

Queixas de sono entre idosos brasileiros de municípios com diferentes índices de desenvolvimento humano¹

Ariene Angelini dos Santos²

Maria Filomena Ceolim³

Anita Liberalesso Neri⁴

Objetivo: comparar a ocorrência de queixas de sono em idosos residentes na comunidade de dois municípios com diferentes índices de desenvolvimento humano (IDH): Campinas, SP, (IDH=0,852) e Parnaíba, PI, (IDH=0,674). Método: estudo descritivo, parte integrante do projeto multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros (Fibra). Foram avaliados 988 idosos, utilizando-se questionário sociodemográfico, questões sobre queixas de sono (Perfil de Saúde de Nottingham); questões sobre cochilo (Minnesota Leisure Activity Questionnaire). Os testes qui-quadrado e Mann-Whitney foram utilizados na análise de dados, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Resultados: os idosos de Parnaíba apresentaram maiores porcentagens de queixas de sono se comparados aos idosos de Campinas. Houve associação significativa entre município e número de queixas de sono, sono não restaurador, despertar precoce, dificuldade para manter e para iniciar o sono. Conclusão: os enfermeiros devem intervir na promoção da saúde com ações que minimizem ou previnam esses problemas relativos ao sono.

Descritores: Idoso; Enfermagem Geriátrica; Vulnerabilidade Social; Sono.

¹ Artigo extraído da Tese de Doutorado "Cochilo e fragilidade: um estudo transversal sobre idosos do FIBRA Unicamp" apresentada à Universidade Estadual de Campinas, Brasil. Apoio financeiro da CAPES.

² Doutoranda, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

⁴ PhD, Professor Titular, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.

Endereço para correspondência:

Ariene Angelini dos Santos
Rua Luiz Turri, 47
Jardim Planalto
CEP: 37800-000, Guaxupé, MG, Brasil
E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br

Sleep complaints among Brazilian senior citizens from municipalities with different Human Development Indices

Purpose: To compare the occurrence of sleep complaints among senior citizens resident in the local communities of two municipalities with differing Human Development Indices (HDIs): Campinas, State of São Paulo (IDH = 0.852) and Parnaíba, State of Piauí (IDH = 0.674). Method: Descriptive study as part of the multicentric project going by the name of Frailty among Brazilian Senior Citizens (Fragilidade em Idosos Brasileiros - FIBRA). A total of 988 senior citizens were analysed, making use of a social and demographic questionnaire about sleep problems (Nottingham Health Profile); questions about naps (Minnesota Leisure Activity Questionnaire). The Chi-Square and Mann-Whitney tests were used in the analysis of the data, at a significance level of 5% ($p < 0.05$). Results: The chronologically advantaged individuals in Parnaíba showed a higher incidence of sleep complaints when compared to the senior citizens of Campinas. There was a significant association between municipality and the following variables: number of sleep complaints, non-restoring sleep, precocious awakening, difficulty in falling and staying asleep. Conclusion: The nursing staff must intervene in favour of the promotion of health with actions that either reduce or prevent these sleep-related problems.

Descriptors: Aged; Geriatric Nursing; Social Vulnerability; Sleep.

Quejas de sueño entre mayores brasileños de municipios con diferentes índices de desarrollo humano

Objetivo: comparar la ocurrencia de quejas de sueño en mayores residentes en la comunidad de dos municipios con diferentes Índices de Desarrollo Humano (IDH): Campinas (IDH=0,852) y Parnaíba (IDH=0,674). Método: estudio descriptivo parte integrante del proyecto multicéntrico Fragilidad en Mayores Brasileños (FIBRA). Fueron evaluados 988 de edad, utilizándose cuestionario sociodemográfico, cuestiones sobre quejas de sueño (Perfil de Salud de Nottingham); cuestiones sobre sueños (Minnesota Leisure Activity Questionnaire). Los testes Jue-cuadrado y Mann Whitney fueron utilizados en el análisis de datos, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Resultados: los mayores de Parnaíba presentaron mayores porcentajes de quejas de sueño se comparados a los mayores de Campinas. Hubo asociación significativa entre municipio y: número de quejas de sueño, sueño no restaurador, despertar precoz, dificultad en mantener y en iniciar el sueño. Conclusión: los enfermeros deben intervenir en la promoción de la salud con acciones que minimicen o precavan esos problemas relativos al sueño.

Descriptores: Anciano; Enfermería Geriátrica; Vulnerabilidad Social; Sueño.

Introdução

O crescimento da população idosa brasileira é fato marcante por suas peculiaridades e consequências, visto que ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, acesso limitado aos serviços de apoio especializado e recursos financeiros escassos, ausência de mudanças estruturais que atendam essa faixa etária emergente⁽¹⁾.

O envelhecimento é fenômeno heterogêneo, isto é,

se dá de maneira diferente entre as pessoas. Além disso, pode trazer alterações no padrão de sono habitual⁽²⁾, as quais se destacam entre as queixas mais comuns dos idosos.

Os problemas com o sono ocorrem em mais da metade dos idosos com 65 anos de idade ou mais⁽³⁾. A velhice pode trazer mudanças relacionadas tanto à arquitetura quanto à qualidade do sono⁽⁴⁾. Pode haver

redução do tempo total de sono; aumento dos despertares e dificuldade para adormecer novamente, aumento dos cochilos durante o dia, aumento do uso de medicações para adormecer, sonolência diurna excessiva⁽⁵⁾, problemas de atenção e memória, humor deprimido, quedas e piora da qualidade de vida⁽⁴⁾.

Os prejuízos que os distúrbios do sono trazem à saúde dos idosos apenas começaram a ser elucidados. Trabalhos recentes sugerem que, com a privação de sono, pode haver o comprometimento cognitivo, o aumento do tônus simpático e a intolerância à glicose. As pessoas que têm sono de curta duração estão sujeitas ao risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes e aumento da mortalidade⁽⁶⁾. Dessa forma, alguns autores reafirmam a necessidade de abandonar a concepção de que esses distúrbios de sono seriam normais e não prejudiciais aos idosos⁽⁷⁾.

Por constituir um processo fisiológico indispensável para o adequado funcionamento do organismo, a qualidade e o impacto do sono na vida diária das pessoas tornou-se um dos principais focos de atenção dos pesquisadores⁽⁸⁾.

Acredita-se que pessoas idosas, em contextos de alta vulnerabilidade social, parecem ser altamente vulneráveis a estressores, ficando mais expostas a problemas de saúde⁽⁹⁾ e a alterações no padrão de sono habitual. Dessa forma, espera-se que os idosos que residem em um município com baixo IDH avaliem o próprio padrão do sono de forma mais negativa do que os idosos inseridos em um município com IDH elevado.

Estudo transversal, realizado no Brasil, com 158 idosos, cuja idade média era de 70,2 anos (dp=8,2), sendo 72% de mulheres, teve como objetivo observar a relação entre as alterações do sono associadas à idade, sintomas de insônia e sintomas de apneia com variáveis socioeconômicas e de saúde autopercebidas. O padrão de sono foi avaliado pelo *Mini-Sleep Questionnaire* em entrevista domiciliária. As mulheres e o grupo com menor escolaridade apresentaram maior frequência de sintomas de insônia. Os idosos muito idosos e o grupo com melhor percepção da saúde apresentaram menor frequência de sintomas de apneia do sono. Melhor percepção da saúde geral associou-se a melhor padrão de sono. As autoras concluíram que o padrão do sono é influenciado por características socioeconômicas como idade, gênero, escolaridade e saúde geral percebida⁽³⁾.

A hipótese de que os distúrbios do sono estão associados, de forma independente, com maior evidência da fragilidade em homens mais velhos foi testada em um estudo de coorte prospectivo, realizado nos EUA. Foram sujeitos 3.133 homens, com idade igual ou superior a 67 anos. As queixas de má qualidade do sono, sonolência

diurna excessiva, sono de curta duração, latência de sono prolongada, fragmentação do sono foram mais prevalentes nos idosos frágeis ($p \leq 0,002$ para todos os parâmetros) se comparados aos idosos não frágeis. Após o ajuste para potenciais fatores de confusão, o autorrelato de má qualidade do sono (OR=1,28, IC 1,09-1,50), eficiência do sono inferior a 70% (OR=1,37 IC 1,12-1,67) e latência do sono superior a 60 minutos (OR=1,42 IC 1,10-1,82) foram independentemente associados com maior chance de fragilidade. Os autores concluíram que as queixas de sono, como a má qualidade do sono autorreferida, a eficiência do sono e a latência do sono prolongada estão independentemente associados a maior evidência da fragilidade⁽¹⁰⁾.

A taxa de prevalência de queixas de sono mostrou-se elevada também em pesquisa realizada no Irã, com 1.409 homens e 1.685 mulheres, com idade média de 43,57 anos (dp=17,5), a fim de determinar a prevalência de problemas de sono e a qualidade subjetiva do sono. Mulheres, idosos, viúvos e casais separados possuíam os fatores de risco mais importantes para distúrbios de sono⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, parece importante e pertinente a realização de estudos sobre o sono de idosos, visto que os transtornos que os acometem geram insatisfação, além de afetar a saúde física, cognitiva e a qualidade de vida dessa faixa etária emergente. Dessa forma, os estudos têm revelado elevada prevalência de problemas relacionados ao sono do idoso, principalmente quando esses problemas estão associados a comorbidades, implicando negativamente na saúde desse grupo etário.

Assim, os profissionais de saúde poderão desenvolver ações em relação à má qualidade do sono, prevenindo, minimizando ou resolvendo esses problemas. Nessa perspectiva, para que a assistência de enfermagem seja prestada com qualidade, o enfermeiro precisa inteirar-se da realidade que o cerca, de modo consciente, competente, técnico e científico, sendo necessária a reflexão crítica em relação aos problemas de sono que o cliente apresenta.

Pesquisas que compararam a frequência das queixas de sono dos idosos, em municípios com diferentes índices de desenvolvimento humano, são escassas no nosso contexto, havendo lacuna desses estudos na literatura brasileira. Dessa maneira, este trabalho objetivou comparar a ocorrência de queixas de sono em idosos residentes na comunidade de dois municípios com diferentes IDHs.

Método

Trata-se de estudo descritivo, transversal, baseado

nos pressupostos do método quantitativo de investigação. É um recorte do projeto Fragilidade em Idosos Brasileiros (Fibra), desenvolvido em 17 cidades brasileiras, sendo conduzido por pesquisadores de quatro universidades do país. Trata-se de projeto de caráter multicêntrico e multidisciplinar que investiga as características e a prevalência da síndrome biológica da fragilidade e variáveis associadas, em amostras probabilísticas de idosos com 65 anos e mais.

Sujeitos

Foram sujeitos desta pesquisa 988 idosos residentes na comunidade em dois municípios com diferentes Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M): Campinas, SP, (IDH=0,852; n=689) e Parnaíba, PI, (IDH=0,674; n=299), selecionadas devido à disparidade observada entre o IDH de ambas. Esses idosos foram recrutados em domicílio, em setores censitários urbanos, sorteados aleatoriamente. Em cada localidade, foi feita amostragem aleatória simples dos setores censitários urbanos. O número de setores censitários sorteados correspondeu à razão entre o número de idosos pretendidos em cada localidade e o número de setores censitários urbanos existentes em cada uma. O plano amostral estabelecia que o tamanho mínimo da amostra estimada para Campinas, cidade com mais de 1 milhão de habitantes, era de 601 idosos, para um erro amostral de 4%. Para Parnaíba, município com menos de 1 milhão de habitantes, a estimativa foi de 385 idosos, para um erro amostral de 5%. Em cada cidade, foram pré-estabelecidas cotas de setores censitários urbanos que seriam visitados pelos recrutadores (90 em Campinas e 60 em Parnaíba). Em cada setor censitário foi recrutada amostra de tamanho correspondente à sua presença na distribuição real da população idosa nos setores sorteados, conforme dados do IBGE. Todas as amostras deviam abranger cotas de homens e mulheres pertencentes aos grupos de idade de 65 a 69, 70 a 74, 75 a 79 e 80 anos e mais, respeitando-se a proporcionalidade da distribuição desses segmentos na população idosa, residente na zona urbana. Para cada setor censitário foi planejado o recrutamento de uma sobreamostra 25% maior do que o número de idosos pretendidos, respeitando-se os critérios de sexo e idade, para compensar eventuais perdas por ocasião da coleta de dados.

Critérios de inclusão e de exclusão

Os participantes atenderam os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos, compreender as instruções e ser residente permanente

no domicílio e no setor censitário. Os critérios de exclusão utilizados, mediante observação, foram os seguintes: a) idosos com déficit cognitivo grave, sugestivo de demência, evidenciado por problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal, e comunicação, ou observado 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 da motricidade, da fala ou da afetividade; e) portadores de graves déficits de audição ou de visão, que dificultassem fortemente a comunicação e f) idosos que estivessem em estágio terminal.

Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

Após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, iniciou-se a coleta de dados por estudantes de graduação, de pós-graduação e profissionais da área da saúde treinados, com duração de setembro de 2008 a junho de 2009. Os dados foram coletados em sessão única, em escolas, igrejas, unidades básicas de saúde, centros de conveniência e clubes. O local era combinado com os idosos por ocasião do recrutamento. Os idosos foram avaliados por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM), teste de rastreio de alterações cognitivas. Os participantes que pontuaram acima da nota de corte no instrumento citado, segundo o nível de escolaridade, participaram deste estudo.

Os dados sociodemográficos (gênero, idade, cor/raça, estado civil, escolaridade, renda familiar, arranjo familiar, aposentadoria) foram coletados por meio de um instrumento desenvolvido pelos pesquisadores do Estudo Fibra.

Para a avaliação das queixas de sono, foram utilizados cinco itens escalares do instrumento denominado Perfil de Saúde de Nottingham (PSN), validado para o Brasil⁽¹²⁾: 1. tomou 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 para iniciar o sono) e 5. dormiu mal à noite? (sono não restaurador). As respostas foram dicotômicas (sim ou não) e relativas aos últimos doze meses. Se o idoso respondesse de maneira afirmativa a qualquer uma das cinco questões do PSN, era considerado portador de queixas de sono, de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM IV)⁽¹³⁾.

A avaliação dos cochilos diurnos foi feita por meio de autorrelato, utilizando-se uma questão do *Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire*⁽¹⁴⁾, incorporada ao instrumento do Estudo Fibra. Foi perguntado ao idoso se ele dormia ou cochilava durante o dia (sim ou não) e, em caso afirmativo, quanto tempo por dia. O relato de cochilo diário, com 90 minutos ou mais de duração, foi considerado como queixa de sono.

Procedimentos éticos

Todos os princípios éticos que regem pesquisas com seres humanos foram observados e respeitados, segundo a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A utilização dos dados pertencentes ao Estudo Fibra foi autorizada pela coordenadora do estudo. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, como adendo ao Estudo Fibra (Parecer nº208/2007), em 27/9/2011.

Análise dos dados

Os dados foram analisados com o auxílio do Programa SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17.0. Foram feitas análises descritivas das variáveis do estudo, contagem de frequências simples e percentuais. O teste qui-quadrado foi empregado para avaliar a associação entre as variáveis nominais. Para a estatística inferencial, foi usado o teste de Mann-Whitney para comparar os dois grupos independentes, haja vista a distribuição dos dados não ser normal, segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as principais características socioeconômicas e demográficas dos idosos de Campinas (n=689) e de Parnaíba (n=299), recrutados para o presente estudo.

Tabela 1 – Análise comparativa das características socioeconômicas e demográficas dos idosos participantes do Estudo Fibra. Campinas, SP; Parnaíba, PI, Brasil, 2008/2009

Características	Campinas/SP		Parnaíba/PI		p-valor*
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	474	68,8	172	57,5	0,001
Masculino	215	31,2	127	42,5	
Estado civil					
Solteiro	37	5,4	26	8,7	0,111
Casado	378	55,1	161	54,0	
Desquitado	51	7,4	14	4,7	
Viúvo	220	32,1	97	32,6	
Idade					
65 a 69 anos	253	36,8	114	38,1	0,140
70 a 74 anos	228	33,1	82	27,4	
74 a 79 anos	136	19,7	59	19,8	
80 anos ou mais	72	10,4	44	14,7	
Escolaridade					
Nunca foi à escola	114	16,5	107	35,9	<0,001
Alfabetização de adultos	17	2,5	8	2,7	
Primário	367	53,3	105	35,2	
Ginásio	88	12,8	39	13,1	
Científico, normal ou clássico	47	6,8	28	9,4	
Superior	54	7,8	11	3,7	
Mestre ou doutor	2	0,3	0	0,0	
Cor/raça					
Branca	507	73,9	103	34,8	<0,001
Preta	64	9,3	20	6,8	
Mulata, cabocla, parda	99	14,4	168	56,7	
Indígena	6	0,9	2	0,7	
Amarela, oriental	10	1,5	3	1,0	
Aposentado					
Sim	481	70,0	274	92,2	<0,001
Não	206	30,0	23	7,8	

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Características	Campinas/SP		Parnaíba/PI		p-valor*
	n	%	n	%	
Arranjo de moradia					
Sozinho	107	15,6	19	6,4	<0,001
Só com cônjuge	187	27,3	29	9,7	
Descendência	155	22,7	76	25,5	
Cônjuge + descendência	166	24,3	117	39,3	
Outros parentes externos	36	5,3	19	6,4	
Outros arranjos mistos	33	4,8	38	12,7	
Faixas de renda familiar					
0,0 a 1,0 salário-mínimo	39	6,5	38	14,4	<0,001
1,1 a 3,0 salários-mínimos	234	38,8	157	59,7	
3,1 a 5,0 salários-mínimos	167	27,7	37	14,1	
5,1 a 10,0 salários-mínimos	116	19,2	16	6,1	
10,0 salários-mínimos ou +	47	7,8	15	5,7	

*p-valor segundo o teste qui-quadrado: resultados significativos em negrito.

Observa-se, na Tabela, 1 que, de acordo com o teste qui-Quadrado, houve associação significativa entre o município e: sexo, escolaridade, cor/raça, aposentado,

arranjo de moradia e faixas de renda familiar.

A Tabela 2 traz as principais características do padrão do sono dos idosos participantes deste estudo.

Tabela 2 – Análise comparativa das características do sono dos idosos participantes do Estudo Fibra. Campinas, SP; Parnaíba, PI, Brasil, 2008/2009

Características	Campinas, SP		n	Parnaíba, PI		p-valor*
	n	%		%	%	
Queixas de sono						
Sim	406	59,7	223	75,9	<0,001	
Não	274	40,3	71	24,1		
Cochilo diurno						
Ausente ou menor que 90'	621	90,1	262	87,6	0,240	
Maior ou igual a 90'	68	9,9	37	12,4		
Sono não restaurador						
Sim	191	28,2	102	35,2	0,031	
Não	486	71,8	188	64,8		
Uso de remédios para dormir						
Sim	133	19,7	60	20,5	0,782	
Não	542	80,3	233	79,5		
Despertar precoce						
Sim	234	34,5	143	48,8	<0,001	
Não	444	65,5	150	51,2		
Dificuldade para manter o sono						
Sim	141	20,8	106	36,2	<0,001	
Não	537	79,2	187	63,8		
Dificuldade para adormecer						
Sim	192	28,3	114	39,0	0,001	
Não	486	71,7	178	61,0		

*p-valor segundo o teste qui-quadrado: resultados significativos em negrito.

A análise comparativa apresentada na Tabela 2 mostrou que, de acordo com o teste qui-quadrado, houve associação significativa entre o município e: queixas de sono, sono não restaurador, despertar precoce, dificuldade

para manter e para iniciar o sono.

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise comparativa para as variáveis idade, renda familiar e número de problemas de sono.

Tabela 3 – Análise comparativa das variáveis idade, renda familiar e número de queixas de sono dos idosos participantes do Estudo Fibra. Campinas, SP; Parnaíba, PI, Brasil, 2008/2009

	Média	Mediana	dp*	Mínimo	Máximo	Z	p-valor†
Idade							
Campinas	71,95	71,00	5,2	65	90	-1,162	0,245
Parnaíba	72,80	72,00	5,5	65	88		
RF‡							
Campinas	2.043,07	1.500,00	2.307,4	0	24.000,00	-7,377	<0,001
Parnaíba	1.378,97	930,00	1.911,4	100,00	25.000,00		
QS§							
Campinas	1,4	1,0	1,53	0	6	-4,783	<0,001
Parnaíba	1,9	2,0	1,62	0	5		

*dp = desvio-padrão

†p-valor segundo o teste de Mann-Whitney: resultados significativos em negrito

‡RF = renda familiar

§QS = número de queixas de sono

De acordo com o teste de Mann-Whitney, houve diferença significativa entre os municípios na renda familiar e em número de queixas de sono, conforme apresentado na Tabela 3.

Discussão

Os dados do presente estudo reforçam a importância da avaliação do padrão de sono dos idosos brasileiros, principalmente para aqueles inseridos em regiões de baixo índice de desenvolvimento humano, os quais vivem em condições precárias e com limitado acesso aos serviços públicos de saúde (SUS).

Trata-se do primeiro estudo brasileiro com esse enfoque, que também não tem sido suficientemente explorado no cenário internacional. A desigualdade socioeconômica encontrada entre os idosos desses municípios se mostra favorável à importância desta análise para as queixas de sono.

Houve predomínio de mulheres dentre os participantes deste estudo, fato denominado por alguns autores de “feminização da velhice”. A maior probabilidade de sobrevivência entre as mulheres pode ser explicada pela menor exposição aos riscos ocupacionais, menor taxa de mortalidade por causas externas e atitudes diferenciadas em relação às doenças, pois utilizam os serviços de saúde frequentemente, se comparadas aos homens, que sofrem maiores taxas de mortalidade⁽¹⁵⁾.

Em relação à escolaridade, os idosos do município de menor IDH (Parnaíba) são, em sua maioria, analfabetos e possuem menor escolaridade do que os idosos de Campinas (com IDH elevado). Esses resultados refletem um dos aspectos de desigualdade social no Brasil e vão ao encontro de outras pesquisas realizadas no cenário da gerontologia⁽¹⁾.

A maioria dos idosos dessa pesquisa recebem de 1,1

a 3,0 salários-mínimos, porém, a renda média do idoso de Campinas é superior à do idoso de Parnaíba. Geralmente, essa renda é proveniente de aposentadoria. Pesquisadores apontam que a aposentadoria transformou-se na única fonte de renda de 12 milhões de famílias brasileiras⁽¹⁶⁾. Em famílias pobres, muitas vezes, o idoso é quem sustenta a família ou cuida dos netos, enquanto seus filhos trabalham fora do espaço doméstico⁽¹⁷⁾.

No presente estudo, foi elevada a porcentagem dos idosos de Parnaíba convivendo com seus filhos sob o mesmo teto. Na China, aproximadamente 70% dos idosos moram com os filhos. No nosso país, houve crescimento do número de idosos que convivem com seus filhos, fazendo com que várias gerações convivam no mesmo lar. A coresidência pode ser desencadeada pela falta de autonomia econômica e/ou física do idoso, porém, pode ser benéfica tanto para os idosos como para seus filhos, significando melhora das condições de vida⁽¹⁾.

Em relação às queixas de sono, a maioria dos idosos mostrou apresentar problemas relacionados ao sono. O problema mais apontado foi o sono não restaurador, seguido de despertar precoce, dificuldade para adormecer, dificuldade para manter o sono, uso de remédios para dormir e cochilos diurnos. Estes achados corroboram outros estudos encontrados na literatura sobre o sono de idosos^(2,5,18).

Os idosos de Parnaíba apresentaram-se mais queixosos em relação aos problemas de sono se comparados com os idosos de Campinas. Os distúrbios de sono são bastante incidentes em pessoas idosas, mulheres e viúvos⁽¹¹⁾, principalmente entre aqueles de baixa classe socioeconômica⁽¹⁹⁾, fato que poderia explicar a maior presença de distúrbios de sono nos idosos residentes no município com menor IDH. A dificuldade financeira pode gerar preocupações que interferem no padrão do sono⁽²⁰⁾.

Além disso, viver em condições precárias faz com que haja acesso limitado aos serviços públicos como educação e saúde, interferindo, assim, nos comportamentos preventivos da doença e na sua detecção precoce, tais como os distúrbios do sono⁽²¹⁾.

No presente estudo, alguns idosos relataram cochilar durante o dia por 90 minutos ou mais. A má qualidade do sono noturno pode gerar a sonolência diurna excessiva e o cochilo diurno intencional ou não. Pesquisas apontam que os principais fatores relacionados ao cochilo diurno em idosos são os distúrbios do sono noturno, alterações do ciclo sono/vigília, relacionado à idade, comorbidades e doenças mentais⁽²⁰⁾. Embora existam poucos estudos sobre as características do cochilo na população idosa, as pesquisas sugerem que o cochilo pode trazer benefícios ao indivíduo, dependendo do horário do dia e duração do cochilo. Breves cochilos podem ser mais benéficos do que não cochilar ou cochilar por longos períodos⁽²²⁾. Estudos revelam que o hábito de cochilar por períodos prolongados, durante o dia, associou-se à saúde comprometida, a problemas psicológicos⁽²³⁾ e a fator de risco elevado para comprometimento cognitivo⁽²⁴⁾.

No presente estudo, não houve diferença significativa entre os idosos de Campinas e os de Parnaíba no que se refere ao hábito de cochilar por períodos longos durante o dia. Alguns autores apontam que a prevalência de cochilo diurno depende da localidade e da população do estudo, bem como do modo como esse cochilo foi definido no protocolo da pesquisa⁽²²⁾.

Conclusão

Os idosos de Parnaíba apresentaram maiores porcentagens de queixas de sono se comparados aos idosos de Campinas. Houve associação significativa entre município e queixas específicas de sono não restaurador, despertar precoce, dificuldade para manter e para iniciar o sono, todas mais prevalentes em Parnaíba.

Tal conhecimento é importante para o desenvolvimento de estratégias capazes de assistir às necessidades crescentes dessa faixa etária emergente, haja vista que sono inadequado pode afetar a saúde física e cognitiva, além de gerar insatisfação e impacto negativo na qualidade de vida dos idosos. Assim, os enfermeiros devem intervir na promoção da saúde com ações que minimizem ou previnam esses problemas relativos ao sono.

Nessa perspectiva, estudos futuros podem ser desenvolvidos no sentido de verificar a existência de associação entre queixas de sono e problemas de saúde física bem como com o declínio cognitivo, devido à sua

relevância e ao fato de não terem sido abordados neste estudo.

Referências

1. Santos AA, Pavarini SCI, Brito TRP. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):496-503.
2. Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(4):920-7.
3. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(3):851-60.
4. Kryger M, Monjan A, Bliwise D, Ancoli-Israel S. Sleep, health and aging: bridging the gap between science and clinical practice. *Geriatrics*. 2004;59(1):24-30.
5. Ancoli-Israel S. Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Medicine*. 2009;10:S7-S11.
6. Al Lawati NM, Patel SR, Ayas NT. Epidemiology, risk factors, and consequences of obstructive sleep apnea and short sleep duration. *Prog Cardiovasc Dis*. 2009;51(4):285-93.
7. Cunha MCB, Zanetti ML, Hass JV. Sleep Quality in Type 2 Diabetics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(5):850-5.
8. Furlani R, Ceolim MF. Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2006;14(6):872-8.
9. Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(1):115-22.
10. Ensrud KE, Blackwell TL, Redline S, Ancoli-Israel S, Paudel ML, Cawthon PM, Dam TT, Barrett-Connor E, Leung PC, Stone KL. Sleep disturbances and frailty status in older community-dwelling men. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(11):2085-93.
11. Asghari A, Farhadi M, Kamrava SK, Ghalehbaghi B, Nojomi M. Subjective Sleep Quality in Urban Population. *Arch Iran Med*. 2012; 15(2):95-8.
12. 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.
13. American Psychiatric Association [internet]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*

- [acesso 12 fev 2010]. Disponível em: <http://www.psych.org>
14. Taylor HL, Jacobs DR, Schucker B, Knudsen J, Leon AS, Debacker G. A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *J Chron Dis.* 1978;31:741-55.
 15. Souza LM, Morais EP, Barth QCM. Socioeconomic and demographic characteristics and health condition of elderly people from a family health program in Porto Alegre, Brazil. *Rev. Latino-am. Enfermagem.* 2006;14(6):901-6.
 16. Areosa SVC, Areosa AL. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;7(1):138-50.
 17. Souza RFS, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(3):263-67.
 18. Ancoli-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the elderly: normal variations and common sleep disorders. *Harv Rev Psychiatry.* 2008;16(5):279-86.
 19. Gu D, Sautter J, Pipkin R, Zeng Y. Sociodemographic and health correlates of sleep quality and duration among very old Chinese. *Sleep.* 2010;33(5):601-10.
 20. Barichello E, Sawada NO, Sonobe HM, Zago MMF. Quality of Sleep in Postoperative Surgical Oncologic Patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(4):481-8.
 21. Guimarães RM, Romanelli G. A inserção de adolescentes no mercado de trabalho através de uma ONG. *Psicol Estudo.* 2002;7(2):117-26.
 22. Martin JL, Ancoli-Israel S. Napping in older adults. *Sleep Med Clin.* 2006;177-86.
 23. Baker FC, Wolfson AR, Lee KA. Association of sociodemographic, lifestyle and health factors with sleep quality and daytime sleepiness in women: findings from the 2007 National Sleep Foundation "Sleep in America Pool". *J Womens's Health.* 2009;18(6):841-9.
 24. Ohayon MM, Vecchierini MR. Daytime sleepiness and cognitive impairment in the elderly population. *Arch Intern Med.* 2002;162:201-8.

Recebido: 25.10.2011

Aceito: 31.8.2012

Como citar este artigo:

Santos AA, Ceolim MF, Neri AL. Queixas de sono entre idosos brasileiros de municípios com diferentes índices de desenvolvimento humano. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. set.-out. 2012 [acesso em: ____/____/____];20(5):[09 telas]. Disponível em: _____

URL

dia | ano
 mês abreviado com ponto