, dores de cabeça, dores de garganta, dores musculares, manchas na pele, gânglios palpáveis nos braços, pescoço ou virilha que demoram a desaparecer), e podem variar de um indivíduo para outro⁽¹⁾. O surgimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da aids. Nessas situações, a contagem de linfócitos T-CD4+ está, na maioria das vezes, abaixo de 200 células/mm³⁽²⁾.

Além dos problemas fisiológicos e clínicos, as pessoas com aids podem sofrer com a alteração de fatores psicológicos e com a discriminação da sociedade e das próprias pessoas que vivem com HIV/aids, em relação à doença. Há alguns anos, a descoberta desse diagnóstico era o mesmo que uma *sentença de morte*. Atualmente, os avanços tecnológicos, em especial a terapia antirretroviral específica, têm contribuído para prolongar a sobrevida desses indivíduos. Porém, ainda há estigma que envolve as pessoas com HIV/aids^(1,3).

Atualmente, a aids pode ser considerada uma doença crônica. Embora isso minimize seu aspecto ameaçador à vida, seu impacto negativo sobre a qualidade de vida pode estar acentuado por diversos aspectos orgânicos, fisiológicos e psíquicos, inerentes à síndrome. É sabido que a qualidade de vida está estreitamente relacionada, entre outros fatores, à qualidade do sono. Nas doenças crônicas, é comum o prejuízo da qualidade do sono, pois distúrbios psicofisiológicos interferem diretamente nela,

podendo causar insônia, sonolência diurna e redução na capacidade de desempenho das atividades diárias⁽⁴⁾. Com isso, pacientes que ficam ansiosos por estarem com a doença apresentam um comprometimento na qualidade do sono e podem apresentar sintomas de depressão⁽⁵⁾.

Na literatura, diversos autores apontam que inúmeros fatores podem influenciar negativamente na qualidade do sono em pessoas com HIV/aids. A qualidade do sono e o sono diário estão relacionados à fadiga, bem como a ansiedade e a depressão, pois os fatores que levam à fadiga tem origem multifatorial e estão interrelacionados⁽⁶⁾. Outro estudo aponta que pessoas infectadas pelo HIV têm distúrbios na qualidade do sono por utilizarem medicamentos antirretrovirais, tendo maior tendência a sofrerem com esses transtornos. Assim, quando comparados a pacientes sem a doença, observa-se que apresentam o dobro de alterações do sono⁽⁷⁾. Já em pacientes com a doença no estágio mais avançado, nota-se que a qualidade do sono pode estar relacionada ao número de células CD4+, pois, quanto menor a quantidade dessas, maiores são os problemas relativos ao sono que o paciente poderá apresentar, uma vez que a doença no estágio mais avançado provoca sintomas como dor, diarreia, incontinência, febre, tosse e dispneia⁽⁸⁾.

Sabe-se que os transtornos do sono podem representar um fator de expressivo impacto na vida de uma pessoa. Eles podem estar relacionados à insônia, a distúrbios respiratórios, depressão e distúrbios do movimento noturno. Uma noite de sono mal dormida pode ser prejudicial a curto, médio ou longo prazo, pois afeta as atividades diárias e o desempenho profissional, bem como ocasiona alterações do humor e fisiológicas⁽⁹⁾.

Dessa forma, a importância da avaliação do sono como parte essencial da avaliação clínica de pacientes com doenças crônicas vem sendo cada vez mais apontada por evidências na literatura, e deve ser reconhecida e incorporada sem demora pelos profissionais de saúde. Tratando-se do paciente com HIV/aids, uma população em que se espera encontrar uma considerável prevalência de queixas sobre o sono, é fundamental reconhecê-las para poder estimar suas repercussões sobre a qualidade de vida e, sobretudo, buscar conhecimentos que respaldem as necessárias intervenções.

A partir das informações sobre a qualidade do sono nos pacientes com HIV/aids, pretende-se proporcionar ao enfermeiro subsídios que permitam planejar intervenções visando contribuir na implementação do cuidado pertinente, abrangendo esse aspecto muitas vezes negligenciado, e assim promover melhor qualidade de vida a essas pessoas.

A partir das informações sobre a qualidade do sono nos pacientes com HIV/aids, pretende-se proporcionar ao enfermeiro subsídios que permitam planejar intervenções visando contribuir na implementação do cuidado pertinente, abrangendo esse aspecto muitas vezes negligenciado, e assim promover melhor qualidade de vida a essas pessoas.

OBJETIVO

Caracterizar a qualidade do sono em pessoas com HIV/aids, que apresentem ou não manifestações clínicas da aids.

MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em três serviços de um hospital universitário: Hospital Dia em Aids (HD-Aids); ambulatório de Moléstias Infecciosas; Unidade de Pesquisa Clínica em HIV/Aids (UPC), no sudeste do Brasil.

Os sujeitos foram 122 pacientes de ambos os sexos que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; condições clínicas e cognitivas que permitissem responder aos instrumentos propostos; participação voluntária na pesquisa, assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após ciência e autorização dos responsáveis pelo serviço, os pacientes foram abordados nos próprios locais de consulta, expondo o propósito do estudo e convidando-os a participar. Em caso afirmativo, assinavam o TCLE, e o pesquisador aplicava os instrumentos sob a forma de entrevista, ou seja, lendo-os para cada paciente e registrando as respostas.

Foram utilizados formulários de entrevistas semiestruturados em que constam questões relacionadas à identificação do paciente e ao seu perfil socioeconômico, história de saúde e tratamento; Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI-BR), para avaliar a qualidade do sono e os distúrbios do sono. O PSQI-BR foi validado para uso na língua portuguesa e possui como característica a avaliação da qualidade do sono no último mês. Contém 19 questões que configuram sete componentes de avaliação: qualidade do sono, latência, duração, eficiência, distúrbios do sono noturno, uso de medicamentos para dormir e sonolência diurna. Cada componente recebe uma pontuação que varia de zero a três, de forma que a pontuação final do instrumento pode variar de zero a 21. Quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono, e valores maiores que cinco indicam sono de má qualidade^(4,10).

Para a análise dos dados foi realizada estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão; números absolutos e percentuais); teste do Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher para avaliar a associação entre a qualidade do sono (boa ou má) e variáveis categóricas; teste de Mann-Whitney para comparar os pacientes com boa e má qualidade do sono quanto às variáveis numéricas; coeficiente alfa de Cronbach para medida de consistência interna do instrumento PSQI-BR.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em 08/04/2009 (protocolo CEP 256/2009), encontrando-se de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil.

RESULTADOS

Foram entrevistados 122 pacientes, dentre os quais 68 homens (55,7%) e 54 mulheres (44,3%). A idade média dos pacientes foi de 42,2 (\pm 9,0) anos, com mediana de 41,9 anos, destacando-se que 86 pacientes (70,5%) tinham entre 31 e 50 anos, e apenas três (2,5%), idade superior a 60 anos. A maior parte (64 ou 52,4%) relatou possuir companheiro. O número médio de anos de estudo formal referido foi de 8,1 (\pm 3,8) com mediana de 8,0. A renda familiar média relatada foi de 3,7 salários mínimos (\pm 4,3) e mediana de 2,5. Em relação à ocupação, 63 (51,6%) pacientes referiam estar empregados, 34 (27,9%) aposentados ou sem emprego, 24 (19,7%) inativos e um (0,8%) não respondeu.

Os pacientes conheciam o diagnóstico de HIV havia, em média, 9,9 anos (\pm 5,8) e mediana de 10 anos, e faziam tratamento havia em média 8,1 anos (\pm 5,2) e mediana de 8,5 anos. Em relação à forma de aquisição do HIV, observou-se que 81 pacientes (66,4%) contraíram o vírus por via sexual, através de companheiro(a), ex-companheiro(a) ou relação sexual esporádica, enquanto 30 pacientes (24,5%) não sabiam referir como contraíram a doença ou apresentaram informação duvidosa. Apenas 10 (8,2%) contraíram o vírus por via sanguínea (drogas ou transfusão). Dezenove pacientes (15,6%) relatavam manter os comportamentos de risco. Quanto ao estágio da doença, 31 pacientes (25,4%) encontravam-se no estágio A (compreendendo os subtipos A1, A2 e A3); 13 pacientes (10,6%) no estágio B (incluindo subtipos B1, B2 e B3); e 76 pacientes (62,3%), no estágio C (subtipos C1, C2 e C3). O tratamento por meio de antirretrovirais era realizado por 112 pacientes (91,8%), e 50 (41%) usavam o inibidor de transcriptase reversa não-nucleosídeo efavirenz. A carga viral mostrava-se indetectável para 72 pacientes (59%). Não foi possível obter os dados no prontuário de dois pacientes (1,7%).

Verificou-se que 65 pacientes (53,3%) relatavam sono de boa qualidade, enquanto 57 (46,7%) apresentavam sono de má qualidade, de acordo com a pontuação obtida no PSQI-BR. A pontuação média observada foi de 6,1 (\pm 4,1), com mediana de 5,0 pontos. A medida de consistência interna do instrumento, para essa população, revelou-se satisfatória com coeficiente alfa de Cronbach = 0,74.

As características sociodemográficas e clínicas para as quais foi observada associação significativa com a qualidade do sono dos pacientes estudados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas com associação significativa à qualidade do sono de pacientes com HIV/aids atendidos em hospital universitário - Campinas, 2009

Variáveis		Qualidade do sono		p*
		Boa (n = 65)	Má (n = 57)	
		n (%)	n (%)	
Estado conjugal	Vive com companheiro	42 (34,4)	22 (18,0)	0,004*
	Vive sem companheiro	23 (18,8)	35 (28,7)	
Comportamento de risco	Mantém	15 (12,3)	4 (3,3)	0,04†
	Não mantém	48 (39,3)	52 (42,6)	
	Sem informação	2 (1,6)	1 (0,8)	
Uso de efavirenz	Sim	32 (26,2)	18 (14,8)	0,00 †
	Não	25 (20,5)	37 (30,3)	
	Nenhum antirretroviral em uso	8 (6,6)	2 (1,6)	
Carga viral	Detectável	23 (18,9)	22 (18,0)	0,04†
	Indetectável	42 (34,4)	30 (24,6)	
	Sem informação	-	5 (0,41)	

* valor de p ao teste do Qui-quadrado; †valor de p ao teste Exato de Fisher; Nota: (n = 122)

Conforme mostram os dados da Tabela 1, encontrou-se associação significativa entre a qualidade do sono e as seguintes variáveis: estado conjugal, com maior proporção de pacientes com boa qualidade do sono entre os que possuem companheiro; o fato de manter comportamento de risco, notando-se menor proporção de pacientes com má qualidade do sono entre os que afirmaram manter comportamento de risco; uso de efavirenz, com maior proporção de pacientes com má qualidade do sono entre aqueles que não faziam uso de efavirenz; carga viral, com maior proporção de pacientes com boa qualidade do sono entre os que tinham carga viral indetectável.

Não foi encontrada associação significativa com a qualidade do sono para as variáveis: sexo, ocupação, como

adquiriu o HIV, estágio da doença e número de antirretrovirais em uso.

Verificou-se ainda que, ao teste de Mann-Whitney, não foi encontrada diferença significativa entre os pacientes com sono de boa e de má qualidade nas variáveis: idade, escolaridade, renda familiar, número de pessoas na casa, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, contagem de células CD4, número de antirretrovirais em uso e o número de outros medicamentos.

A Tabela 2 ilustra os resultados referentes às características habituais de sono dos pacientes divididos entre grupos conforme a qualidade do sono.

Tabela 2 – Comparação das características habituais de sono entre os pacientes com sono de boa qualidade e os de má qualidade - Campinas, 2009

Características habituais de sono	Sono de boa qualidade (n = 65)			Sono de má qualidade (n = 57)		
	Média	DP†	Mediana	Média	DP†	Mediana
Horário de deitar	22h35	75	22h30	22h46	109	22h30
Latência (mín.)*	15	14	10	32	33	20
Horário de despertar	6h53	95	6h45	6h50	94	6h45
Duração do sono* (horas)	8,1	1,3	8,0	6,4	1,8	6,0
Eficiência (%)*	95	8	97	80	16	82

* variáveis em que $p < 0,05$ ao teste de Mann-Whitney; † DP = desvio padrão

Encontrou-se diferença significativa entre os pacientes com sono de boa e de má qualidade, segundo o PSQI-BR, no que se refere às seguintes características habituais do sono: latência; duração do sono e eficiência do sono. Não houve diferença significativa nos horários de deitar e de despertar (Tabela 2).

A pontuação obtida pelos pacientes com sono de boa e de má qualidade em cada componente do PSQI-BR, bem como a pontuação global do instrumento, está na Tabela 3.

Observou-se, conforme os dados da Tabela 3, a ocorrência de diferença significativa entre os pacientes com

sono de boa e de má qualidade, em todos os componentes do PSQI-BR ($p < 0,05$).

Os fatores que provocaram, com maior frequência, dificuldades para dormir entre os pacientes com sono de má qualidade foram: acordar no meio da noite ou de manhã cedo (34, ou 27,9%), levantar para ir ao banheiro durante a noite (29 ou 23,8%) e outras razões (28 ou 23,0%). Entre os pacientes com sono de boa qualidade, os fatores que causaram dificuldades para dormir citados com maior frequência foram levantar para ir ao banheiro durante a noite (7 ou 5,7%) e sentir frio (7 ou 5,7%).

Tabela 3 - Comparação da pontuação global e dos componentes do PSQI-BR entre os pacientes com sono de boa qualidade e os de má qualidade - Campinas, 2009

Componentes do PSQI- BR	Sono de boa qualidade (n = 65)			Sono de má qualidade (n = 57)		
	Média	DP†	Mediana	Média	DP†	Mediana
C1 – Qualidade do sono*	0,8	0,5	1,0	1,7	0,8	2,0
C2 – Latência do sono*	0,7	0,8	1,0	2,0	0,9	2,0
C3 – Duração do sono*	0,2	0,4	0,0	1,2	1,2	1,0
C4 – Eficiência do sono*	0,1	0,4	0,0	1,1	1,2	1,0
C5 – Distúrbios do sono*	0,7	0,6	1,0	1,6	0,6	2,0
C6 – Medicação para dormir*	0,1	0,5	0,0	0,8	1,3	0,0
C7 – Sonolência diurna*	0,4	0,6	0,0	1,2	0,9	1,0
Escore global*	3,0	1,5	3,0	9,6	3,1	9,0

* variáveis em que $p < 0,05$ ao teste de Mann-Whitney; †DP = desvio padrão

DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado com 122 pessoas com HIV/ aids adultas, de ambos os sexos. Observou-se proporção semelhante de homens e mulheres (respectivamente, 55,7% e 44,3%), com 1,2 homem para cada mulher. Verifica-se atualmente que a infecção pelo HIV, antes considerada uma doença predominantemente masculina, não mais apresenta essa diferença. Com o passar dos anos, a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva e atualmente a razão, no Brasil, é de 1,5 homem para cada mulher⁽¹⁾. A faixa etária predominante encontrava-se entre 31 e 50 anos (70,5% dos pacientes), observando-se que essa faixa é a que realmente ainda concentra mais casos no Brasil, embora seja registrado crescente aumento da população com mais de 50 anos de idade⁽¹⁾.

A escolaridade dos pacientes pode ser considerada baixa, assim como a renda familiar informada também foi baixa, notando-se um percentual expressivo de pacientes fora do mercado de trabalho, apesar de se encontrarem em idade produtiva. Associada à baixa escolaridade, em comunidades geográficas nas quais se agregam fatores adversos, como falta de infraestrutura, baixa oferta de serviços e restrição de políticas públicas, além de pessoas com baixa renda, aumenta a ocorrência de problemas, como consumo de álcool e drogas, e a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis⁽¹¹⁾. Há estudos indicando maior incidência de aids entre homens e mulheres com menor escolaridade, com pequena variação por regiões no Brasil e mudança com o passar das décadas, deslocando-se dos grupos com maior escolaridade para os menos escolarizados⁽¹²⁾. Além disso, têm ocorrido, nos últimos anos, os processos de interiorização e pauperização da epidemia⁽¹¹⁾.

O tempo médio de diagnóstico da doença, próximo de dez anos, bem como o tempo prolongado de tratamento com antirretrovirais (8,1 anos em média) encontram-se de acordo com dados epidemiológicos nacionais, que têm demonstrado aumento da sobrevivência dos pacientes com HIV/ aids, atingindo recentemente a sobrevivência mediana de nove anos. Nesse sentido, o uso de medicamentos antirretrovirais teve participação decisiva⁽¹³⁾.

A maior parte dos pacientes adquiriu o vírus HIV por via sexual. Isso é congruente com dados nacionais^(1,13), que apontam a relação sexual como forma principal de transmissão do HIV. Atualmente observa-se que a elevada proporção da infecção entre mulheres deve-se à contaminação por relação heterossexual, provavelmente pelo parceiro, e que a prevalência entre usuários de drogas tem declinado⁽¹⁾ devido aos programas de redução de danos e à mortalidade mais elevada entre usuários de drogas. A maior parte dos pacientes (62,3%) encontrava-se em estágio avançado da doença, ou seja, no estágio C. Entretanto, 59% dos sujeitos tinham registro de carga viral indetectável no prontuário. Não foi possível encontrar dados nacionais a respeito dessas características.

A maior parte dos pacientes deste estudo (53,3%) relatou sono de boa qualidade. Ressalta-se que uma parcela ainda expressiva, 46,7%, apresentava sono de má qualidade. Esses dados são parcialmente discordantes de outros estudos sobre qualidade do sono em pacientes com HIV/ aids, nos quais são relatadas alterações dos padrões e da qualidade do sono em maiores proporções de pacientes (80% a 100%), atribuídas à própria infecção pelo vírus HIV e a fatores relacionados diretamente a ela^(7-8,14).

A pontuação média obtida no PSQI-BR foi de 6,1 ($\pm 4,1$). Outros estudos em pacientes com HIV/ aids obtiveram pontuação média de 6,7 ($\pm 3,8$)⁽¹⁵⁾, 8,1 ($\pm 3,9$)⁽¹⁶⁾, 8,5 (4,0)⁽¹⁷⁾, 9,4 ($\pm 4,4$)⁽¹⁴⁾, 10,0 ($\pm 5,0$)⁽¹⁸⁾ e 12,3 ($\pm 3,9$)⁽⁸⁾. Destaca-se que essas pesquisas foram conduzidas com casuística inferior à do presente estudo, com predomínio de homens em alguns^(15,17-18) e de mulheres, em outros^(8,14,16), com proporções entre os sexos diferentes da observada neste estudo. Além disso, os autores investigaram fatores associados à qualidade do sono não focalizados aqui, tais como depressão, estresse e adesão ao tratamento, o que poderia em parte explicar as discrepâncias observadas. A idade dos sujeitos mostrou-se o fator mais semelhante entre os estudos, e outros aspectos da casuística, como tempo de diagnóstico e tratamento, uso de antirretrovirais e estágio da doença, além de não serem detalhados em todos os estudos, não parecem contribuir para explicar essas divergências.

As características habituais do sono dos pacientes que relatavam boa qualidade mostraram-se semelhantes às de adultos saudáveis, com duração de oito horas em média, latência média de 15 minutos e eficiência de 95%⁽⁴⁾. É importante destacar que os pacientes que relatavam sono de má qualidade não apresentavam deterioração expressiva dos padrões de sono, com duração próxima de seis horas e meia, latência média de 32 minutos e eficiência de 80%.

Em outros estudos realizados com o PSQI, os resultados mostraram padrões de sono semelhantes apenas aos dos pacientes com sono de má qualidade deste estudo, ou ainda mais deteriorados: 64%⁽⁸⁾ a 75%⁽¹⁷⁾ dos pacientes apresentaram duração do sono inferior a sete horas, o que ocorreu em 54% dos pacientes com sono de má qualidade deste estudo; latência maior que 30 minutos foi relatada em 51%⁽¹⁷⁾, 52%⁽¹⁴⁾ e 70%⁽⁸⁾, contra 68% observados neste estudo, sendo a única característica mais comprometida em relação aos demais; em outros, 13%⁽¹⁷⁾, 22%⁽⁸⁾ e 33%⁽¹⁴⁾ dos pacientes relataram dormir menos de cinco horas por noite, e 14%⁽¹⁷⁾, 22%⁽⁸⁾ e 26%⁽¹⁴⁾ tinham eficiência do sono menor que 65%. Essas características foram observadas em, respectivamente, 32% e 21% dos pacientes com sono de má qualidade, e em 10% e 11% do total de pacientes deste estudo. Há autores que não relataram essas características em seus estudos^(15-16,18).

Apenas 18,9% dos pacientes relatavam sonolência diurna acentuada, ou, se forem considerados exclusivamente os pacientes com sono de má qualidade, 35%. Em outros estudos, essas queixas foram relatadas por 25%⁽¹⁷⁾, 42%⁽¹⁴⁾ e 68%⁽⁸⁾ dos pacientes. A sonolência diurna, observada com maior frequência nos pacientes com má qualidade do sono, pode estar relacionada ao esforço diário e a fadiga⁽¹⁴⁾. Isso pode ser atribuído ao fato de que a noite de sono desses pacientes não é reparadora ou suficiente, devido às frequentes interrupções.

De fato, os fatores que causaram mais problemas no sono noturno, encontrados nos pacientes com sono de má qualidade, foram: acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo (60%), necessidade de se levantar para ir ao banheiro (51%) e outras razões (49%), destacando-se as preocupações. O sono interrompido é comum nessa população, tendo sido encontrado em 44% dos pacientes de outro estudo⁽⁷⁾. Nos pacientes com sono de boa qualidade, os fatores mais citados foram levantar-se para ir ao banheiro e sentir frio, porém em pequena proporção, atingindo 11% deles.

Visando investigar melhor esses aspectos, as características sociodemográficas e de saúde dos pacientes foram analisadas em função da qualidade do sono.

Encontrou-se associação entre a boa qualidade de sono e o fato de ter um companheiro. Os estudos relacionados ao sono em sujeitos com HIV não exploram esse aspecto. Entretanto, visto que a qualidade do sono está relacionada à qualidade de vida, pode-se sugerir que indivíduos que possuem bem-estar emocional e psicológico conseguem ter melhor qualidade do sono. O fato de ter um companheiro, a despeito dos estigmas e discrimina-

ção que ainda acometem os pacientes com HIV/aids, poderia ser decisivo para a melhor qualidade de vida, contribuindo indiretamente para a qualidade do sono⁽¹⁹⁾.

Chamou a atenção um resultado inesperado: menor proporção de pacientes que mantinham comportamento de risco apresentava má qualidade do sono, em relação aos que não o mantinham. A literatura não traz informações a respeito. Pode-se especular, com a devida cautela, que esses pacientes teriam menor preocupação em relação à sua doença, e isso poderia refletir-se na qualidade do sono. O fato de um pequeno percentual de pacientes manter comportamento de risco (15,6%) poderia também conduzir a um viés no resultado estatístico.

Outro aspecto contraditório foi o achado de maior proporção de pacientes com má qualidade do sono que não usavam o antirretroviral efavirenz em relação aos que o usavam. O efavirenz tem sido apontado como prejudicial à qualidade do sono, modificando sua estrutura interna, provocando redução da duração e aumento da latência, e propiciando a ocorrência de pesadelos⁽²⁰⁾. Outros autores observaram alterações discretas na arquitetura do sono, mas não em sua eficiência, e recordação vívida dos sonhos. Mesmo assim, os pacientes referiam satisfação com a qualidade do sono, sugerindo alterações mais de natureza objetiva do que subjetiva⁽²¹⁾, contribuindo para explicar os achados deste estudo.

A maior proporção de pacientes com boa qualidade do sono estava entre os que tinham carga viral indetectável. Isso pode estar relacionado diretamente aos sintomas que o avanço da doença pode acarretar, além de preocupações, ansiedade e administração desses sintomas. Outros autores encontraram associação entre a qualidade do sono e sintomas relacionados ao HIV, dor, fadiga, depressão, ansiedade e número de adultos residentes no lar, mas não em relação à carga viral⁽⁸⁾. Entretanto, dois outros estudos verificaram a associação entre a má adesão ao tratamento com antirretrovirais e a má qualidade do sono^(16,22). Em um deles⁽²²⁾, 75% dos sujeitos com baixa adesão relatavam distúrbios do sono, em comparação a 45% daqueles com boa adesão. Os autores constataram que havia, entre os sujeitos com boa adesão, alta porcentagem daqueles com carga viral indetectável. Esses achados são congruentes com a associação entre carga viral indetectável e sono de boa qualidade, encontrada no presente estudo.

O avanço da doença tem sido relacionado à má qualidade do sono, e as pessoas com HIV/aids em estágio avançado da doença podem apresentar manifestações cerebrais que levam ao aumento de distúrbios do sono, como a insônia^(8,20). Tal associação não foi observada neste estudo, em que 51,3% dos pacientes no estágio C da doença tinham sono de boa qualidade. Nesse sentido, deve-se considerar também a carga viral obtida nos exames laboratoriais, conforme apontado anteriormente. Cabe notar ainda que os pacientes com sono de má qualidade nesse estágio eram uma proporção expressiva (48,7%), e devem

ter a qualidade do sono habitualmente investigada. Com a progressão da infecção e piora do estado imunológico, as pessoas com HIV/aids podem apresentar sintomas físicos de dor, febre, tosse, dispneia, suor noturno e diarreia, levando a distúrbios e mudanças dos hábitos de sono⁽⁸⁾.

Sugere-se que futuros estudos ocupem-se de elucidar as diferenças entre as pessoas com HIV/aids que apresentam sono de boa e de má qualidade, aprofundando a investigação sobre fatores que se mostraram relevantes em outros estudos: ansiedade, depressão, fadiga, sintomas relacionados ao HIV, estresse e adesão ao tratamento com antirretrovirais^(8,14, 22).

Destaca-se, em especial, a associação significativa observada entre o sono de boa qualidade e a carga viral indetectável, que desperta indagações, com a devida cautela, sobre as relações entre a adesão ao tratamento e a qualidade do sono, já apontadas na literatura. Essas relações merecem ser investigadas, tendo em vista que a busca da boa adesão ao tratamento constitui um desafio e uma prioridade no trabalho do enfermeiro que atende às pessoas com HIV/aids.

CONCLUSÃO

Neste estudo, realizado com 122 adultos com HIV/aids, de ambos os sexos, verificou-se elevada prevalência (46,7%)

de pessoas com sono de má qualidade segundo o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-BR). Embora os padrões de sono não se mostrassem expressivamente deteriorados nos sujeitos com sono de má qualidade (6,4 horas de sono em média, latência média de 32 minutos e eficiência de 80%), esses índices merecem atenção dos profissionais de saúde. Os sujeitos com sono de boa qualidade apresentavam padrões de sono semelhantes aos de um adulto saudável (duração média de oito horas, latência inferior a quinze minutos e eficiência de 95%). A boa qualidade do sono mostrou-se associada ao fato de ter um companheiro e à carga viral indetectável. Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo, precisar usar o banheiro durante a noite, ter preocupações e sentir frio foram os principais fatores que perturbaram o sono noturno.

As queixas de sono são prevalentes nas pessoas com HIV/aids, mas parecem ainda pouco valorizadas pelos profissionais de saúde. Recomenda-se que esses profissionais incluam sistematicamente questões sobre o sono ao avaliarem o paciente com HIV/aids. Dessa forma, será possível detectar precocemente as queixas sobre o sono e planejar intervenções que permitam prevenir ou minimizar o agravamento das queixas e a posterior deterioração da qualidade do sono, cujos reflexos se farão sentir sobre a saúde em geral e sobre a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Dados epidemiológicos de DST, HIV/aids. Boletim Epidemiológico Aids [Internet]. 2010 dez. [citado 2011 abr. 20]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-2010>
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV. 7ª ed. Brasília; 2008.
3. Marques MCC. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. Hist Ciênc Saúde Manguinhos. 2002;9 Supl:41-65.
4. Bertolazi NA, Fagundes SC, Hoff LS, Pedro VD, Menna Barreto SS, Johns MW. Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. J Bras Pneumol. 2009;35(9):877-83.
5. Junqueira P, Bellucci S, Rossini S, Reimão R. Women living with HIV/AIDS: sleep impairment, anxiety and depression symptoms. Arq Neuro Psiquiatr. 2008;66(4):817-20.
6. Phillips KD, Sowell R, Rojas M, Tavakoli A, Fulk LJ, Hand GA. Physiological and psychological correlates of Fatigue in HIV disease. Biol Res Nurs. 2004;6(1):59-74.
7. Marcos Sánchez F, Albo Castaño MI, Casallo Blanco S, Vizuite Calero A, Vivas del Val M, Herrero Domingo A. Estudio del sueño en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. An Med Interna (Madrid). 2008;4(25):197-8.
8. Robbins JL, Phillips KD, Dudgeon WD, Hand GA. Physiological and psychological correlates of sleep in HIV infection. Clin Nurs Res. 2004;13(1):3-5.
9. Muller MR, Guimarães SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. Estud Psicol (Campinas). 2007;24(4):519-28.
10. Correa K, Ceolim MF. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):12-8.
11. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Cad Saúde Pública. 2000;16 Supl.1:65-76.
12. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cad Saúde Pública. 2000;16 Supl 1:77-87.

13. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2008 [citado 2010 abr. 25];5(1). Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2008_versao1_6.pdf
14. Salahuddin N, Barroso J, Leserman J, Harmon JL, Pence BW. Daytime sleepiness, nighttime sleep quality, stressful life events, and HIV-related fatigue. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(1):6-13.
15. Cruess DG, Antoni MH, Gonzalez J, Fletcher MA, Klimas N, Duran R, et al. Sleep disturbance mediates the association between psychological distress and immune status among HIV-positive men and women on combination antiretroviral therapy. *J Psychosom Res*. 2003;54(3):185-9.
16. Phillips KD, Moneyham L, Murdaugh C, Boyd MR, Tavakoli A, Jackson K, et al. Sleep disturbance and depression as barriers to adherence. *Clin Nurs Res*. 2005;14(3):273-93.
17. Nokes KM, Kendrew J. Sleep quality in people with HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 1996;7(3):43-50.
18. Nokes KM, Kendrew J. Correlates of sleep quality in persons with HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2001;12(1):17-22.
19. Santos ECM, França Junior I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007;41 Supl 2:64-71.
20. Reid S, McGrath L. HIV/AIDS. *Sleep Med Clin*. 2007;2(1):51-8.
21. Moyle G, Fletcher C, Brown H, Mandalia S, Gazzard B. Changes in sleep quality and brain wave patterns following initiation of an efavirenz-containing triple antiretroviral regimen. *HIV Med*. 2006;7(4):243-7.
22. Gay C, Portillo CJ, Kelly R, Coggins T, Davis H, Aouizerat BE, et al. Self-reported medication adherence and symptom experience in adults with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2011;22(4):257-68.