

Sono e envelhecimento

Lorena Teresinha Consalter Geib*
Alfredo Cataldo Neto**
Ricardo Wainberg***
Magda Lahorgue Nunes****

INTRODUÇÃO

Os termos *envelhecimento* ou *senescência* têm sido indistintamente empregados para definir o processo pós-maturacional responsável pela diminuição da homeostasia e aumento da vulnerabilidade do organismo. O envelhecimento tem sido classificado como *normal* ou *usual*. Normal, quando envolve mudanças fisiológicas universais e inexoráveis; usual, quando inclui doenças relacionadas à idade¹.

O processo de envelhecimento – normal ou usual – ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afetam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade, que vivem em casa e 70% dos institucionalizados², com impacto negativo na sua qualidade de vida.

Essas modificações no padrão de sono e repouso alteram o balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, sistema imunológico, performance, resposta comportamental, humor e habilidade de adaptação³. Os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice podem ser agrupados nas seguintes categorias: 1) dor ou desconforto físico; 2) fatores ambientais; 3) desconfortos emocionais e 4) alterações no padrão do sono. Nessa última categoria, incluem-se as queixas referentes ao tempo dispendido na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o sono, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar pela manhã mais cedo do que o desejado. Além dessas queixas, são também prevalentes a sonolência e a fadiga diurna, com aumento de cochilos⁴, o comprometimento cognitivo^{5,6} e do desempenho diurno^{7,8}, e vários outros problemas, que, embora não sejam específicos do envelhecimento, têm um grande impacto sobre os idosos em decorrência de seus efeitos sobre o sono: falta de adaptação às perturbações emocionais, hábitos inadequados de sono, transtornos orgânicos e afetivos, uso de drogas (psicotrópicas ou outras), agita-

* Professora Titular do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo. Mestre em Enfermagem Doutoranda em Clínica Médica e Ciências da Saúde (PUCRS).

** Professor Adjunto e Coordenador do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da PUCRS.

*** Acadêmico. Faculdade de Medicina – PUCRS.

**** Professora Adjunta de Neurologia e Pediatria da FAMED – PUCRS.

ção noturna e quedas^{9,10}. Essa sintomatologia permite afirmar que sono e repouso são funções restauradoras necessárias para a preservação da vida, o que por si só justifica a necessidade dos profissionais de saúde atualizarem seus conhecimentos acerca das alterações fisiológicas que ocorrem no sono com a velhice, assim como sobre os fatores que interferem no sono saudável, tais como doenças clínicas, comorbidades psiquiátricas e eventos psicossociais.

Ressalta-se que, embora os idosos geralmente relatem suas queixas relacionadas ao sono, muitos não o fazem^{11,12} por não concebê-las como disfunções, mas como eventos normais do processo de senescência. Isso contribui para o subdiagnóstico e o aumento no consumo de drogas hipnóticas, nem sempre prescritas e consumidas com observância à sensibilidade farmacodinâmica da idade⁽²⁾ e às alterações no desempenho diário do idoso. Marsh¹³ constatou que cerca de 40% de todas as drogas hipnóticas são usadas por pessoas acima de 60 anos de idade (12% da população), um consumo muito maior do que em qualquer outra faixa etária. Essas drogas não são isentas de efeitos colaterais ou de interação medicamentosa e são consumidas concomitantemente com muitos medicamentos (polifarmácia), prescritos ou não, o que contribui para aumentar as influências exógenas sobre o processo saúde-doença. Uma boa noite de sono foi associada com melhor performance cognitiva em idosos que dormem bem e naqueles que não utilizam drogas hipnótico-sedativas⁵.

Atualmente, a exemplo de outras dificuldades relacionadas à idade, como memória e cognição, a tendência é de considerar as perturbações do sono e suas implicações como acontecimentos *anormais* associados ao envelhecimento. Devem, pois, merecer uma criteriosa avaliação diagnóstica e intervenções terapêuticas, incluindo medidas não farmacológicas, que possam melhorar a qualidade de vida na velhice, pois, embora as alterações afetem a profundidade e a duração do sono, os idosos *saudáveis* mantêm a capacidade de dormir e restaurar a energia funcional. Por outro lado, a incapacidade para dormir foi correlacionada com a gravidade da diminuição cognitiva e, freqüentemente, de abandono de cuidados domiciliares prestados pela família aos pacientes demenciados^{7,8}. Além disso, os distúrbios do sono são também a maior causa de abuso de medicação psicotrópica¹³. Em vista disso, as queixas relativas ao sono, que ten-

dem a aparecer com maior freqüência na terceira idade, merecem ser avaliadas e encaradas como problemas – quer sejam decorrentes do processo de senescência ou caracterizados como doenças orgânicas ou psiquiátricas - uma vez que seu aparecimento ou exacerbação podem ser prevenidos com a devida valorização, investigação e intervenção.

Na perspectiva de contribuir com a promoção de um sono restaurador e com o bem-estar diurno da população geriátrica, por meio de uma atuação profissional qualificada, o artigo tem por objetivos: revisar as mudanças no padrão de sono relacionadas com o envelhecimento normal; discorrer sobre as disfunções do sono em idosos saudáveis e apresentar algumas estratégias de manejo clínico das mesmas nos aspectos preventivo e terapêutico.

1. PADRÕES DE SONO NO ENVELHECIMENTO

O sono tem sido definido como um estado fisiológico complexo, que requer uma integração cerebral completa, durante a qual ocorrem alterações dos processos fisiológicos¹⁴ e comportamentais, como mobilidade relativa e aumento do limiar de respostas aos estímulos externos. É um estado descontínuo organizado em fases que se diferenciam por traçados eletroencefalográficos específicos.

Dois fatores controlam a necessidade fisiológica de sono: a arquitetura intrínseca e o ritmo circadiano de sono e vigília.

a) Arquitetura do sono

Para um estado ótimo de vigília, o adulto requer uma média de 7- 8 horas de sono em um período de 24 horas, com despertares noturnos que representam até 5% do tempo total na cama¹⁴. Os ciclos de sono nessa faixa etária caracterizam-se por apresentar um padrão no qual o indivíduo passa 30% sonhando, 20% em sono profundo e 50% em sono leve. Esses ciclos de sono são observados em traçados eletroencefalográficos, cujas características elétricas, comportamentais e funcionais permitem classificar o sono em duas fases: 1) *NREM*: caracterizado por sono de ondas lentas ou sincronizadas. É a fase que inicia o sono e o aprofunda gradativamente, à medida que as ondas cerebrais se tornam progressivamente mais lentas. O sono NREM é dividido em quatro estágios, numerados de I a IV. O sono, no adulto, inicia no estágio I (5 % do tempo total em sono), seguido do II (45%), III e IV (25%)¹⁴.

Os estágios III e IV são também denominados como sono de ondas lentas contínuas. À medida que os estágios se sucedem, o indivíduo torna-se cada vez menos reativo aos estímulos sensoriais. O sono NREM é considerado restaurador das funções orgânicas, por estar associado “à restituição da estrutura protéica neuronal e ao aumento da secreção do hormônio de crescimento”¹⁴; 2) *Sono REM*, ou sono ativo: ocorre a intervalos regulares de aproximadamente 90 minutos, após ciclo completo de sono NREM e está associado à ocorrência de sonhos⁽¹⁵⁾. Ocupa de uma a duas horas do total de sono no adulto, o que corresponde a 20 a 25% do tempo de sono¹⁴.

A arquitetura de uma noite de sono é constituída por ciclos com duração média de 70 a 100 minutos, que se repetem de 4 a 5 vezes. Um ciclo típico é constituído dos estágios I, II, III e IV do sono NREM seguidos por um período de sono REM.

Na primeira metade da noite, o sono é mais profundo¹⁶, havendo predomínio da fase NREM¹⁴, enquanto na segunda metade da noite ocorre predomínio das fases mais superficiais (I e II) do sono NREM e de sono REM¹⁶. A duração do tempo de sono varia conforme a idade, diminuindo progressivamente de 19 -20 horas no recém-nascido para 10 horas até os 10 anos de idade, 8 horas no adolescente, 7,5 horas no adulto e 6 horas a partir dos 60 anos de idade. O inverso ocorre com os despertares noturnos: de 1 despertar na faixa de 5 -10 anos, passa para 2 entre 20 e 30 anos, 4 entre 40 e 50 anos, chegando a 8 entre os 70 e 80 anos¹⁷.

A arquitetura intrínseca do sono descrita anteriormente sofre ainda as seguintes *modificações com o envelhecimento*^{2,3,7,18,19}:

- Diminuição da duração dos estágios 3 e 4 (componente restaurativo do sono), podendo causar privação de sono crônica;
- Diminuição do limiar do despertar devido a ruído (mais pronunciado na mulher);
- Aumento do período de latência para o início do sono (> 30 min em cerca de 32% das mulheres e 15% dos homens);
- Redução tanto da duração total do sono REM, quanto do intervalo de tempo entre o início do sono e o sono REM (período de latência REM), associado com síndromes encefálicas e alterações do fluxo sanguíneo cerebral;
- Maior número de transições de um estágio para outro e para a vigília;
- Aumento dos problemas respiratórios durante o sono;
- Aumento da atividade mioelétrica noturna;

b) Ritmo circadiano de sono e vigília

O ciclo circadiano é o ritmo de distribuição de atividades biológicas cíclicas de aproximadamente 24 horas, como ocorre com o ciclo sono-vigília. Esse ritmo é controlado pelo sistema nervoso central e sofre a influência de fatores ambientais (luz, temperatura) e sociais (higiene do sono).

Embora os mecanismos cerebrais implicados no sono sejam complexos e parcialmente entendidos, os estudos cronobiológicos descrevem dois sistemas neuroanatômicos que se inter-relacionam sincronicamente na manutenção do ciclo sono-vigília: o Sistema Indutor do Sono e o Sistema Indutor da Vigília. O primeiro mantém os estados de alerta e a capacidade de concentração; o segundo, é responsável pelos diferentes estágios do sono. Os mecanismos neurofisiológicos que induzem os estados de vigília encontram-se no Sistema Reticular Ativador Ascendente (SRAA), formado por neurônios noradrenérgicos, catecolaminérgicos, serotoninérgicos, glutamatérgicos e gabaérgicos, entre outros, particularmente ativos durante o estado de vigília. O SRAA conecta-se com todo o diencefalo e ativa o córtex cerebral. Esses mecanismos funcionam de acordo com o ritmo circadiano. Assim, quando aumenta a temperatura corporal, aumenta a atividade metabólica, com maior produção de catecolaminas, substâncias indutoras da vigília; quando a temperatura cai, a liberação de catecolaminas diminui. Por outro lado, no Sistema Indutor do Sono, os neurônios promotores do sono “tornam-se ativos, diminuindo a atividade cortical através da inibição dos neurônios do SRAA”²⁰. O sono pode também ser facilitado pela diminuição de estímulos sensoriais como ruídos e claridade.

O ciclo claro-escuro é o mais importante fator ambiental sincronizador dos ritmos biológicos. A luz muda a fase do relógio circadiano por uma cascata de eventos no interior das células do núcleo supraquiasmático (NSQ), incluindo a ativação do gene *mPer1*. A informação da claridade/escurecimento é transmitida, via trato retino-hipotalâmico, da retina (único receptor da informação)⁽²¹⁾ para o núcleo supraquiasmático (NSQ) e deste para a glândula pineal, que regula a secreção de melatonina.

A melatonina exerce um efeito de sincronização no marcador circadiano, sendo fortemente suprimida na presença de luz, aumentando até um determinado platô durante o sono e diminuindo novamente com o despertar^{21,22}.

As mudanças relacionadas à idade ocorrem provavelmente na qualidade da transmissão da informação ótica pela retina ou ao nível do marcador central – NSQ –, que perde a capacidade de resposta à informação^{21,22}.

A diminuição na expressão dos genes do NSQ, que servem como indicadores da função de relógio, também interfere no ritmo circadiano, modificando a capacidade do NSQ de gerar ritmos ou de responder aos estímulos externos²¹. O gene humano *hper2* também está envolvido em uma disfunção do ritmo circadiano²³.

Estudos conduzidos por Dyffly & Czeisler²⁴ sugerem que o aumento nos despertares precoces e a dificuldade em manter o sono relacionados ao envelhecimento podem resultar de uma incapacidade de manter o sono em uma fase específica do ritmo circadiano.

O envelhecimento normal causa, portanto, uma perda geral no relógio circadiano, ocasionando, entre outras conseqüências:

- Aumento da fragmentação do sono;
- Aumento da freqüência de cochilos diurnos (maior entre os homens e entre os mais velhos);
- Mudanças de fase do sono, com avanço de 1 hora mais cedo por dia (tendência a deitar cedo e levantar cedo);
- Maior fadiga diurna;
- Alteração nos sincronizadores sociais (rotinas de alimentação, sono, atividades físicas e outras) com tendência à escolha de horários mais precoces de dormir e acordar;
- Dessincronização interna e externa.

A sincronização interna ocorre quando o ritmo circadiano da temperatura central acompanha o ritmo sono-vigília. A perda dessa estabilidade constitui a dessincronização interna e

resulta em prejuízos para a saúde do indivíduo. A dessincronização externa, por sua vez, está associada às alterações no padrão de sono do idoso, devido à diminuição gradativa dos estímulos sociais, que funcionam como sincronizadores. Os fatores que interferem nessa dessincronização são: 1) a insuficiência qualitativa e quantitativa desses estímulos; 2) a diminuição da acuidade dos órgãos dos sentidos (receptores dos estímulos ambientais) e 3) a dificuldade do sistema de temporização circadiana de ajustar os ritmos de acordo com os estímulos sociais²¹.

A manutenção de rotinas regulares pode: 1) compensar a deficiência do sistema que controla as manifestações rítmicas do organismo; e 2) contribuir como estímulo adicional para a sincronização²⁰. Para os idosos saudáveis, a prática de atividade física regular tem se mostrado benéfica nos problemas de sono relacionados com o distúrbio no ritmo circadiano²¹.

No quadro 1 (Anexo 1), estão sumarizadas as diferenças no padrão de sono na velhice segundo o gênero.

2. PRINCIPAIS DISTÚRBIOS DE SONO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Existem inúmeras causas potenciais de distúrbios de sono na terceira idade. No intuito de facilitar o seu reconhecimento e manejo na prática clínica, elas foram sistematizadas e classificadas. Uma dessas classificações, elaborada pela Associação Americana dos Distúrbios do Sono⁽¹⁸⁾, agrupa os principais transtornos em três categorias: dissonias, parassonias e distúrbios médico-psiquiátricos, como apresentado no quadro 2 (Anexo 2).

ANEXO 1

Padrão de sono	Idosos	Idosas
Duração de sono	Levemente maior	Levemente menor
Tempo de permanência na cama	Maior	Menor
Demora em dormir	Maior	Menor
Micro-despertares	Mais longos	Mais freqüentes
Eficiência e manutenção do sono	Menor	Maior
Estágios 1 e 2	Maior	Menor
Estágios 3 e 4	Menor	Maior
Sono REM	Mais curtos	Mais longos

Quadro 1 – Modificações do Sono no Idoso Segundo o Gênero
Adaptado de Haponik & McCall (1999)

ANEXO 2

I – Dissonias	Distúrbios intrínsecos do sono	Insônia psicofisiológica Apnéia do sono Movimentos periódicos das pernas
	Distúrbios extrínsecos do sono	Higiene inadequada do sono Transtornos ambientais do sono Transtornos de ajuste do sono Transtornos do sono hipnótico-dependentes Transtornos do sono estimulante-dependentes Transtornos do sono álcool-dependentes
II – Parassonias		
III – Transtornos do sono clínico-psiquiátricos		

Quadro 2 – Principais distúrbios de sono no idoso
Fonte: Haponik & McCall (1999)

2.1 Distúrbios intrínsecos do sono

2.1.1 Insônia psicofisiológica

A insônia é considerada a dificuldade de iniciar ou manter o sono. Em relação ao período de sono, pode ser classificada em inicial (quando a pessoa apresenta dificuldade em iniciar o sono), intermediária (dificuldade em manter o sono) e final (apresenta despertar precoce)²⁵. Quanto a sua duração, classifica-se como de curta duração, transitória e crônica. A insônia de curta duração decorre de alterações ambientais, estresse, ansiedade ou depressão e desaparece espontaneamente quando o indivíduo se adapta às mudanças ou remove os fatores causais; a transitória dura geralmente de 1 a 3 semanas; a crônica tem duração maior do que 3 semanas, podendo permanecer pelo resto da vida. É mais freqüente em pessoas com distúrbios psiquiátricos, dependentes de álcool ou outras drogas, portadores de demência ou doenças ou condições graves³.

A insônia psicofisiológica também é denominada comportamental ou aprendida. Associa-se tanto aos estados de ansiedade quanto aos diversos comportamentos inadequados, como expectativas negativas relativas ao sono e ao cansaço diurno, hábitos irregulares de sono, persistência de pensamentos em problemas e situações de conflito na hora de dormir²¹.

A insônia é uma queixa particularmente comum após os 65 anos de idade, podendo atingir

de 12 a 40% dos indivíduos²⁶. No Brasil, em estudo de base populacional, Rocha²⁷ encontrou uma prevalência de insônia em idosos de 3,9%. A insônia foi independentemente associada ao gênero feminino, presença de algumas doenças ou condições crônicas, insatisfação com a forma como gasta o tempo livre e percepção da própria saúde como razoável ou ruim/muito ruim.

A insônia tem grande impacto na morbimortalidade. Em idosos, a insônia grave aumenta em três vezes a probabilidade de mortalidade em um período de três anos e meio¹⁸. Haponik & McCall¹⁸ destacam que o risco de desenvolver depressão é muito maior em pessoas idosas com insônia. Além disso, a insônia em idosos saudáveis ou demenciados interfere com o sono de 64% dos companheiros de quarto²⁸.

2.1.2 Apnéia do sono

A apnéia do sono do idoso é definida como a cessação do fluxo do ar pela boca ou nariz por dez segundos, pelo menos, que ocorre durante o ciclo de sono em pessoas com mais de 65 anos de idade, cinco ou mais vezes por hora de sono¹⁸. A interrupção da respiração é acompanhada por ronco intenso e contínuo, mais acentuada na posição supina, melhorando com a lateralização. Os roncamentos são mais intermitentes nos estágios 1 e 2 e REM, quando ocorrem

repetidos episódios apneicos¹⁸. Em decorrência da interrupção da respiração, pode ocorrer queda na saturação sanguínea de oxihemoglobina, arritmias cardíacas, hipertensão noturna, confusão durante a noite e comprometimento neuropsicológico². A obesidade tem sido considerada como um fator de risco central para a apnéia do sono²⁹, enquanto que o consumo de álcool, o tabaco e os sedativos têm sido apontados como fatores causais.

Um índice de apnéias de 5 ou menos episódios por hora é considerado um quadro leve. Acima desse número, aumentam os riscos de morbidade, e um índice superior a 10 episódios por hora parece aumentar os riscos de mortalidade¹⁹. Considera-se grave a ocorrência de 20 ou mais episódios de apnéia por hora na presença de hipertensão arterial sistêmica, arritmias cardíacas e sonolência diurna²⁹.

A apnéia do sono é mais freqüente em homens e em indivíduos acima de 60 anos de idade e parece estar associada ao excesso de sonolência diurna, depressão, cefaléia, aumento de irritabilidade, diminuição da concentração e atenção, prejuízo da memória na demência, além de um aumento do risco de morte súbita noturna^{27,29}.

O diagnóstico clínico das apnéias obstrutivas do sono é sugerido pelo roncar (obstrução da faringe), sonolência diurna (fragmentação e superficialidade do sono) e o testemunho de apnéias (relato do companheiro de quarto). O padrão ouro para diagnóstico é a polissonografia, que avalia o grau de anormalidade. Um dos critérios é o seguinte: de cinco a vinte apnéias e hipopnéias por hora – baixo número de eventos; de 21 a 50: moderado; mais de 50 – alto³⁰.

O tratamento pode envolver medidas clínicas genéricas, tais como perda de peso, suspensão de drogas, particularmente álcool e sedativos, dormir em decúbito lateral com uma almofada ou várias bolas de tênis afixadas às costas num bolso costurado ao pijama²⁹ para evitar a posição supina, exercícios físicos e suspensão do fumo. Medidas clínicas específicas, tais como dispositivos para contenção da língua, pressão positiva contínua em vias aéreas e controle de doenças clínicas (hipotireoidismo, acromegalia, doenças neuromusculares, rinite alérgica ou vasomotora)¹⁷, ou controle cirúrgico (uvulopalatofaringoplastia, glossectomia a laser, osteotomia mandibular inferior, traqueostomia, entre outras)^{17,31}.

2.1.3 Movimentos periódicos das pernas (MPP)

O MPP é um importante distúrbio primário de sono do idoso, caracterizado por chutes repetitivos das pernas, com duração de 0.5 a 5 segundos e periodicidade de 20 a 40 segundos, que aparece especialmente nos estágios 1 e 2 do sono. Os movimentos são repetitivos, estereotipados, podendo ocorrer de forma súbita em uma ou nas duas pernas. Quando essa atividade motora anormal é associada ao completo despertar do sono, o paciente queixa-se de insônia; quando ocorrem apenas breves despertares, as queixas são de fragmentação do sono e hipersonolência diurna¹⁷. O MPP pode ocorrer isolado ou associado à Síndrome das Pernas Inquietas (SPI), caracterizada por intenso desconforto nas pernas ao entardecer ou durante a noite. Estima-se que a SPI atinja 34% das pessoas acima de 60 anos⁽¹⁷⁾, enquanto a estimativa de MPP nos idosos é de 45%, sem distinção de gênero²⁹. O diagnóstico pode ser feito a partir da informação do/a paciente ou de sua/seu companheira/o de quarto e, se necessário, confirmado por polissonografia. Os fatores de risco incluem o aumento da idade, deficiência renal e de ferro. O tratamento consiste na correção dessas co-morbidades e na administração de L-dopa/carbidopa e outros agentes dopaminérgicos.

2.2 Distúrbios extrínsecos do sono

Além dos distúrbios relacionados ao ritmo circadiano, transtornos ambientais, tais como higiene inadequada de sono e consumo de substâncias psicoativas, interferem no padrão normal de sono.

Em relação ao ritmo circadiano, como visto anteriormente, os idosos tendem a: 1) adormecer e acordar progressivamente mais cedo com o aumento de idade; 2) apresentar dessincronização interna entre os ciclos de sono-vigília e temperatura corporal, referindo queixas de frio ou calor, especialmente nos pés, ao dormir; 3) apresentar dessincronização externa, com menor quantidade e qualidade de estímulos ambientais e capacidade de recepção desses estímulos, incluindo a luz solar. Além desses aspectos, destacam-se os *cochilos* como um padrão normal que parece aumentar com a idade e ser indicativo de uma distribuição diferente de sono. Em média, esses cochilos duram de

15 a 60 min, podendo ocorrer várias vezes ao dia. Normalmente propiciam um sono profundo e restaurador das funções orgânicas³. Contudo, quando aumentados em quantidade ou duração, podem interferir no sono noturno.

Na *higiene inadequada do sono*, incluem-se tanto as expectativas acerca do sono quanto as *condições para dormir* (luminosidade, ruídos, temperatura, companheiro de quarto, atividades inapropriadas na cama, ingestão de alimentos e líquidos precedendo o horário de ir para a cama, horário de uso de diuréticos), assim como as alterações comportamentais ou psicossociais que exercem influência moduladora dos estados de sono na velhice, como é o caso do *luto*, da *aposentadoria*, da *redução da atividade física e social*, *pouca exposição à luz solar*, entre outras. A adequada avaliação e planejamento das rotinas diárias e de rituais de sono poderão auxiliar o profissional de saúde a selecionar os sincronizadores eficazes.

As condições para dormir devem envolver sempre a preocupação com um ambiente físico confortável e seguro. O conforto advém tanto do mobiliário e colchão em bom estado de conservação, quanto de lençóis macios e sem dobras, uso de cobertas leves e de bom aquecimento, temperatura ambiental controlada, ausência ou diminuição de ruídos. A segurança pode ser propiciada por iluminação indireta e de baixa intensidade, que permita ao idoso levantar-se durante a noite sem perigo de quedas ou acidentes. Outras medidas são apresentadas no quadro 6 (Anexo 6).

Entre os *fatores psicossociais*, responsáveis pelos distúrbios de sono no idoso, estão o luto, a aposentadoria e as modificações no ambiente social (isolamento, institucionalização, dificuldades financeiras). A morte do cônjuge tem um forte impacto na velhice, podendo estar associada ou não à depressão. A aposentadoria e as modificações no ambiente social, quando rompem com os hábitos regulares do idoso, contribuem para reduzir a amplitude do ritmo sono-vigília, produzindo fragmentação do sono noturno e, freqüentemente, cochilos diurnos usados como fuga à monotonia.

Os *fatores comportamentais* com maior interferência sobre os distúrbios de sono na velhice são a redução da atividade física e da exposição à luz solar. A atividade física regular parece resultar em aumento da profundidade e duração do sono²¹. Contudo, alguns cuidados devem ser observados: os exercícios devem ser adequados às condições de saúde do idoso (leve ou moderada intensidade); realizados várias horas antes de dormir, evitando-se o período da manhã quando ocorrem as acrofases* da pressão arterial, da viscosidade sanguínea e da agregabilidade plaquetária, o que aumentaria o risco de acidentes vasculares cerebrais e cardiovasculares¹⁹. A exposição ao sol contribui para a regularização do ritmo circadiano e a liberação de melatonina ajusta a temperatura central do corpo e a consolidação do sono.

Os principais distúrbios extrínsecos do sono estão sumarizados no quadro 3 (Anexo 3).

ANEXO 3

Tipo Características	
Condições para dormir	Luminosidade, ruídos, temperatura, companheiro de quarto, atividades inapropriadas na cama, ingestão de alimentos e líquidos precedendo o horário de ir para a cama, horário de uso de diuréticos.
Fatores psicossociais	Luto Aposentadoria Modificações no ambiente social (isolamento, institucionalização, dificuldades financeiras)
Fatores comportamentais	Redução da atividade física e da exposição à luz solar

Quadro 3 – Distúrbios extrínsecos do sono

* Acrofase *é o momento no tempo em que há maior probabilidade de ocorrência dos valores máximos do parâmetro medido¹⁹.

Os transtornos do sono decorrem também do *uso de drogas e álcool*. Valladares Neto² estima que 90% dos idosos utilizam pelo menos uma medicação e que a maioria deles consome dois ou mais medicamentos de uma só vez. Em decorrência, muitos idosos apresentam distúrbios de sono como efeito colateral ou cumulativo dessas drogas, devido à diminuição do metabolismo e excreção nesta faixa etária. Em relação aos hipnóticos, largamente consumidos pelos idosos, ressalta-se o efeito depressor sobre o sono REM, necessário para o alívio do estresse mental, tais como tensão e ansiedade³. Além disso, o uso crônico de hipnóticos, sedativos e álcool pode induzir a insônia e, conseqüentemente, hipersonolência diurna, perda do equilíbrio, prejuízos na cognição e no desempenho psicomotor^{3,32}. Antes de prescrever qualquer medicamento, recomenda-se o tratamento não-farmacológico (quadro 6, Anexo 6).

2.3 Parassonias

Indivíduos com esses distúrbios geralmente experimentam intensa atividade motora durante o sono²⁹. Muitos desses distúrbios têm sido observados em idosos e incluem confusão noturna (*sundowning*), enurese e descompensação de doenças cardiovasculares. O sonambulismo e o terror noturno são parassonias do sono NREM, que podem ser reativadas na velhice por efeito de psicotrópicos, especialmente antidepressivos tricíclicos, por lesão cerebral ou por distúrbio de sono secundário a outro distúrbio de sono, tais como apnéia obstrutiva do sono e movimentos periódicos das pernas.

A *confusão noturna* é caracterizada por comportamentos pouco habituais, recorrentes e exacerbados, que ocorrem geralmente no final da tarde ou ao anoitecer. O indivíduo apresenta diminuição da atenção e desorientação, pensamento e fala desorganizados, inquietude, agitação, distúrbios da percepção (alucinações ou ilusões), ansiedade, paranóia e humor lábil e comportamentos ameaçadores. É uma condição transitória, mas que, quando ocorre, tem forte impacto sobre o cuidador, tendo sido apontado como fator de decisão para a institucionalização do idoso. Estima-se que acometa de 12 a 20% dos pacientes demenciados¹⁷, sendo mais freqüente no inverno do que no outono. Como terapêutica, utiliza-se a restrição de sono diurno e exposição à luz solar. Não havendo melhora, estão indicados os neurolépticos (ha-

loperidol), com monitoramento das respostas individuais aos mesmos³.

A *enurese* pode ser decorrente da administração noturna de diuréticos. A noctúria fragmenta o sono, dificultando ao idoso retomá-lo. Além da avaliação de horários de administração dos diuréticos, são convenientes medidas como a restrição da ingestão hídrica próxima aos horários de dormir.

2.4 Transtornos do sono clínico- psiquiátricos

2.4.1 Relacionados a problemas clínicos

Uma série de problemas clínicos causam distúrbios do sono no idoso e estão sumarizados no quadro 4 (Anexo 4).

2.4.2 Relacionados a problemas psiquiátricos

As doenças psiquiátricas, em especial a depressão e as demências, e as reações emocionais às doenças clínicas são causas comuns de distúrbios do sono no idoso. A *depressão* pode causar insônia ou hipersonia. Geralmente o paciente acorda de madrugada e refere dificuldade para adormecer novamente. Em algumas situações, há queixas também de problemas com o início do sono, como ocorre na ansiedade. O risco de desenvolver depressão é maior em pessoas com insônia do que naquelas que não apresentam esse distúrbio. Nos casos de depressão maior, ocorrem freqüentes interrupções do sono⁷.

As *demências* contribuem significativamente para os distúrbios de sono na terceira idade. Na doença de Alzheimer, ocorre perturbação do ciclo sono-vigília, perambular noturno, insônia e confusão noturna (*sundwoning*). Esses transtornos, como referido anteriormente, podem levar à institucionalização do idoso por produzir significativo estresse nos cuidadores⁸. Alguns pacientes com essa doença têm o núcleo supraquiasmático deteriorado, com conseqüente desregulação do ritmo circadiano, que piora com a evolução da doença, aumentando o tempo em que o doente permanece acordado na cama (40% do tempo noturno acordado e 14% do tempo diurno dormindo). A degeneração no sistema colinérgico central leva à diminuição da onda lenta do sono e do sono REM e aumento da latência do sono REM¹⁹. Ocorrem também excitações e despertares freqüentes e aumento de cochilos diurnos.

ANEXO 4

Causa do distúrbio de sono	Sintoma
Alcoolismo	Acordar com sintoma de privação ou ressaca; despertar precoce.
Doença de Alzheimer	Redução nos estágios 3 e 4 do sono; aumento da sonolência diurna com a progressão da doença; perambular noturno; confusão noturna (<i>Sundowning</i>).
Artrite	Acordar precoce secundário a dor muscular/rigidez articular.
Cardiopatias	Despertares freqüentes; noctúria. Dificuldade para voltar a dormir.
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Agitação no leito; perambular noturno; despertares freqüentes; aumento do estágio 1 do sono, com diminuição dos estágios 3 e 4.
Diabete mellitus	Despertar precoce secundário à hipoglicemia; pesadelos; noctúria.
Refluxo gastro-esofágico	Dificuldade de adormecer ou despertar precoce secundário ao desconforto torácico ou abdominal decorrentes de secreção gástrica.
Apnéia obstrutiva do sono	Despertares freqüentes com noctúria; cefaléia matinal; sonolência diária incomum; cochilos diários freqüentes.
Doença de Parkinson	Dificuldade com o sono em geral; aumento do tempo total de vigília; diminuição do sono REM; solilóquio; apnéia; cochilos diurnos espontâneos; dificuldade de virar-se na cama; transtorno de conduta no sono REM.
Úlcera péptica	Despertares freqüentes na fase REM (sucos gástricos aumentam durante o sono REM, causando dor epigástrica); dificuldade para voltar a dormir.
Movimentos periódicos das pernas	Despertares freqüentes; agitação noturna; musculatura dolorida; fadiga diurna.
Síndrome das pernas inquietas	Dificuldade de adormecer.
Procedimentos Cirúrgicos	Despertar prematuro.
Doença renal	Perturbação crônica do sono; despertar prolongado em pacientes urêmicos; diminuição do tempo total de sono, com menos sono profundo.

Quadro 4 – Distúrbios de sono associados a problemas clínicos

Fonte: (Ebersole, 2001)

3. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A avaliação do sono do idoso deve ser incorporada à revisão de rotina de sua saúde e deve incluir não só as informações obtidas diretamente dele, mas de seus potenciais observadores (familiares, cuidadores, companheiros de quarto). A avaliação deve ser abrangente e realizada antes de qualquer encaminhamento ou indicação terapêutica, considerando-se que as queixas relacionadas ao sono podem estar associadas a outros distúrbios de saúde ⁽¹⁹⁾. Para estabelecer o diagnóstico, utilizam-se métodos subjetivos e objetivos. Os primeiros incluem a história detalhada das queixas de sono e dos

transtornos clínicos e psiquiátricos, podendo ser complementados por um “diário do sono” preenchido durante uma a duas semanas. Um dos roteiros para a avaliação dos idosos com queixas relacionadas ao sono foi elaborado por Happonik & McCall¹⁸, apresentado no quadro 5 (Anexo 5).

Os métodos objetivos incluem um detalhado exame físico, a polissonografia, outros monitoramentos (quadro 5) e o teste de múltiplas latências do sono. A polissonografia deve ser precedida de investigação completa e ser usada com muito critério, sendo de muita utilidade na identificação das apnéias do sono, dos movimentos periódicos das pernas, nos diagnósti-

cos diferenciais das parassonias e na avaliação dos distúrbios associados à depressão e às demências. Também pode ser útil para ajudar a explicar os casos de insônia que não respondem ao tratamento convencional²⁹.

4. MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DOS DISTÚRBIOS DE SONO DO IDOSO

A prevenção e o tratamento dos distúrbios de sono na terceira idade podem ser feitos por meio de medidas terapêuticas não medicamentosas, destinadas a melhorar a qualidade e quantidade de sono (quadro 6, anexo 6). Entre essas medidas, está a Terapia Cognitiva e Comportamental, que inclui¹²: 1) a educação sobre a higiene do sono; 2) o controle de estímulos; 3) o relaxamento muscular; 4) a restrição do sono e 5) a terapia cognitiva para a insônia. Ainda que tenham efeito mais lento do que o uso de

medicamentos, essas intervenções melhoraram o sono em 70-80% de pessoas jovens. No entanto, sua eficácia diminui com a idade, o que sugere um permanente monitoramento dos efeitos para avaliar a necessidade de combinar estratégias não farmacológicas com terapia medicamentosa⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança no padrão demográfico, que vem ocorrendo em países desenvolvidos e em desenvolvimento, aumenta a necessidade de promoção e provisão de cuidados aos idosos. Neste contexto, os profissionais de saúde deparam-se com o desafio de manejar tanto as alterações fisiológicas do envelhecimento, quanto as doenças crônicas e as condições geriátricas, entre outros fatores responsáveis pelas disfunções e perda da independência.

ANEXO 5

Determine características do sono:

- Tempo requerido para adormecer (latência do sono)
- Horário de deitar e acordar
- Tempo total de sono
- Número e duração dos despertares noturnos
- Qualidade do sono (restaurador / restabelecedor)
- Grau de alerta diurno (hipersonolência?)
- Padrão de cochilos
- Mudanças recentes no padrão de sono
- História prévia de problemas de sono/tratamento
- História de roncos, respiração periódica, atividade motora anormal

Exclua fatores externos potenciais:

- Uso de medicamentos, álcool, cafeína
- Dieta
- Níveis de atividades; padrão de exercícios
- Presença de sintomas ou disfunções de outros órgãos ou sistemas
- Evidências de situações desencadeadoras de estresse
- Higiene geral do sono
- Sono diurno

Avalie o impacto dos problemas:

- Duração dos distúrbios do sono
- Grau de prejuízo funcional dos sintomas
- Tipo de sono restabelecido

Realize exame físico completo**Observe o paciente durante o sono****Solicite exames fisiológicos objetivos:**

- Polissonografia
 - Outros estudos de monitoramento (oximetria, Holter, ...)
 - Teste múltiplo de latência ao sono
-

Quadro 5 – Avaliação dos pacientes idosos com queixas relacionadas ao sono
Fonte: Haponik & McCall (1999)

ANEXO 6

Controle de estímulos

- Estabelecer horários e rotinas regulares para deitar e despertar
- Evitar a permanência na cama quando acordado
- Dormir o número de horas suficientes para sentir-se restabelecido
- Usar a cama somente para dormir (quando sentir sono) e para atividade sexual
- Manter o mínimo de cochilos durante o dia com duração de 10 a 15 minutos nos momentos de maior sonolência diurna
- Manter rotina diária bem estruturada
- Tomar medicações rigorosamente como prescritas
- Em casos de apnéias do sono (roncos):
 - Manter objeto preso às costas (bola de tênis, almofada, ...) para evitar o decúbito dorsal
 - Reduzir o peso

Educação para a higiene do sono

- Evitar consumo de bebidas com cafeína (chá, café, refrigerantes, chocolate, chimarrão) após o almoço e antes de deitar
- Evitar cigarro e álcool

Restringir ingestão hídrica antes de dormir

- Fazer refeição noturna leve
- Atividades regulares e adequadas às condições de saúde do idoso (exercícios de leve a moderada intensidade) pela manhã ou 6 horas antes de adormecer
- Equilibrar atividades diárias e repouso
- Manter a temperatura confortável, nível de ruído baixo e luminosidade do quarto adequada para facilitar o sono (iluminação indireta e de baixa intensidade para evitar acidentes durante os despertares noturnos)
- Roupas de cama macias e esticadas para evitar maceração da pele e escaras
- Mobiliário e colchões em bom estado de conservação
- Manter interações sociais
- Evitar estresse
- Expor-se à luz do dia
- Estimulação ambiental aumentada durante o dia e diminuída à noite

Relaxamento muscular

- Realizar exercício de relaxamento muscular progressivo imediatamente antes de deitar
 - Manter rituais de dormir: preparo da cama, roupa apropriada, banho morno*, esvaziamento vesical, orações ou meditação
 - Ler ou ouvir música relaxante para indução do sono
 - Aquecer pés e mãos
 - Terapia de restrição
 - Limitar o tempo na cama à noite e restringir o sono diurno
 - Terapia cognitiva para insônia
 - Identificar e modificar crenças e atitudes sobre o sono e seu impacto na vida diária para romper o ciclo vicioso da insônia
 - Treinar o controle de pensamentos perturbadores que ocorrem ao deitar para dormir
-

Quadro 6 – Medidas não farmacológicas para prevenir e tratar distúrbios de sono do idoso

* Resultados preliminares de estudos sobre a manipulação da temperatura corporal realizados por Van Someren³³ sugerem que distúrbios do sono em idosos, nos quais existe interação entre regulação circadiana da temperatura e sono, podem ser amenizados por tratamentos como banho quente.

Em relação ao sono, são comuns as queixas associadas às modificações da arquitetura do sono e ritmo circadiano, aquelas decorrentes de problemas clínico-psiquiátricos e às relacionadas aos comportamentos individuais e sociais, com destaque para as rotinas e rituais de sono, atividades de vida diária e as condições ambientais. A maioria dos problemas de sono do idoso podem ser identificados por uma avaliação sistematizada e abrangente, a qual deverá sempre preceder a conduta terapêutica e considerar sua associação com outros distúrbios de saúde. A atualização de conhecimentos acerca dos problemas de sono do idoso melhora a atuação dos profissionais de saúde e sua habilidade para o diagnóstico, manejo e prevenção dos mesmos, no nível de atenção básica de saúde. A difusão para o público de medidas não medicamentosas para aumentar a qualidade do sono também contribui para tornar o envelhecer mais saudável e para reforçar no paciente e seus familiares a necessidade de comunicar aos profissionais os distúrbios de sono que necessitam de uma abordagem diagnóstica e farmacológica específica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Troen BR. The biology of aging. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2003; 1: 3-22.
2. Valadres Neto DC. Distúrbios de sono no idoso. In: *Canchado FAX, coordenador. Noções práticas de geriatria*. Belo Horizonte (MG): Coopmed Editora; 1994. p. 234-240.
3. Ebersole, P. *Geriatric nursing and healthy aging*. St. Louis : Mosby, 2001.
4. Floyd JA. Sleep and aging. *Nurs.Clin.North Am.* 2002; 37(4): 719-31.
5. Bastien CH, Fortier-Brochu E, Rioux I, LeBlanc M, Daley M, Morin CM. Cognitive performance and sleep quality in the elderly suffering from chronic insomnia. Relationship between objective and subjective measures. *J Psychosom Res* 2003; 54(1):39-49.
6. Cohen-Zion M, Stepnowsky C, Marler, Shochat T, Kripke DF, Ancoli-Israel S. Changes in cognitive function associated with sleep disordered breathing in older people. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(12):1622-1627.
7. Neylan TC, May MG, Reynolds III C.F. Transtornos do sono e distúrbios cronobiológicos. In: *Busse EW, Blazer DG. Psiquiatria geriátrica*. Porto Alegre (RS) : Artmed; 1999. p. 333-342.
8. Vitiello MV, Borson S. Sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease: epidemiology, pathophysiology and treatment. *CNS Drugs* 2001; 15(10):777-796.
9. Beneto A. Sleep disorders in the elderly. *Epidemiology. Rev Neurol* 2000; 30(6):581-586.
10. Moller-Ernst JK, Lose G, Walter S. Nocturia. A common, but overlooked problem. *Ugeskr.Laeger* 2002; 164 (33): 3849-52
11. Ring D. Management of chronic insomnia in the elderly. *Clin Excell Nurse Pract* 2001; 5(1):13-16.
12. Montgomery P, Dennis J. Cognitive behavioral interventions for sleep problems in adults aged 60+. *The Cochrane Library*, 2003. Disponível em: <http://cochrane.bireme.br>. Acesso em: 10.jun.2003.
13. Marsh GR. Sleep. In: *Maddox GX, editor. The encyclopedia of aging*. New York: Springer Publishing Company; 2001. p. 935-937.
14. Rodríguez-Barrionuevo AC, Rodríguez-Vives MA, Bauzano-Poley E. Revisión de los trastornos del sueño en la infancia *Rev Neurol Clin* 2000; 1: 150-71.
15. Smith IM. Sleep in the Elderly. *Virtual Hospital. Iowa Health Book: Department of Internal Medicine*, 2001. Disponível em: <http://www.librarian@vh.org>. Acesso em: 18.jul.2003.
16. Pace-Schott EF, Hobson JA. The neurobiology of sleep: genetics, cellular physiology and subcortical networks. *Nature Reviews Neuroscience* 2002; 3: 591 –605.
17. Câmara VD, Câmara WS. Distúrbios do sono no idoso. In: *Freitas EV, Py L, Neri AL et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro (RJ) : Guanabara Koogan; 2002. p. 190-195.
18. Haponik EF, McCall WV. Sleep Problems. In: *Hazzard WR. et al. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 1413-1427.
19. Ceolim MF. O sono do idoso. In: *Papaléo Neto M. Gerontologia*. São Paulo (SP): Atheneu;1996. p. 190-205.
20. Bianchin MM, Walz R, Spanis CW. Estudo do sono e de seus distúrbios. In: *Kapczinsk F, Quevedo J, Izquierdo I. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2000.
21. Weinert D. Age-dependent changes of the circadian system. *Chronobiology International* 2000; 17(3): 261–283.
22. Koller DE, Turek FW. Circadian rhythms and sleep in aging rodents. In: *Hof PR, Mobbs CV. Functional neurobiology of aging*. San Diego: Academic Press; 2001. p. 855-868.
23. Toh KL, Jones CR, He Y et al. An hPer2 phosphorylation site mutation in familial advanced sleep phase syndrome. *Science* 2001; 291(5506):1040-3.
24. Duffy JF, Czeisler CA. Age-related change in the relationship between circadian period, circadian phase, and diurnal preference in humans. *Neuroscience Letters* 2002; 318: 117–120.
25. Ballone, G.J. Transtornos do sono em idosos. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/geriat/sonogeri.html>. Acesso em: 22. jul. 2003.
26. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacological treatment of chronic insomnia. *Sleep* 1999; 22(8): 1134-1156.
27. Rocha, FL. Projeto Bambuí: Um Estudo com Base Populacional de Hábitos de Sono, Prevalência e Fatores Associados a Insônia. [Tese]. Brasília (DF): Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UnB; 2000.
28. Van Someren EJW. Circadian and sleep disturbances in the elderly. *Experimental Gerontology* 2000; 35: 1229-1237.
29. Avidan AY. Sleep Changes and Disorders in the Elderly Patient. *Current Neurology and Neuroscience Reports* 2002, 2:178–185
30. Martinez D. Síndrome das apnéias obstrutivas do sono In: *Silva LCC. Condutas em Pneumologia*. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2001. p. 757-69.
31. Drager LF, Ladeira RT, Brandão-Neto RA, Lorenzi-Filho G, Benseñor IM. Síndrome da apnéia obstrutiva do sono e sua relação com a hipertensão arterial sistêmica. evidências atuais. *Arq Bras Cardiol* 2002; 78(5): 531-6.
32. Prinz, P. Sleep disturbance associated with drug and alcohol use. In: *Maddox GX, edit. The encyclopedia of aging*. New York: Springer Publishing Company; 2001.

33. Van Someren EJW. More than a marker: interaction between the circadian regulation of temperature and sleep, age-related changes, and treatment possibilities. *Chronobiology International* 2000; 17(3): 313–354.

RESUMO

Objetivo: descrever aspectos atualizados sobre as alterações e os distúrbios do sono no processo de envelhecimento normal e usual.

Métodos: procedeu-se a revisão da arquitetura do sono e ritmo circadiano de sono e vigília para estabelecer o padrão de normalidade e as alterações fisiológicas no processo de envelhecimento, descrevendo-se os distúrbios de sono mais prevalentes no idoso, sua avaliação diagnóstica e o manejo não-farmacológico. O texto foi elaborado a partir da consulta às publicações científicas indexadas no Medline, em outras de acesso on line e em livros textos das áreas de geriatria, psiquiatria geriátrica e medicina do sono.

Resultados e conclusão: a maioria dos idosos tem queixas relacionadas ao sono decorrentes de mudanças fisiológicas específicas do processo de envelhecimento ou de doenças que podem causar distúrbios secundários de sono. A linha divisória entre a normalidade e o distúrbio pode ser estabelecida por meio de criteriosa avaliação diagnóstica, a qual necessariamente precede e orienta a conduta terapêutica. A maioria dos distúrbios de sono são clinicamente importantes e tratáveis com medidas não-farmacológicas, que incluem a orientação sobre rotinas e rituais de sono, atividades de vida diária e condições ambientais.

Descritores: Idoso, distúrbios do sono, assistência à saúde.

ABSTRACT

Aim: to describe the up-to-date aspects on sleep changes and disturbances in the normal and usual aging process.

Methods: the sleep architecture and the sleep and vigil circadian rhythm were reviewed in order to establish the normalcy pattern and physiological changes in the aging process, describing the most prevalent sleep disturbances of the elderly, their diagnostic evaluation and non-pharmacological management. The text was drawn up based on consulting scientific publications indexed in Medline, in other on-line access publications and in textbooks in the fields of geriatrics, geriatric psychiatry and sleep therapy.

Results and conclusion: Most of the elderly have sleep-related complaints resulting from specific physiological changes that are specific to the aging process or to diseases that may cause secondary sleep disturbances. The borderline between normalcy

and disturbance may be established by means of a judicious diagnostic evaluation that necessarily precedes and guides the therapeutic management. Most sleep disturbances are clinically significant and can be treated with non-pharmacological measures, which include guidance concerning sleep routines and rituals, everyday life activities and environmental conditions.

Key-words: Elderly, sleep disturbances, health care.

Title: Sleep and aging

RESUMEN

Objetivo: describir aspectos actualizados sobre las alteraciones y los disturbios del sueño en el proceso de envejecimiento normal y usual.

Métodos: se procedió a la revisión de la arquitectura del sueño y ritmo circadiano del sueño y vigilia para establecer el padrón de normalidad y las alteraciones fisiológicas en el proceso de envejecimiento, describiéndose los disturbios del sueño más predominantes en las personas mayores, su evaluación diagnóstica y el manejo no-farmacológico. El texto fue elaborado a partir de la consulta a las publicaciones científicas indexadas en el Medline, en otras de acceso on line y en libros textos de las áreas de geriatria, psiquiatria geriátrica y medicina del sueño.

Resultados y Conclusión: la mayoría de las personas mayores tienen quejas relacionadas al sueño causadas por mudanzas fisiológicas específicas del proceso de envejecimiento o de enfermedades que pueden causar disturbios secundarios del sueño. La línea divisoria entre la normalidad y el disturbio puede ser establecida por medio de criteriosa evaluación diagnóstica, la cual necesariamente precede y orienta la conducta terapéutica. La mayoría de los disturbios del sueño son clínicamente importantes y tratables con medidas no-farmacológicas, que incluyen la orientación sobre rutinas y rituales del sueño, actividades de vida diaria y condiciones ambientales.

Descriptores: Anciano, disturbios del sueño, asistencia a la salud.

Titulo: Sueño y envejecimiento

Endereço para correspondência:
Lorena Teresinha Consalter Geib
Rua Tiradentes, 400 apto 601
99010-260 – Passo Fundo –RS
Fones: (054) 313-5206 (054) 99761049
E-mail: lorenageib@terra.com.br lorena@upf.br

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS

Atenção montador
a página **466** é branca

Anúncio **Lojas Colombo**
página **467**