

Associação entre sintomas de insônia e artrite reumatóide em idosos*

ASSOCIATION BETWEEN INSOMNIA AND RHEUMATOID ARTHRITIS IN ELDERLY

ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DE INSOMNIO Y ARTRITIS REUMATOIDEA EN ANCIANOS

Denise Cuoghi de Carvalho Veríssimo Freitas¹, Thalyta Cristina Mansano-Schlosser², Ariene Angelini dos Santos³, Anita Liberalesso Neri⁴, Maria Filomena Ceolim⁵

RESUMO

Esse estudo objetivou avaliar sintomas de insônia em idosos residentes na comunidade e sua associação com a artrite reumatóide. Estudo descritivo, de corte transversal, recorte do projeto multicêntrico *Fragilidade em Idosos Brasileiros*. Foram avaliados 689 idosos (68,9% mulheres, média de idade 72,2 anos) utilizando-se questionário sociodemográfico e sobre condições clínicas, questões sobre sintomas de insônia (Perfil de Saúde de Nottingham) e teste de rastreio para alterações cognitivas (Mini-exame do Estado Mental). Utilizou-se análise descritiva e análise de regressão logística múltipla, com nível de significância de 5%. A associação entre sintomas de insônia e artrite reumatóide manteve-se significativa na análise multivariada; outros fatores associados foram avaliação subjetiva da saúde muito ruim, não ser aposentado e apresentar depressão. Os profissionais da área da saúde devem investigar cuidadosamente a qualidade do sono noturno dos idosos acometidos por artrite reumatóide, dada sua elevada prevalência nessa população.

DESCRIPTORIOS

Idoso
Sono
Transtornos do sono
Artrite reumatóide

ABSTRACT

This study aimed to assess symptoms of insomnia in elderly residents in the community and its association with rheumatoid arthritis. Descriptive and cross-sectional study, part of a multicentre research project entitled *Fragility in Brazilian elderly*. A total number of 689 elderly (68.9% female, average age of 72.2 years) were interviewed using a questionnaire on sociodemographic data and clinical conditions. Two tools to identify symptoms of insomnia (the Nottingham Health profile) and to screen cognitive impairment (Mini Mental State Examination) were also applied. For data analysis, we used descriptive statistical techniques and multiple logistic regression, considering a 5% significance level. The association between insomnia symptoms and rheumatoid arthritis was found to be significant in the multivariate analysis; other associated factors were a very poor subjective evaluation of health, being retired, and the presence of depression. Health professionals should investigate carefully the sleep quality in elderly with rheumatoid arthritis, considering its high prevalence in this population.

DESCRIPTORS

Aged
Sleep
Sleep disorders
Arthritis, rheumatoid

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar los síntomas de insomnio en ancianos residentes en la comunidad y su asociación con la artritis reumatoidea. Estudio descriptivo, transversal, que utilizó parte de los datos del proyecto multicéntrico *Fragilidad en Ancianos Brasileños*. Fueron evaluados 689 ancianos (68,9% mujeres, con edad promedio de 72,2 años). Fue utilizado un cuestionario sobre condiciones sociodemográficas y clínicas, preguntas sobre síntomas de insomnio (Perfil de Salud de Nottingham) y prueba de cribado para el deterioro cognitivo (Mini Examen del Estado Mental). Se utilizó el análisis descriptivo y análisis de regresión logística múltiple, con un nivel de significación del 5%. La asociación entre síntomas de insomnio y artritis reumatoidea se mantuvo significativa en el análisis multivariado; otros factores asociados también fueron: evaluación subjetiva de la salud como muy mala, no ser jubilado y tener depresión. Los profesionales de la salud deben investigar cuidadosamente la calidad del sueño nocturno de los ancianos con artritis reumatoidea, dada su alta prevalencia en esta población.

DESCRIPTORIOS

Anciano
Sueño
Trastornos del sueño
Artritis reumatoide

* Extraído da tese "Sintomas de insônia e sono diurno associados à ocorrência de hipertensão e diabetes mellitus em idosos", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas, 2013. ¹ Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. denisecuoghi@ig.com.br ² Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. thalyta@fcm.unicamp.br ³ Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. arieneangelini@yahoo.com.br ⁴ Psicóloga. Doutora em Psicologia. Professora Titular da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. anitalbn@uol.com.br ⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. fceolim@fcm.unicamp

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, com destaque para o aumento considerável da população com 70 anos de idade ou mais. Em 2009, os resultados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) indicavam um total de 11,3 milhões de pessoas nesta faixa etária. A redução da população de crianças e jovens e o conseqüente aumento da população adulta e idosa estão relacionados à queda continuada dos níveis de fecundidade e mortalidade e ao aumento da expectativa de vida⁽¹⁾.

Concomitantemente, é constatada modificação nas doenças e nos agravos mais prevalentes, com declínio acentuado da morbimortalidade por doenças infecto-parasitárias e elevação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁽²⁾. Com o avanço da idade, aumenta a probabilidade de se adquirir DCNT, ao mesmo tempo em que diminuem a capacidade funcional e as reservas orgânicas, elevando a suscetibilidade a essas doenças e outros problemas de saúde⁽³⁾. Dessa maneira, pode haver associação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica.

Segundo dados do IBGE, em 2008, as doenças mais prevalentes nessa faixa etária eram: hipertensão (53,3%), dor na coluna ou nas costas (35,1%), artrite reumatóide ou reumatismo (24,2%), doenças do coração (17,3%), diabetes (16,1%) e outras doenças (20,9%)⁽⁴⁾. As DCNT podem acarretar prejuízos no estado geral de saúde e na funcionalidade dos idosos, interferindo negativamente na qualidade de vida dessas pessoas, inclusive no padrão e na qualidade do sono⁽⁴⁾.

O envelhecimento, por si só, pode trazer alterações no padrão habitual do sono, tais como redução quantitativa dos estágios do sono profundo e aumento dos estágios de sono superficial, fragmentação do sono noturno, maior latência para o início do sono, redução da duração total do sono noturno e transições mais frequentes entre os estágios do sono durante a noite. A prevalência de distúrbios respiratórios do sono e relacionados ao aumento da atividade mioclônica noturna também são mais comuns acima dos 60 anos de idade, de modo que as queixas de sintomas de insônia encontram-se entre as mais frequentes entre os idosos⁽⁴⁻⁵⁾.

Há quatro sintomas considerados essenciais para a realização do diagnóstico de transtornos do sono e de insônia: dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono, despertar precoce e sono não reparador. Esses critérios são comuns às diversas classificações internacionais dessa ordem de distúrbios, incluindo os Critérios de Diagnóstico e Pesquisa da Academia Americana de Medicina do Sono (RDC), a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono

(ICSD-2) e a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (Classificação Internacional das Doenças - CID 10)⁽⁶⁾.

As alterações dos padrões de sono e os sintomas de insônia presentes no envelhecimento podem advir das DCNT citadas, bem como de outros distúrbios prevalentes nessa faixa etária, dentre os quais podem ser destacados a depressão, os problemas urinários e os problemas neurológicos, tais como a doença de Parkinson e o acidente vascular encefálico⁽⁷⁻⁸⁾. Além disso, modificações no cotidiano frequentemente ligadas ao envelhecimento, tais como as trazidas pela aposentadoria e a viuvez, podem contribuir para essas alterações⁽⁹⁾.

Dentre as doenças citadas, a artrite reumatóide merece destaque por representar uma importante causa de diminuição da independência dos idosos, pois a dor articular prejudica a mobilidade e o desempenho de atividades da vida diária, resultando em dificuldades no auto-cuidado e prejuízos na qualidade de vida, comprometendo também a qualidade do sono^(7,10). A prevalência da artrite reumatóide aos 65 anos é de seis vezes a prevalência aos 25 anos⁽¹¹⁻¹²⁾.

Há quatro sintomas considerados essenciais para a realização do diagnóstico de transtornos do sono e de insônia: dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono, despertar precoce e sono não reparador.

A avaliação subjetiva da saúde, que constitui um importante indicador de bem-estar e expectativa de vida do idoso⁽¹³⁾, a despeito da presença das DCNT, também parece influenciar a qualidade do sono. A avaliação negativa a respeito da própria saúde foi associada a maior prevalência de queixas de sintomas de insônia⁽¹⁴⁾. Para oferecer um cuidado diferenciado, é necessário que os profissionais de saúde identifiquem precocemente esses problemas, a fim de desencadear ações para melhorar a qualidade do sono dos idosos com artrite reumatóide. A detecção dos sintomas de insônia e a evidência de sua prevalência nesses pacientes devem contribuir para maior preocupação

dos profissionais de saúde, com o delineamento de intervenções que visem minimizar ou evitar tais problemas.

Diante do exposto, esse estudo objetivou avaliar a associação entre sintomas de insônia e a presença de artrite reumatóide em idosos residentes na comunidade.

MÉTODO

Estudo do tipo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Trata-se de um recorte do estudo multicêntrico *Fragilidade em Idosos Brasileiros* (FIBRA), conduzido por pesquisadores de quatro universidades do país (UFMG, USP-RP, UNICAMP e UERJ), com o objetivo de estudar as condições de saúde e bem-estar entre homens e mulheres de 65 anos e mais, residentes na comunidade.

Neste estudo foram utilizados os dados obtidos no município de Campinas, SP, envolvendo uma amostra probabilística composta por indivíduos com 65 anos ou mais

(N=900), residentes na comunidade. Esses idosos foram recrutados em domicílio, em setores censitários urbanos sorteados aleatoriamente. Os entrevistadores foram treinados e seguiram roteiro composto por apresentação individual, apresentação da pesquisa e convite aos idosos, de acordo com instrumento construído e testado previamente.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções, concordar em participar e ser residente permanente no domicílio e no setor censitário. Os critérios de exclusão foram: a) idosos com déficit cognitivo grave, sugestivo de demência, evidenciado por problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal e comunicação ou observados pelos recrutadores; b) idosos que estivessem usando cadeira de rodas ou que se encontrassem provisória ou definitivamente acamados; c) portadores de sequelas graves de acidente vascular encefálico, com perda localizada de força e/ou afasia; d) portadores de doença de Parkinson em estágio grave ou instável, com comprometimento grave de motricidade, fala ou afetividade; e) portadores de graves déficits de audição ou visão que dificultassem fortemente a comunicação e f) idosos em estágio terminal.

A coleta de dados ocorreu em sessão única e teve início após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os idosos foram submetidos a medidas antropométricas, clínicas, sociodemográficas, de avaliação da fragilidade e de *status* cognitivo. Para a avaliação do *status* cognitivo foi usado o teste de rastreio denominado Mini-exame do Estado Mental⁽¹⁵⁾. Somente os idosos que pontuaram acima da nota de corte, segundo a escolaridade, fizeram parte deste estudo (N=689).

As seguintes variáveis foram usadas para caracterização sociodemográfica dos idosos: gênero, idade, escolaridade, estado civil, renda familiar em salários mínimos, aposentadoria, trabalho atual e arranjo familiar. Também foram obtidas informações sobre hábitos de vida, tais como prática de atividades físicas, tabagismo e etilismo.

A avaliação dos sintomas de insônia foi realizada com base em itens do Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), que é um instrumento validado para uso no Brasil⁽¹⁶⁾, com as seguintes questões: 1. Toma remédios para dormir? (Uso de medicação para dormir); 2. Acordou de madrugada e não pegou mais no sono? (Despertar precoce); 3. Ficou acordado a maior parte da noite? (Dificuldade em manter o sono); 4. Levou muito tempo para pegar no sono? (Dificuldade em iniciar o sono) e 5. Dormiu mal à noite? (Sono não restaurador). As respostas possíveis eram *sim* ou *não* e referiam-se aos últimos doze meses. Se o idoso respondesse de maneira afirmativa a qualquer uma das questões, era considerado portador de sintomas de insônia, de acordo com os critérios do DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*).

As condições clínicas investigadas foram: hipertensão (pressão alta); osteoporose; artrite reumatóide (reumatismo); cardiopatia (doença do coração); *diabetes mellitus*; doença pulmonar obstrutiva crônica (doença do pulmão);

neoplasia (câncer); acidente vascular encefálico (derrame); incontinência urinária. As respostas foram obtidas pelo autorrelato dos idosos à seguinte pergunta: Algum médico já disse que o/a senhor/a tem as seguintes doenças/condições? A resposta era dicotômica (sim ou não). A presença de depressão foi investigada por meio da Escala de Depressão Geriátrica e considerada presente ou ausente de acordo com a pontuação obtida⁽¹⁷⁾. A avaliação subjetiva de saúde foi averiguada por meio de uma pergunta (Como o senhor avalia sua saúde?) com cinco categorias de resposta: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim.

Segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, todos os princípios éticos foram respeitados. A Coordenadora do Estudo FIBRA autorizou a utilização dos dados. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, como adendo ao Estudo FIBRA (parecer nº 208/2007), em 23/11/2010.

Os dados obtidos foram codificados e digitados em planilha eletrônica e analisados com os *softwares* SPSS (versão 17.0). Foram tratados com estatística descritiva e apresentados em tabelas, com números absolutos e percentuais para as variáveis categóricas, e com médias, desvios-padrão e medianas para as variáveis numéricas. Com a finalidade de identificar os fatores associados aos sintomas de insônia, as variáveis escolhidas foram submetidas à análise de regressão logística univariada e testadas a seguir em um modelo de regressão logística múltipla, com seleção segundo o critério *stepwise*, com valor de $p \leq 0,05$ adotado como nível crítico.

RESULTADOS

As características predominantes entre os idosos estudados foram: sexo feminino (68,8%), cor branca (73,9%), casados (55,1%), aposentados (70,0%), que não trabalhavam (85,4%), haviam completado o antigo ensino primário (52,3%) e residiam com familiares (78,0%). Dentre os entrevistados, 36,7% tinham de 65 a 69 anos de idade (média de 72,2 anos e desvio padrão de 5,3) e 38,8% referiam renda econômica familiar na faixa de 1,1 a 3 salários mínimos^(a).

As principais condições clínicas identificadas foram: hipertensão (64,5%), artrite reumatóide (43,2%), cardiopatia (26,4%), osteoporose (26,3%), *diabetes mellitus* (21,8%), doença pulmonar obstrutiva crônica (10,0%), neoplasia (9,4%) e acidente vascular encefálico (7,5%). Verificou-se que 55% dos idosos relatavam apresentar pelo menos um dos sintomas de insônia investigados: despertar precoce (34,5%); dificuldade em iniciar o sono (27,9%); sono não restaurador (27,7%) e dificuldade em manter o sono (20,3%). O uso de medicamentos para dormir foi relatado por 19,3% dos idosos.

A Tabela 1, apresenta os resultados significativos da análise de regressão logística univariada para identificação dos fatores associados aos sintomas de insônia.

^(a) O salário mínimo vigente na época da coleta de dados era de R\$ 465,00. Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego, 2009, <http://portal.mte.gov.br/portal-mte/>

A Tabela 2 mostra os resultados dos fatores associados aos sintomas de insônia segundo a análise de regressão logística multivariada.

Tabela 1 – Fatores associados aos sintomas de insônia - Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) – Campinas, SP, 2008-2009.

Variável	Categorias	Valor de p	OR*	IC 95% OR*
Sexo	Masculino (Ref.)	–	1,00	–
	Feminino	<0,001	1,76	1,27 – 2,44
Aposentadoria	Sim (Ref.)	–	1,00	–
	Não	<0,001	1,85	1,31 – 2,60
Arranjo de moradia	Com pessoas fora da família (Ref.)	–	1,00	–
	Com familiares	0,018	2,17	1,14 – 4,13
	Sozinho	0,013	2,51	1,21 – 5,21
Artrite reumatóide	Não (Ref.)	–	1,00	–
	Sim	<0,001	2,24	1,64 – 3,07
Depressão	Não (Ref.)	–	1,00	–
	Sim	<0,001	2,75	1,80 – 4,20
Incontinência urinária	Não (Ref.)	–	1,00	–
	Sim	0,033	1,42	1,03 – 1,96
Avaliação subjetiva da saúde	Muito boa (Ref.)	–	1,00	–
	Boa	0,006	1,97	1,22 – 3,18
	Regular	<0,001	3,88	2,35 – 6,40
	Ruim	<0,001	6,44	2,51 – 16,52
	Muito ruim	0,041	5,54	1,08 – 29,50

*OR (Odds Ratio)=Razão de risco para sintomas de insônia; (n=300 sem sintomas de insônia e n=379 com sintomas de insônia). IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência. Nota: (n=679).

Tabela 2 – Fatores associados aos sintomas de insônia - Rede de Estudos sobre fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) - Campinas, SP, 2008-2009

Variáveis	Categorias	Valor-P	OR*	IC 95% OR*
Avaliação subjetiva da saúde	Muito boa (Ref.)	–	1,00	–
	Boa	0,005	2,21	1,27 – 3,86
	Regular	<0,001	3,60	1,99 – 6,53
	Ruim	0,009	4,02	1,41 – 11,42
	Muito ruim	0,037	6,15	1,12 – 33,88
Aposentado	Sim (Ref.)	–	1,00	–
	Não	<0,001	2,08	1,39 – 3,10
Depressão	Não (Ref.)	–	1,00	–
	Sim	0,001	2,28	1,39 – 3,74
Artrite reumatoide	Não (Ref.)	–	1,00	–
	Sim	0,018	1,56	1,08 – 2,26

*OR (Odds Ratio)=Razão de risco para sintomas de insônia; (n=259 sem sintomas de insônia e n=316 com sintomas de insônia). IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério Stepwise de seleção de variáveis. Ref.: nível de referência. Nota: (n=575).

De acordo com a análise multivariada, verificou-se que os idosos com risco mais elevado de apresentar sintomas de insônia eram aqueles com pior avaliação subjetiva da saúde (risco 6,2 vezes maior para saúde muito ruim), não aposentados (risco 2,1 vezes maior), com depressão (risco 2,3 vezes maior) e artrite reumatóide (risco 1,6 vezes maior).

DISCUSSÃO

Neste estudo, a artrite reumatóide mostrou-se significativamente associada aos relatos de sintomas de insônia em idosos (OR=1,6). Outros fatores associados foram a auto-avaliação da saúde (muito ruim, ruim, regular ou boa), a depressão e não ser aposentado. O conhecimento desses fatores traz subsídios essenciais para a avaliação do idoso, contribuindo para o delineamento de estratégias para o manejo do cuidado à saúde dessa população.

Nas últimas três décadas a população brasileira tem enfrentado um crescimento sistemático e consistente do número de idosos, caracterizado pelo predomínio de mulheres e idosos de cor branca, com baixa escolaridade e baixa renda mensal⁽¹⁾. Tais características são também as encontradas nos idosos da região metropolitana de Campinas⁽¹⁸⁾, bem como entre os sujeitos deste estudo.

A prevalência das DCNT entre idosos brasileiros era de 48,9% em 2008, com destaque para a hipertensão, com taxas em torno de 50%, e a artrite ou reumatismo ocupavam o terceiro lugar, com 24,2% de prevalência⁽¹⁾. Na região metropolitana de Campinas (SP), as doenças mais prevalentes entre os idosos foram as doenças cardiovasculares e o câncer⁽¹⁸⁾. Na população do presente estudo, a proporção de idosos que referiam DCNT mostrou-se mais elevada que para a população brasileira, com a hipertensão em primeiro lugar, seguida pela artrite reumatóide. Esses dados enfatizam a importância de estudar os aspectos associados a essa afecção que podem trazer consequências prejudiciais ao bem-estar e à saúde do idoso.

Os profissionais de saúde em geral, e em especial os que atuam na área do envelhecimento, devem buscar estratégias que contribuam para a melhora ou a manutenção da qualidade de vida dos idosos, bem como para a prevenção de doenças, a preservação e a reabilitação da saúde dessas pessoas. Com essa finalidade, devem investigar e compreender as singularidades dessa fase da vida e a influência que exercem sobre ela múltiplos fatores (físicos, psicológicos, sociais e culturais), os quais podem comprometer a qualidade de vida e o estado de saúde⁽¹⁹⁾.

Dentre eles, a qualidade do sono merece maior atenção do que tem recebido dos profissionais de saúde que atendem a essa população. Na análise de regressão logística univariada, diversos fatores mostraram-se associados aos sintomas de insônia nos idosos: pertencer ao sexo feminino, morar só ou com familiares, não ser aposentado, referir incontinência urinária, artrite reumatóide, depressão e avaliar a própria saúde como boa, regular, ruim ou muito ruim. A

maior parte desses fatores tem sido tradicionalmente associada a queixas dessa natureza, tais como sexo feminino⁽⁴⁻⁵⁾, incontinência urinária⁽⁷⁻⁸⁾ e depressão⁽⁷⁻⁸⁾.

Posteriormente, no modelo de análise de regressão logística multivariada, merece destaque a permanência da artrite reumatóide como fator significativo para os sintomas de insônia, mesmo na presença de fatores preponderantes, como a depressão e a avaliação subjetiva da saúde. Outros estudos recentes apontam que há associação entre a artrite reumatóide e os problemas de sono entre idosos⁽⁷⁻⁸⁾.

A artrite reumatóide é uma doença auto-imune, de caráter inflamatório e etiologia desconhecida, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva a deformidade e destruição das articulações em virtude da erosão óssea e da cartilagem. Podem ocorrer também manifestações sistêmicas. Estudos epidemiológicos estimam a prevalência de artrite reumatóide em 1% da população adulta, afetando três vezes mais mulheres do que homens e com maior incidência entre 35-65 anos⁽¹¹⁻¹²⁾. Portanto, o prejuízo funcional ocorrerá mais provavelmente nas faixas etárias mais elevadas.

Em um estudo brasileiro sobre as DCNT⁽²⁰⁾ que utilizou dados comparativos da Pesquisa por Amostra de Domicílio (PNAD) dos anos de 1998 e 2003, os autores observaram prevalência superior de artrite reumatóide na coorte de 2003 em relação à de 1998, destacando-se que a prevalência aumenta com o avançar da idade.

A dor e o desconforto oriundos da artrite reumatóide podem resultar em graves consequências para os idosos, contribuindo para perda da funcionalidade, má qualidade do sono, comprometimento da participação e do engajamento social, com importante repercussão negativa na saúde e no bem-estar dos indivíduos dessa faixa etária⁽⁴⁾. Deve-se considerar que a artrite reumatóide é uma doença que produz impacto negativo na vida social, com frequência levando ao afastamento ainda precoce das atividades de trabalho, tanto na vida adulta como no envelhecimento⁽¹⁾. No Brasil, 57,9% dos idosos são aposentados⁽¹⁾, porém no presente estudo a prevalência de aposentados foi de 70,0% e 85,2% de inativos, reforçando as considerações anteriores. Deve-se destacar ainda que a evolução da doença pode incluir deformidade articular e incapacidade funcional para as atividades de vida diária, com perda de força muscular e dor, trazendo, além do impacto físico, comprometimento da saúde mental e levando a problemas como depressão e ansiedade⁽²⁰⁾.

Observa-se também que a avaliação subjetiva da saúde mostrou-se fator fortemente associado ao relato de sintomas de insônia. A prevalência de sintomas de insônia está associada a pior saúde percebida, segundo critérios do DSM-IV-TR⁽¹⁴⁾. No presente estudo, apenas a auto-avaliação de saúde 'muito boa' não se mostrou associada aos sintomas de insônia, sugerindo a pertinência da pesquisa desses sintomas na avaliação de todos os idosos, mesmo daqueles que se mostram satisfeitos com a própria saúde. A relevância dessa investigação fica evidente quando se considera que o sono de

má qualidade pode ter como consequência o agravamento de doenças já existentes, como hipertensão e *diabetes mellitus*.

Um estudo de amplitude nacional, realizado nos Estados Unidos da América, revelou que os distúrbios de sono afetam cerca de dez milhões de adultos com artrite reumatóide. Essa associação, segundo autores, é mediada pela presença de dor articular e das limitações a ela relacionadas⁽²¹⁾. O sono de má qualidade mostrou-se associado à presença de artrite reumatóide e seus sintomas correlatos, a saber: dor, fadiga, incapacidade funcional e sintomas depressivos em 162 adultos (58 anos de idade, em média), dos quais 70% eram mulheres⁽²²⁾. Os resultados de um estudo nacional conduzido com idosos institucionalizados mostraram que os sujeitos com dependência acentuada referiam menor eficiência do sono, quando comparados àqueles com dependência moderada e aos independentes, e que as dores eram apontadas como um fator prejudicial ao sono por 21,1% dos participantes⁽²³⁾.

Autores sugerem que a má qualidade do sono exerce efeito indireto sobre a incapacidade funcional, por meio de sua associação com a intensidade da dor e a fadiga. Esse achado tem como implicação a possibilidade de que o tratamento dos distúrbios do sono promova melhora da capacidade funcional nesses sujeitos⁽²⁴⁾. No presente estudo, uma das limitações consistiu na ausência de dados a respeito da presença de dor e da capacidade funcional.

A presença de depressão também se mostrou associada aos sintomas de insônia, o que tem sido apontado por outros autores que investigaram a qualidade do sono⁽²²⁾. A esse respeito, cabe destacar a possível associação entre as condições que acarretam incapacidade funcional, tais como a artrite reumatóide, e a ocorrência de depressão e sintomas depressivos. Resultados de um estudo transversal de base populacional conduzido com idosos no município de São Paulo sugerem que o uso de psicotrópicos, em especial os antidepressivos, foi mais elevado entre aqueles com sequelas funcionais resultantes de múltiplas morbidades, que por sua vez podem se associar à presença de sintomas depressivos⁽²⁵⁾.

Deve-se ressaltar que, no presente estudo, a associação entre os sintomas de insônia e a artrite reumatóide manteve-se significativa mesmo na presença de depressão, sugerindo que essa última poderia ser um dos fatores desencadeantes ou sinalizadores dos sintomas de insônia nos idosos com artrite reumatóide.

CONCLUSÃO

Na presente investigação, os sintomas de insônia mostraram-se associados à presença de pior avaliação subjetiva da saúde, aos idosos não aposentados, com depressão e com artrite reumatóide. Esses achados trazem um alerta aos profissionais da saúde que atuam com os idosos para que incluam na prática clínica rotineira para a avaliação global do idoso a investigação sobre a presença de sintomas de insônia, dada sua elevada prevalência em associação com problemas de saúde, que podem apresentar importante repercussão sobre a qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro; 2010 [citado 2011 fev. 22]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf
2. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cancerol*. 2009; 55(4):379-88.
3. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva AS, Zouain CS, Santos FP, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):2011-22.
4. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ*. 2007;176(9):1299-304.
5. Corrêa K, Ceolim MF. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):12-8.
6. Walsh JK, Coulouvrat C, Hajak G, Lakoma M, Petukhova M, Roth T, et al. Nighttime insomnia symptoms and perceived health in the America Insomnia Survey (AIS). *Sleep*. 2011;34(8):997-1011.
7. Turk DC, Cohen MJ. Sleep as a marker in the effective management of chronic osteoarthritis pain with opioid analgesics. *Semin Arthritis Rheum*. 2010;39(6):477-90.
8. O'Brien EM, Waxenberg LB, Atchison JW, Gremillion HA, Staud RM, McCrae CS, et al. Intraindividual variability in daily sleep and pain ratings among chronic pain patients: bidirectional association and the role of negative mood. *Clin J Pain*. 2011; 27(5):425-33.
9. LeBlanc M, Mérette C, Savard J, Ivers H, Baillargeon I, Morin CH. Incidence and risk factors of insomnia in a population-based sample. *Sleep*. 2009;32(8):1027-37.
10. Lurati A, Marrazza M, Scarpellini KAM. Safety of etanercept in elderly subjects with rheumatoid arthritis. *Biologics*. 2010;4:1-4.
11. Louzada Junior P, Souza BDB, Toledo RA, Ciconelli RM. Análise descritiva das características demográficas e clínicas de pacientes com artrite reumatóide no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Reumatol*. 2007;47(2):84-90.
12. Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Rezende-Fronza LS, Bertolo MB, et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatóide. *Rev Bras Reumatol*. 2012;52(2):135-74.
13. Pereira MG, Rebouças M. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(4):237-46.
14. Roth T, Coulouvrat C, Hajak G, Lakoma MD, Sampson NA, Shahly V, et al. Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; and Research Diagnostic Criteria/International Classification of Sleep Disorders, Second Edition Criteria: results from the America Insomnia Survey. *Biol Psychiatry*. 2011;69(6):592-600.
15. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003;61(3-B):777-81.
16. Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Souza AC, Lima MC, Magalhães RC, Goulart F. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação de qualidade de vida. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(4):905-14.
17. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.
18. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – 2010 [Internet]. São Paulo; 2010 [citado 2012 jul. 4]. Disponível em: <http://www.iprsipvs.seade.gov.br/view/index.php?prodCod=2>
19. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBN, Gonçalves N, Nakano R, Rodrigues J, et al. Senescence and senility: the new paradigm in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 25];45(n.spe2):1763-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_22.pdf
20. Lima-Costa MF, Loyola Filho IA, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10):2467-78.
21. Covic T, Cumming SR, Pallant JP, Manolios N, Emery P, Conaghan PG, et al. Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the Hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Psychiatry*. 2012;12:6.
22. Louie G, Tektonidou MG, Cabana-Martinez AJ, Ward MM. Sleep Disturbances in adults with arthritis: prevalence, mediators, and subgroups at greatest risk. Data from the 2007 National Health Interview Survey. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(2):247-60.

-
23. Araújo CLO, Ceolim MF. Sleep quality of elders living in long-term care institutions. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 25];44(3):619-26. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_10.pdf
24. Luyster FS, Chasens ER, Wasko MCM, Dunbar-Jacob J. Sleep quality and functional disability in patients with rheumatoid arthritis. J Clin Sleep Med. 2011;7(1):49-55.
25. Noia AP, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML, Lieber NSR. Factors associated to the use of psychotropic drugs by community-dwelling elderly in São Paulo City. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2012 Apr 25];46(n. spe):38-43. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/en_06.pdf

Apoio Financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.
O estudo *Fragilidade em Idosos Brasileiros – FIBRA* recebeu apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.