

INFLUÊNCIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NA QUALIDADE DO SONO DOS IDOSOS

INFLUENCE OF INSTITUTIONALIZATION ON THE SLEEP QUALITY OF THE ELDERLY

INFLUENCIA DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LA CALIDAD DEL SUEÑO DE LOS ANCIANOS

Cátia Balinha*
Lucinda Carvalho**
Alexandre Pereira***

RESUMO

Introdução: Entre as consequências da institucionalização do idoso, destaca-se a deterioração da qualidade do sono e a dificuldade em gerir ambientes favoráveis à estimulação intelectual, emocional e física dos residentes, que levam a um reduzido contraste entre os períodos diurnos e noturnos.

Objetivo: Avaliar a qualidade do sono dos idosos, comparando entre residentes em instituições e residentes no próprio domicílio.

Materiais e Métodos: A amostra é de 62, 32 residentes na Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo e 30 residentes no próprio domicílio. A recolha dos dados foi realizada com recurso a questionários: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, Índice de Katz e caracterização da amostra.

Resultados: Existe uma diferença marginalmente significativa na qualidade do sono entre idosos institucionalizados e residentes no próprio domicílio, com diferença significativa na eficiência habitual do sono, utilização de medicação para dormir e disfunção diurna, com pior avaliação para o grupo institucionalizado. Em ambos os grupos predomina a má qualidade de sono, a presença de distúrbios do sono é superior no grupo institucionalizado. Constatou-se que atividades com movimento têm uma significância marginalmente significativa, com influência positiva na qualidade de sono.

Conclusão: Na instituição, existem componentes da qualidade do sono com pior avaliação.

Palavras Chave: idoso, institucionalização, índice de qualidade de sono de pittsburgh, índice de Katz.

ABSTRACT

Introduction: Among the consequences of the admission of the elder in an institutionalized environment the lack of quality sleep stands out, and the difficulty in the management of environment favorable to the intellectual, emotional and physical stimulation of the residents which lead to a dimmer contrast between daytime and nighttime.

Objective: Evaluate the sleep quality of the elderly, drawing comparisons between those living in institutions and the ones living in their own home.

Materials and Methods: The sample (n=62) are residents in Santa Casa da Misericórdia of Viana do Castelo (n=32) and elderly living in their own home (n=30). Data collection was performed using questionnaires: Pittsburgh Sleep Quality Index, Katz Index and sample characterization.

Results: There is a marginal difference in the sleep quality between the institutionalized elders and the ones living in their own home's, with a significant difference in the sleep efficiency, use of sleeping medication and daytime dysfunction, with worst appreciation to the institutionalized group. Sleep disturbances predominates in both groups, with higher values in the institutionalized, good sleep quality prevails in elders sleeping in their own home. Activities that include movement were found to have marginally significant significance, with a positive influence on sleep quality.

Conclusion: in the institution, there are sleep quality components with worse evaluation.

Keywords: elderly, institutionalization, pittsburgh sleep quality index, katz index.

RESUMEN

Introducción: Entre las consecuencias de la institucionalización de los ancianos, se destacan el deterioro de la calidad del sueño y la dificultad para gestionar entornos favorables a la estimulación intelectual, emocional y física de los residentes, que conducen a un bajo contraste entre los períodos diurnos y nocturnos.

Objetivo: Evaluar la calidad del sueño de los ancianos, comparando entre residentes en instituciones y residentes en sus propios hogares.

Materiales y métodos: La muestra es de 62, 32 son residentes en la Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo y 30 viven en sus propios hogares. Los datos fueron recolectados mediante cuestionarios: Pittsburgh Sleep Quality Index, Katz Index y muestra de caracterización.

Resultados: hay diferencia marginalmente significativa en la calidad del sueño entre los ancianos institucionalizados y los residentes en su casa, con una diferencia significativa en la eficiencia habitual del sueño, el uso de medicamentos para dormir y la disfunción diurna, con peor evaluación para el grupo institucionalizado. La mala calidad del sueño predomina en ambos grupos, los trastornos del sueño son más altos en el grupo institucionalizado, mientras que la buena calidad del sueño es más frecuente en el hogar. Se encontró que las actividades que incluyen movimiento tienen una significación marginalmente significativa, con una influencia positiva en la calidad del sueño.

Conclusión: en la institución hay componentes de la calidad del sueño con peor evaluación.

Palabras-Clave: ancianos, institucionalización, índice de calidad del sueño de pittsburgh, índice de katz.

*Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias – Instituto Politécnico de Castelo Branco, BSc, VitalmobileHealth, Varandas Moreira Medicina Física e Reabilitação.

**Age.comm (Unidade de Investigação Interdisciplinar – Comunidades Envelhecidas Funcionais / Research Unit on Building Functional Ageing Communities), Instituto Politécnico de Castelo Branco, PhD):

***Centro Hospitalar Cova da Beira, Insituti Politécnico de Castelo Branco, MSc.

Submitted: 26th February 2020

Accepted: 31th October 2020

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenómeno fisiológico natural marcado por mudanças biopsicossociais consequentes do decorrer do tempo que vão aumentando a vulnerabilidade dos indivíduos (Ferreira, Maciel, Silva, Sá, & Moreira, 2010). Tendo por base estudos estatísticos verifica-se que a população idosa em Portugal tem aumentado as suas dimensões, representado atualmente 19% da população total, contrastando com os 8% verificados em 1960 e com os 16% da década anterior (INE, 2011). O índice de envelhecimento da população reflete esta tendência, uma vez que segundo os Censos de 2011 este índice é de 129, o que significa que Portugal tem mais população idosa do que jovem (INE, 2011). Em idades mais avançadas é frequente a manifestação de patologias crónicas que se associam a comorbidades, dificultando ou impedindo o desempenho nas atividades diárias (Ferreira et al., 2010). Esta incapacidade funcional implica um acompanhamento permanente que, juntamente com as dificuldades financeiras, indisponibilidade da família e/ou solidão levam a que a institucionalização do idoso seja, em muitos casos, uma opção inevitável, existindo cerca de 78 mil idosos em Portugal que vivem em meio institucional (Carneiro, Chay, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012; Ceolim & Araújo, 2010). Contudo a transferência do idoso do seu lar para a instituição não é espontânea, podendo exercer fortes impactos na qualidade de vida do mesmo quer devido às alterações da rotina quer à forma como esta é vivenciada sendo, frequentemente, perspetivada como abandono, perda de liberdade e aproximação à morte (Ceolim & Araújo, 2010). Entre as diversas consequências do ingresso do idoso na instituição é de realçar a deterioração da qualidade do sono (Ceolim & Araújo, 2010).

O sono corresponde a um estado fisiológico cíclico e a uma necessidade biológica que permite o equilíbrio das funções orgânicas, com influência no desempenho do quotidiano (Carrilho, 2004). Fisiologicamente, com o avançar da idade o padrão de sono sofre algumas modificações quer na qualidade como na quantidade, tais como, diminuição da duração total e das fases profundas, aumento do número de despertares, aumento da latência ao sono e maior presença de distúrbios respiratórios, afetando mais de metade dos adultos acima dos 65 anos que vivem em casa e 70% dos institucionalizados (Carrilho, 2004; Geib, Cataldo Neto, Wainberg, & Nunes, 2003). A deterioração da qualidade do sono do idoso é ainda mais acentuada no meio institucional, uma vez que existe uma dificuldade em gerir ambientes favoráveis à estimulação intelectual, emocional e física dos utentes (Ceolim & Araújo, 2010). Uma das maiores dificuldades prende-se com a fraca estimulação sensoriomotora e rotinas monótonas que reduzem o contraste entre os períodos diurnos e noturnos que, em conjunto, encorajam à inatividade diurna, enquanto a noite é frequentemente perturbada pelos distúrbios comportamentais dos restantes residentes e pelos ruídos provocados pela equipa de profissionais na prestação de cuidados (Ceolim & Araújo, 2010). Em 2010 foi publicado um estudo no Brasil intitulado "Qualidade do sono de idosos residentes em instituições de longa permanência" que avaliou a qualidade do sono em 38 idosos residentes em instituições. Na análise do mesmo, verificou-se que uma percentagem de 63.2% apresentou pontuação do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) indicativa de má qualidade do sono, sendo esta prevalente no género masculino, na faixa etária compreendida entre os 70 e os 79 anos, tempo de institucionalização inferior a cinco anos e em indivíduos com maior grau de dependência (Ceolim & Araújo, 2010). Como informações adicionais deste estudo, observou-se que apesar de 63.2% apresentarem indicação de má qualidade de sono, 81.6% dos inquiridos caracterizou a sua qualidade de sono como boa/muito boa, alertando para a errada avaliação que os idosos fazem do próprio sono, considerando os distúrbios normais para a idade (Ceolim & Araújo, 2010). Modificações do padrão de sono podem ter como

consequências alterações cognitivas e emocionais, incompetência imunológica, desenvolvimento de transtornos mentais, entre outras que terão como resultado o aumento da vulnerabilidade do idoso e diminuição da qualidade de vida (Quinhones, 2011).

1. MATERIAIS E MÉTODOS

1.1. Desenho do estudo e população / amostra

O estudo desenvolvido é do tipo observacional transversal, com tipo de amostragem não probabilístico por conveniência. A população em estudo é constituída por indivíduos com idade superior ou igual a 65 anos a residir no seu próprio domicílio no distrito de Viana do Castelo ou numa instituição para a terceira idade (Santa Casa da Misericórdia de Viana do Castelo). Foram excluídos os idosos com incapacidade de compreensão e/ou expressão, que realizassem terapêutica noturna (oxigenoterapia e/ou ventilação mecânica) e os residentes na instituição há menos de um ano. A dimensão total da amostra é de 62 indivíduos, 32 residentes na SCMVC e 30 residentes no próprio domicílio, sendo 58,1% dos participantes do sexo feminino e 41,9% do género masculino, com idades a variar dos 65 aos 94 anos, com uma média de idade de $78,48 \pm 8,72$ anos.

1.2 Protocolo de estudo

A aplicação do protocolo de investigação aconteceu em dois locais distintos, na SCMVC e em locais públicos do mesmo distrito (ruas, jardins, proximidade de estabelecimentos comerciais, etc.), através de uma abordagem direta aos participantes na qual foi explicado o estudo e dada a hipótese de decidir sobre a participação. Para a recolha dos dados necessários foi aplicado um questionário individualmente sob a forma de entrevista após assinatura do consentimento informado livre e esclarecido. As questões foram lidas em voz alta pela investigadora da forma como se encontravam escritas, contudo tendo em conta a faixa etária em causa existiu frequentemente a necessidade de formular as questões de um outro modo para facilitar a obtenção dos dados. As respostas foram assinaladas pela investigadora. O questionário encontra-se dividido em 3 partes distintas: caracterização sociodemográfica da amostra, Índice de Katz e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (Bertolazi & Alegre, 2008; Duque, Gruner, Clara, Ermida, & Verissimo, 2012), com uma duração de, aproximadamente, 15 minutos, tendo sido indiferente o período de aplicação (manhã ou tarde).

Foi possível caracterizar a amostra quanto ao seu perfil sociodemográfico, antropométrico, hábitos tabágicos, historial clínico, terapêutica farmacológica habitual, tempo de residência na instituição e ocupação dos tempos livres, sendo esta última dividida em atividades com movimento, sem movimento e atividades estimulantes. O Índice de Katz tem como objetivo a avaliação da autonomia do idoso na realização das atividades básicas da vida diária (ABVD): banho, vestir, utilização da sanita, passagem da cadeira de rodas/cadeirão para a cama, controlo dos esfíncteres e alimentação. Segundo Duque et al. 2012, em cada ABVD, o idoso é classificado com 0 pontos em caso de dependente e com 1 ponto se independente na realização da atividade em causa. O resultado final decorre da soma da pontuação das seis questões, variando entre 0 (totalmente dependente) e 6 (totalmente independente). O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) integra 17 questões relativas ao sono no último mês, permitindo a avaliação de 7 componentes do sono: qualidade subjetiva, latência,

duração, eficiência habitual, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e disfunções durante o dia. O somatório de todas as componentes pode variar entre 0 e 21. Resultados de 0 a 4 serão indicativos de boa qualidade do sono, valores de 5 a 10 representarão má qualidade do sono e superiores a 10 indicarão um distúrbio de sono. (Bertolazi & Alegre, 2008; "Pittsburgh sleep quality index (PSQI)," n.d.; Ribeiro, Silva, & Oliveira, 2014). Ao longo do artigo a amostra recolhida na SCMVC será mencionada através da palavra "Lar".

1.3 Análise estatística

Os dados recolhidos foram informatizados e tratados com recurso ao programa SPSS® (Statistic Product and Service Solution) versão 24.0. Inicialmente, foi executada uma análise descritiva simples para caracterização da amostra geral e posteriormente foi feita uma análise descritiva para caracterização da amostra por grupo (residentes na instituição e residentes no domicílio) com determinação de prevalências absolutas e relativas (n; %) e de medidas de localização e dispersão (média e desvio padrão). Os testes estatísticos utilizados para a elaboração dos resultados incluíram o Qui-quadrado e o exato de Fisher para avaliar a associação entre variáveis nominais e/ou ordinais. Para a comparação de médias de dois grupos independentes utilizou-se o teste *T-student* ou o equivalente Mann-Whitney, tendo sido avaliado o pressuposto da distribuição normal pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a comparação de médias de três ou mais grupos independentes, utilizou-se o teste da ANOVA ou o equivalente Kruskal-Wallis, tendo sido avaliado o pressuposto da homogeneidade das variâncias através do teste de Levene. Foi considerado um p-value de 0,05 para um intervalo de confiança a 95%.

1.4. Procedimentos éticos

Para a obtenção dos dados foi necessária, por parte dos participantes, a assinatura prévia do consentimento informado livre e esclarecido, tendo sido todo o procedimento previamente esclarecido e as dúvidas atempadamente explicadas. Para a recolha da amostra na instituição realizou-se um pedido antecipado à direção e, posteriormente ao seu parecer positivo, foram aplicados os questionários com recurso a uma sala na qual entrava apenas um participante de cada vez, assegurando deste modo a privacidade das respostas. A confidencialidade dos dados recolhidos foi garantida através da codificação dos nomes dos participantes, utilizando os mesmos apenas para fins académicos, científicos e estatísticos. Ao longo de toda a investigação foram respeitados os princípios que constam da declaração de Helsínquia e salienta-se a inexistência de conflitos de interesse de ordem económica ou outra.

2. RESULTADOS

2.1. Perfil sociodemográfico e antropométrico

A amostra fez um total de 62 idosos, dos quais 30 residem no próprio domicílio (48,39%) e 32 em regime de institucionalização na SCMVC (51,61%). Verifica-se que na amostra recolhida na SCMVC existe um predomínio do sexo feminino (65,6%) e da faixa etária compreendida entre os 86 e os 90 anos com uma média de idade de $82,97 \pm 8,17$ anos, enquanto no domicílio

a percentagem de géneros é simétrica e a faixa etária predominante é dos 65 aos 70 anos com uma média de idade de $73,70 \pm 6,52$ anos. Através da análise estatística verifica-se que a diferença de idades entre os dois grupos é significativa ($p < 0,001$), sendo esta mais elevada na instituição, não se verificando o mesmo na variável sexo. Verificou-se também que os idosos residentes na instituição são, maioritariamente viúvos/as (56,2%) e, por sua vez, no domicílio prevalece o estado civil de casado/a (53,3%), representando uma diferença estatisticamente significativa no estado civil entre grupos ($p = 0,001$). A negação de hábitos tabágicos foi comum aos dois grupos, sendo que 90,6% dos residentes na instituição e 83,9% do grupo do domicílio afirmaram nunca ter tido hábitos tabágicos. A nível do índice de massa corporal (IMC) não se verificou uma diferença significativa, encontrando-se aproximado em ambos os grupos. (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização das variáveis "sexo", "idade", "estado civil", "hábitos tabágicos" e "IMC"

		Local de Residência				p-value
		Lar		Domicílio		
		n ou média	% ou DP	n ou média	% ou DP	
Sexo	Masculino	11	34,4%	15	50%	0,213
	Feminino	21	65,6%	15	50%	
Idade	≤70	3	9,4%	14	46,7%	<0,001
	71-75	3	9,4%	5	16,7%	
	76-80	4	12,5%	5	16,7%	
	81-85	6	18,8%	5	16,7%	
	86-90	11	34,4%	1	3,3%	
	≥91	5	15,6%	0	0,0%	
Idade	Idade (anos)	82,97	±8,17	73,70	±6,52	<0,001
Estado Civil	Solteiro/a	7	21,9%	1	3,3%	0,001
	Casado/a	4	12,5%	16	53,3%	
	Divorciado/a	3	9,4%	4	13,3%	
	Viúvo/a	18	56,2%	9	30,0%	
Hábitos Tabágicos	Sim	0	0,0%	1	3,3%	0,215
	Não	29	90,6%	23	76,7%	
	Ex-fumador	3	9,4%	6	20,0%	
IMC médio (Kg/m²)		27,31	±4,87	27,08	±3,45	0,989

DP=Desvio padrão; IMC= Índice de massa corporal; n=número de indivíduos; %=percentagem.

2.2. Patologias conhecidas e medicação habitual

Observa-se uma maior prevalência de todas as patologias no grupo de idosos residentes em meio institucional, quando comparada à dos idosos residentes no próprio domicílio, com exceção da depressão que não foi referida por nenhum idoso institucionalizado (Gráfico 1). Relativamente à medicação habitual (gráfico 2), verifica-se que existe um consumo superior de todas as classes medicamentosas nos idosos institucionalizados, com exceção dos anti hipertensores que são mais prevalentes no domicílio.

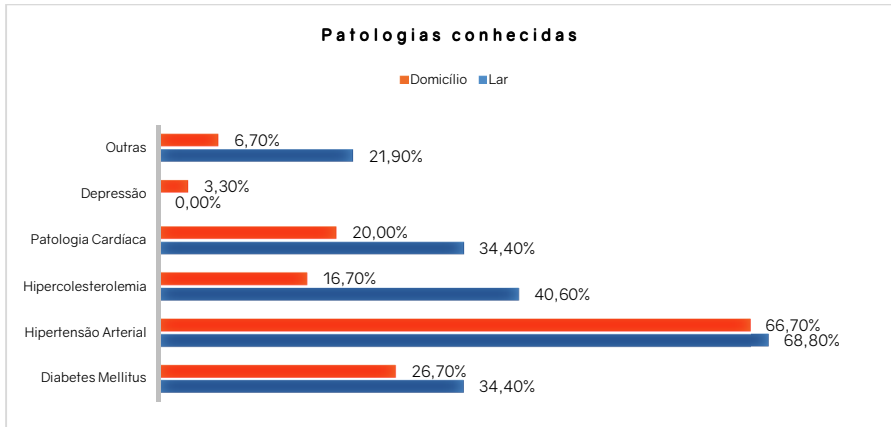


Gráfico 1: Patologias conhecidas de acordo com o local de residência

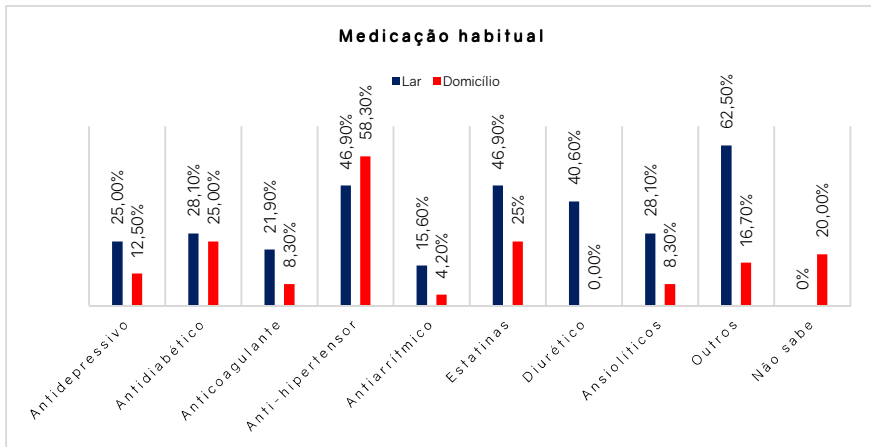


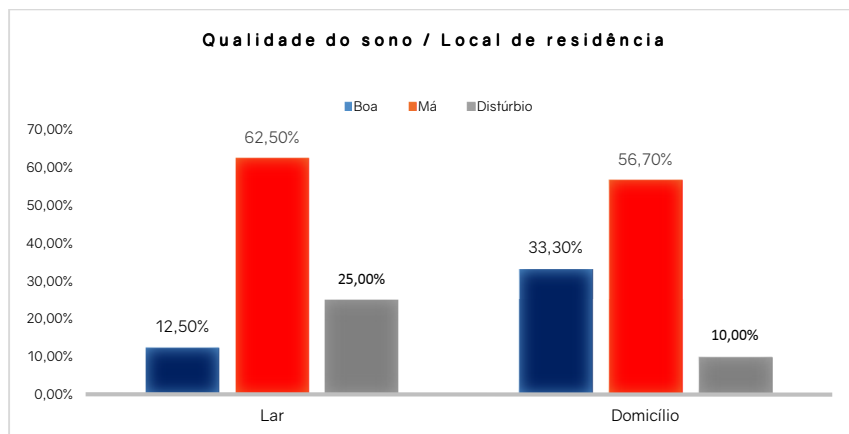
Gráfico 2: Medicação habitual de acordo com o local de residência

2.3. Avaliação da qualidade do sono

A avaliação da qualidade de sono e a sua relação com as diferentes variáveis analisadas é descrita e desenvolvida nos parágrafos seguintes.

2.3.1 Relação do local de residência com a qualidade de sono

Verifica-se que em ambos os grupos predomina a má qualidade de sono (Gráfico 3), todavia a presença de distúrbios do sono é superior no grupo institucionalizado (25% vs 10%), enquanto a boa qualidade de sono é mais prevalente no domicílio (33,30% vs 12,50%). A diferença estatística encontrada na qualidade do sono em relação ao local de residência é ligeiramente significativa com um p-value de 0,081.

Gráfico 3: Avaliação da qualidade do sono de acordo com o local de residência ($p=0,081$)

2.3.2 Relação da hora de deitar, levantar e eficiência do sono com o local de residência

Pela análise da tabela 2 é possível constatar que em meio institucional a hora de deitar é significativamente mais precoce em relação ao domicílio ($p<0,001$), não se verificando uma diferença estatisticamente significativa na hora de levantar. Relativamente à eficiência habitual do sono, pela sua média nos dois locais de residência também nos leva a concluir que apresenta pior avaliação nos idosos institucionalizados, representando uma diferença significativa ($p<0,001$). Este facto resulta essencialmente da diferença encontrada entre as horas passadas na cama ($p<0,001$), superiores na instituição, e não tanto das horas efetivamente a dormir, correspondendo a uma diferença ligeiramente significativa ($p=0,070$).

Tabela 2: Hora de deitar e levantar, horas na cama e a dormir e eficiência do sono em relação ao local de residência. DP=Desvio Padrão

		Mínimo	Máximo	Média±DP	p-value
Hora de deitar	Lar	19h	23h	21,06±0,98	<0,001
	Domicílio	19h	02h	23,13±1,57	
Hora de levantar	Lar	6h	9h	7,51±0,85	0,168
	Domicílio	5h	14h	7,28±1,72	
Horas a dormir	Lar	5h	10h	7,80±1,45	0,070
	Domicílio	4h	10h	7,08±1,60	
Horas na cama	Lar	8h	15h	10,45±1,41	<0,001
	Domicílio	4h30min	13h	8,15±1,93	
Eficiência do sono	Lar	50%	95%	74,80±10,97	<0,001
	Domicílio	60%	100%	88,62±11,70	

2.3.3. Relação do número de despertares noturnos com o local de residência

Conclui-se que o grupo institucionalizado possui um maior número de despertares noturnos comparativamente aos residentes no próprio domicílio, revelando uma percentagem superior em todas as classes com exceção do “nenhuma vez”, no entanto esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,345$).

2.3.4. Avaliação dos componentes do PSQI

A tabela 3 demonstra que, dos sete componentes avaliados pelo PSQI, apenas existe diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos nos componentes relativos à eficiência do sono, uso de medicação para dormir e na presença de disfunção diurna, sendo que estes possuem pior avaliação no grupo institucionalizado uma vez que quanto mais elevada a ordenação média, pior a avaliação do respetivo componente.

Tabela 3: Avaliação dos componentes do PSQI em relação ao local de residência. PSQI=Índice de qualidade de sono de Pittsburgh

		Local de Residência		p-value
		Lar (ordenação média)	Domicílio (ordenação média)	
Componentes do PSQI	Qualidade Subjetiva do Sono	31,05	31,98	0,794
	Latência ao sono	34,44	28,37	0,169
	Duração do sono	28,50	34,70	0,135
	Eficiência do sono	39,70	22,75	<0,001
	Distúrbios do sono	33,44	29,43	0,313
	Uso de medicação para dormir	36,00	26,70	0,020
	Disfunção diurna	36,95	25,68	0,009

2.3.5. Relação do sexo e idade com a qualidade do sono

Verifica-se que o sexo feminino, independentemente do grupo, apresenta maiores percentagens nas classes indicativas de má qualidade do sono (má qualidade e distúrbio), com menor percentagem na boa qualidade de sono, comparativamente ao sexo masculino. O *p-value* obtido na relação do sexo com a qualidade de sono foi de 0,042, concluindo-se que, neste estudo, o sexo relaciona-se com a qualidade do sono. Todavia, analisando o impacto do sexo sobre a qualidade do sono de forma individual para cada grupo em estudo, apenas se encontrou diferença estatisticamente significativa nos residentes no próprio domicílio ($p=0,038$), mostrando que é neste grupo que se encontram as principais diferenças. Para o estudo da relação da idade com a qualidade do sono realizaram-se testes estatísticos que indicaram que no grupo de idosos residentes na SCMVC a idade não possui influência significativa sobre a qualidade do sono ($p=0,514$), acontecendo o mesmo nos residentes no domicílio ($p=0,533$). Pela observação do gráfico 5 é possível reter que nos idosos institucionalizados a boa qualidade do sono surge nos indivíduos mais novos e o distúrbio nos mais velhos, contrastando com o grupo de idosos que residem no domicílio no qual a boa qualidade de sono surge em idades mais elevadas e o distúrbio em idades inferiores.

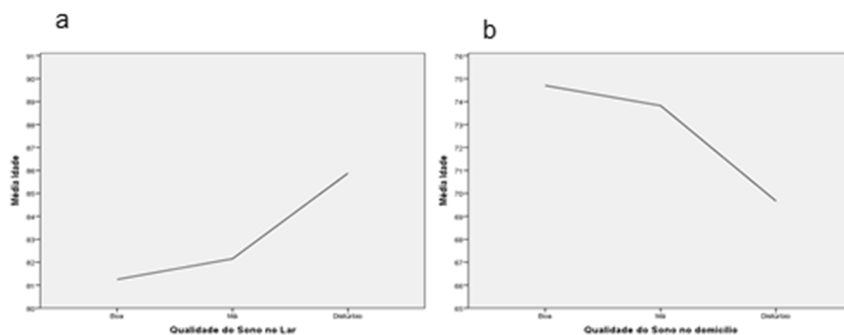


Gráfico 5a,b: Relação da idade com a qualidade do sono por local de residência (Lar $p=0,514$ e domicílio $p=0,533$)

2.3.6. Relação da ocupação dos tempos livres com a qualidade do sono

Relativamente à ocupação dos tempos livres (gráfico 6) confirmou-se que os idosos residentes no próprio domicílio dão preferência às atividades com movimento (atividades ao ar livre, jardinagem, bricolagens, etc.) enquanto os institucionalizados preferem as atividades sem movimento (ver televisão, ouvir rádio, etc.), sendo pouco notável a diferença entre os grupos nas atividades estimulantes (crochet, computador, desenhar, etc.).

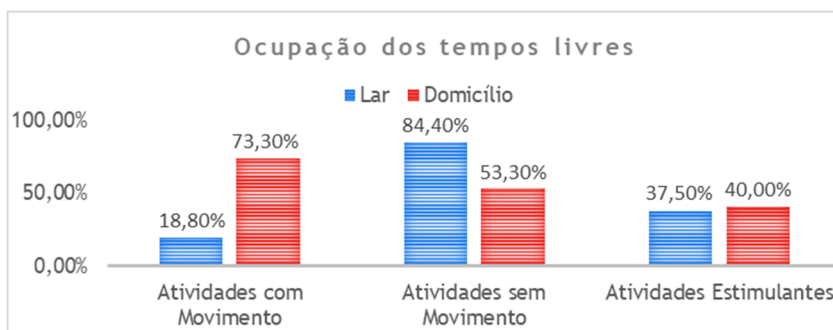


Gráfico 6: Ocupação dos tempos livres por local de residência

Estatisticamente, a diferença entre os dois grupos relativamente à ocupação dos tempos livres é significativa nas atividades com movimento ($p<0,001$) e sem movimento ($p=0,008$), não se verificando o mesmo nas atividades estimulantes ($p=0,840$). Para avaliar a possível influência dos diferentes tipos de atividade sobre o sono, optou-se por avaliar a sua relação com cada grupo de forma individual. Como resultado obteve-se que, quer no grupo institucionalizado quer no residente no domicílio, nenhum tipo de atividade possui significância na qualidade do sono. Todavia, ao analisar esta relação para a totalidade da amostra ($n=62$) constatou-se que as atividades que incluem movimento apresentam uma significância ligeiramente significativa ($p=0,070$), com uma influência positiva na qualidade de sono (tabela 4).

Tabela 4: Relação das atividades com movimento com a qualidade do sono (n=62, p=0,07)

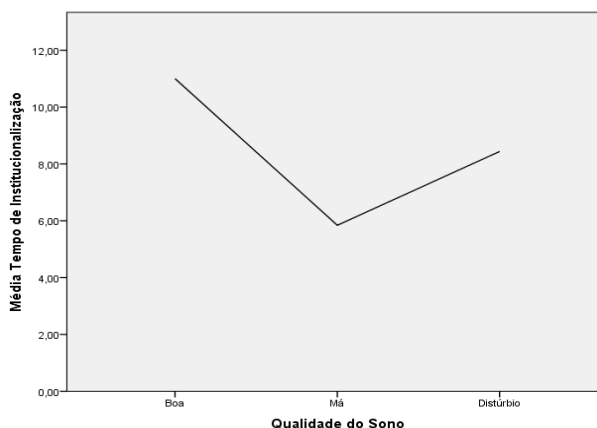
		Qualidade do sono		
		Boa	Má	Distúrbio
Atividades com movimento	Não	5 (8,06%)	20 (32,26%)	9 (14,52%)
	Sim	9 (14,52%)	17 (27,42%)	2 (3,23%)

2.3.7. Relação do grau de dependência com a qualidade do sono

Realizada a avaliação do grau de dependência verificou-se que todos os idosos residentes no próprio domicílio obtiveram pontuação indicativa de independência total. Dos idosos institucionalizados, 75% foram classificados como completamente independentes na realização das atividades básicas de vida diária, enquanto 25% apresentaram algum grau de dependência, dos quais 3,1% possuíam dependência total, 6,2% dependência grave, 12,5% dependência moderada e 3,1% dependência ligeira. Pelo facto de o número de idosos com algum grau de dependência ser reduzido, não se estudou o impacto dos diferentes graus de dependência sobre a qualidade do sono, mas sim o facto de ter ou não ter alguma dependência, verificando-se que, na nossa amostra, a dependência não tem significância estatística na qualidade do sono ($p=0.115$).

2.3.8. Relação do tempo de institucionalização com a qualidade do sono

Com o intuito de verificar se o tempo de institucionalização exerce efeitos na qualidade de sono, executaram-se testes estatísticos através dos quais se verificou que este fator não tem um impacto significativo na variável em estudo, possuindo um p -value de 0,246. Contudo, pela análise do gráfico 10, verifica-se que a boa qualidade de sono predomina nos idosos institucionalizados há mais tempo.

Gráfico 10: Relação da qualidade de sono com o tempo de institucionalização ($p=0,246$)

3. DISCUSSÃO

Segundo dados das Nações Unidas, o envelhecimento populacional é uma das tendências mais significativas do século XXI sabendo-se que, atualmente, uma em cada nove pessoas no mundo tem idade igual ou superior a 60 anos e espera-se um crescimento para uma em cada cinco por volta do ano de 2050 (Unfpa & HelpAge, 2012). O processo de envelhecimento implica modificações tanto a nível da qualidade como da quantidade do sono, sendo cada vez mais um motivo de queixa à medida que se envelhece (Ceolim & Araújo, 2010; Zisberg, Guryaish, & Shochat, 2010). Considerando as premissas anteriores, através da aplicação de questionários, pretendeu-se investigar a qualidade do sono dos idosos e se a institucionalização exerce um impacto negativo sobre esta, através da análise das principais diferenças entre institucionalizados e residentes em domicílio próprio de modo a contribuir para o aumento da sensibilização dos profissionais relativamente à importância de um sono de melhor qualidade para o idoso institucionalizado. Com o envelhecimento, acumulam-se os fatores de risco para a institucionalização como é o caso das doenças crónico-degenerativas, dependência, reduzida disponibilidade dos cuidadores, viuvez e casos de isolamento (Ceolim & Araújo, 2010). Como referido anteriormente, a transferência do idoso do seu lar para uma instituição representa um grande desafio, tendo como uma das principais consequências a deterioração da qualidade do sono (Ceolim & Araújo, 2010). Através do presente estudo foi possível reter que, na amostra em causa, são os idosos institucionalizados que possuem pior avaliação da qualidade do sono, pois apesar da diferença estatística encontrada ter sido ligeiramente significativa ($p=0,081$), verifica-se uma maior percentagem de indivíduos com má qualidade e distúrbio de sono, quando comparados aos residentes no próprio domicílio.

Comparativamente à população de adultos jovens, os adultos mais velhos passam menos tempo em sono de ondas lentas (2,5% *vs* 18,2%) e em sono REM (17,9% *vs* 28,2%), resultando numa maior fragmentação, com despertares frequentes que, juntamente com a dificuldade de iniciar o sono, reduzem significativamente o tempo total de sono (Buysse, Monk, Carrier, & Begley, 2005). Através deste estudo verificou-se que, o número de despertares noturnos encontra-se mais acentuado em meio institucional, uma vez que a percentagem de idosos a referir despertares noturnos foi, em todas as classes, superior ao grupo do domicílio com exceção do “nenhuma vez”. Este facto leva a inferir que um dos possíveis fatores para a má qualidade de sono nas instituições centra-se nas interrupções noturnas.

Um dos pontos centrais deste estudo foi a comparação dos sete componentes do PSQI entre os dois grupos em estudo, que revelou diferenças significativas na eficiência do sono, na utilização de medicação para dormir e na disfunção diurna, com pior avaliação no grupo institucionalizado. De modo a justificar estas diferenças, pensa-se que a menor eficiência do sono nos idosos institucionalizados (média de $74,80 \pm 10,97\%$ *vs* $88,62 \pm 11,70\%$) resulta da diminuição do tempo total de sono por elevado número de despertares e pelo excesso de tempo passado na cama sem dormir. Segundo Roepke e Ancoli-Israel (2010), as alterações fisiológicas do padrão de sono são transformadas em patológicas por consequência de comportamentos adquiridos ou impostos por terceiros. Estes autores referem que, se o indivíduo respeitasse a sua vontade e fosse dormir apenas no momento em que surge a sonolência, provavelmente cumpriria as horas necessárias e reportaria uma melhor qualidade subjetiva de sono (Roepke & Ancoli-Israel, 2010). Esta “imposição” está presente nos idosos institucionalizados, uma vez que existem horários estabelecidos, verificando-se que, na nossa amostra, encontram-se diferenças significativas entre os dois grupos na hora de deitar, horas passadas na cama e na eficiência do sono. Os idosos que residem no seu domicílio têm uma hora média de deitar por volta das $23,13 \pm 1,57$ horas *vs* as $21,06 \pm 0,98$ horas da instituição, o

tempo passado na cama é de $8,15 \pm 1,93$ horas, contrastando com as $10,45 \pm 1,41$ horas dos idosos institucionalizados, a eficiência do sono é mais elevada no domicílio com uma média de $88,62 \pm 11\%$ quando comparada à da instituição que é de $74,80 \pm 10,97\%$, verificando-se ainda uma diferença ligeira nas horas passadas a dormir ($7,80 \pm 1,45$ horas na SCMVC e $7,08 \pm 1,60$ horas no domicílio).

Relativamente à utilização de medicação para dormir, observou-se que, neste estudo, é mais prevalente na instituição, acontecendo o mesmo com todas as outras classes medicamentosas, com exceção dos anti hipertensores. A vulnerabilidade da amostra em questão (SCMVC) é apoiada pela maior prevalência de patologias quando comparada à dos idosos residentes no domicílio, com exceção da depressão que não foi mencionada por nenhum residente da instituição (porém 25% dos 32 idosos institucionalizados consomem antidepressivos, contrastando com os 12,5% dos residentes no domicílio). Este predomínio de patologias pode relacionar-se com o facto de este grupo possuir uma média de idade superior aos idosos que residem no seu domicílio, sabendo-se que o avançar da idade poderá levar a um aumento das doenças características dos idosos (doenças crónicas e/ou incapacitantes), a uma crescente pluripatologia, verificando-se também uma diminuição dos efeitos da medicação (Ruber & Fitzgerald, 2012; Sargento, 2011). Segundo um estudo publicado em 2010, verifica-se que o aumento da prescrição e utilização de certos medicamentos (como seja o uso de beta bloqueadores, broncodilatadores, diuréticos, antidepressivos, assim como fármacos para patologias cardiovasculares, neurológicas, entre outras) coloca os idosos em risco de desenvolverem perturbações do sono como efeito colateral ou cumulativo da diminuição do metabolismo e excreção nesta faixa etária (Geib et al., 2003; Roepke & Ancolisrael, 2010). Nos resultados constatou-se que, em ambos os grupos em estudo, a utilização de medicação para dormir apenas coincide com os casos de “má qualidade do sono” ou “distúrbio do sono” e nunca com a “boa qualidade”. Seria expectável, uma vez que o PSQI se refere aos últimos 30 dias, que estes indivíduos apresentassem uma melhoria a nível da qualidade do sono, sendo que a não verificabilidade desta relação poderá dever-se aos efeitos mencionados no parágrafo anterior.

A disfunção diurna deve-se à sonolência diurna e à indisposição para as atividades do dia-a-dia que se encontram frequentemente relacionadas a fatores como inatividade e às rotinas impostas com pouca flexibilidade (Ceolim & Araújo, 2010). Estes fatores são observados nas instituições de acolhimento de idosos, onde estes acabam por ter a sua vida determinada pelas normas estabelecidas na instituição, tendo como consequência idosos apáticos, sem motivação e mais carentes em relação aos residentes na comunidade (Araújo, Souza, & Faro, 2009; Ceolim & Araújo, 2010). Com base nestes dados, observa-se que o presente estudo está em concordância, uma vez que, os idosos residentes no domicílio dão preferência às atividades com movimento para ocupação dos tempos livres, enquanto os institucionalizados se dedicam a atividades sem movimento, criando-se um ambiente menos estimulante e com menor contraste entre períodos diurno e noturno. Também neste estudo foi possível perceber que o movimento exerce um impacto positivo na qualidade do sono, o que vai ao encontro do estudo de Monteiro et al (2014) onde é afirmado que a prática de atividade física reduz o risco de doenças crónicas e melhora o padrão de sono nos idosos (Monteiro, Neri, & Ceolim, 2014).

Um aspeto que pode condicionar a prática de atividades com movimento é o grau de dependência que, no estudo realizado por Ezequiel Lini et al (2016) é considerado um dos fatores de risco para a institucionalização, assim como a ausência de cônjuge e filhos e comprometimento cognitivo (Lini, Portella, & Doring, 2016). No nosso estudo, apenas nos deparámos com algum grau de dependência nos idosos residentes na instituição (25%), tendo também sido concluído que, na nossa amostra, o grau de dependência não possui uma relação significativa na qualidade do sono. Todavia, Goonerate et al (2003), relataram que a

dependência está frequentemente associada à inatividade física e mental que contribui para a redução da eficiência do sono e limitação funcional, possuindo este facto maior evidência nos idosos institucionalizados (Gooneratne et al., 2003). Estudos apontam para um benefício em termos de qualidade de sono nos indivíduos que mantém as suas atividades básicas de vida diária, identificando os idosos institucionalizados, com graus variáveis de dependência, como grupos de maior risco para a degradação da qualidade do sono (Zisberg et al., 2010). Também se pode inferir que a ausência de cônjuge é um dos possíveis motivos de institucionalização na amostra do nosso estudo, uma vez que se verifica que neste grupo prevalece o estado de viúvo/a (56,2%), enquanto no domicílio predomina o casado/a (53,3%). Esta constatação, leva-nos ao facto de a solidão ser um dos grandes motivos que levam à institucionalização do idoso, sendo que de acordo com os Censos de 2011, 60% da população idosa vive só ou em companhia de outros idosos (Carneiro et al., 2012; Ceolim & Araújo, 2010; INE, 2011).

Relativamente à influência do sexo sobre a qualidade do sono, no presente estudo verificamos que é o sexo feminino que apresenta uma percentagem superior de pontuações indicativas de má qualidade do sono, verificando-se uma relação estatisticamente significativa entre sexo e qualidade de sono para a amostra total. Enquanto muitos aspetos do sono partilham semelhanças de sexo, há diferenças importantes que precisam de ser reconhecidas, sendo que a qualidade de sono da mulher não é apenas influenciada pela fisiologia, mas também por fatores sociológicos como questões socioeconómicas menos favoráveis e o papel na família (Barros, 2013). Num estudo com 177 idosos, realizado por Makhoul et al (2007), observou-se um risco quatro vezes superior de queixas de sono não restaurador nas mulheres e Bin Zhang (2006) afirma que a insónia é mais prevalente nas mulheres, argumentando através das mudanças hormonais no período pós-menopausa (Makhoul, Ayoub, & Abdel-Fattah, 2007; Zhang, Wing, & Psych, 2006).

A média de idade da amostra possui uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em estudo, sendo os residentes no domicílio mais novos com uma média de 73,70±6,52 anos e os institucionalizados com 82,97±8,17 anos. Pela análise dos resultados, foi possível verificar que, na instituição, a boa qualidade de sono predomina nos idosos mais novos, a má qualidade nas idades intermédias e os distúrbios de sono nos mais velhos, não se verificando o mesmo nos idosos que residem no seu domicílio, onde a boa qualidade prevalece nos mais velhos e o distúrbio nos mais novos.

A evolução observada no domicílio não vai ao encontro à bibliografia, que afirmam que com o avanço da idade ocorrem perdas na qualidade do sono, porém este facto pode ser justificado pelo motivo que, neste grupo apenas foram encontrados 3 indivíduos com resultado do PSQI indicativo de distúrbio de sono, tendo estes uma média de idades baixa de 69,67 anos (Muller & Guimarães, 2007). Por sua vez, na instituição, verifica-se que com o aumento da idade surge uma pior classificação da qualidade do sono, sendo que existem inúmeras causas potenciais de distúrbios de sono na terceira idade (Geib et al., 2003). Um dos distúrbios de sono com elevada frequência é a insónia que é particularmente importante após os 65 anos de idade, com uma prevalência entre 20 e 40%, em que o seu início é repentino e coincidente com situações de stresse psicológico, social ou médico, muito presentes nos idosos (Carrilho, 2004). Um estudo realizado por Mugeiro citado por Oliveira et al (2011), mostra que a frequência de insónia em idosos institucionalizados foi significativamente superior ao grupo de não institucionalizados.

Evidenciou-se que, apesar da diferença encontrada não ser estatisticamente significativa, a boa qualidade do sono é mais prevalente nos idosos com um tempo de institucionalização superior. Este parâmetro está de acordo com o estudo de Ceolim e Araújo (2010) que retrataram uma tendência para a pior avaliação da qualidade do sono em idosos com menos de 5 anos de institucionalização (Ceolim & Araújo, 2010). As pessoas idosas são sensíveis à

alteração das suas rotinas de vida, surgindo consequências sobre os ciclos biológicos, especialmente sobre o ciclo sono/vigília, apresentando dificuldades de adaptação inicial por se tratar de um ambiente estranho, por vezes barulhento, com outros horários e atividades (Carrilho, 2004; Ceolim & Araújo, 2010). No estudo de Makhoul et al (2007) observou-se que a permanência há menos de um ano na instituição representava um risco duas vezes e meia maior de queixas de sono não restaurador. O presente estudo não inclui residentes há menos de um ano, porém também não foram encontrados estudos que acompanhem o impacto da duração da institucionalização na qualidade do sono.

As principais lacunas do estudo prendem-se com a amostra reduzida e pela obtenção dos dados com base em questionário. O estudo foi apenas realizado numa instituição e em idosos do mesmo distrito, com estilos de vida e comportamentos sociais muito idênticos no que concerne à tranquilidade e qualidade de vida, podendo não ser extrapolado para a população em geral, salientando-se também o facto de existir uma diferença significativa entre as médias de idade dos dois grupos. Sugere-se a realização de mais estudos nesta área no sentido de esclarecer melhor quais os fatores que influenciam a qualidade de sono no meio institucional, propondo um alargamento da amostra e das zonas geográficas do estudo de modo a obter resultados mais concretos. Recomenda-se ainda a avaliação mais aprofundada das rotinas diárias e do tipo de atividades desenvolvidas nas instituições, avaliando o seu impacto no sono. O papel dos profissionais que compõem as equipas presentes nas instituições é essencial no desenvolvimento de intervenções voltadas para a melhoria da qualidade do sono dos idosos. Neste sentido, pede-se atenção para a minimização dos despertares noturnos, assim como para a importância de implementar atividades com movimento nas rotinas diárias dos residentes, à semelhança do que sucede nos residentes na comunidade.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos com a avaliação da qualidade do sono nos dois grupos através do PSQI, permitiram concluir que nos idosos institucionalizados há uma maior prevalência de sono de má qualidade e distúrbio quando comparada à do grupo dos idosos que residem no seu domicílio, enquanto a boa qualidade de sono está mais prevalente nos idosos residentes no próprio domicílio. Foi possível verificar também que os idosos institucionalizados possuem maior número de patologias e, consequentemente, maior administração de fármacos. Este grupo tem tendência a deitar-se mais cedo e a passar mais horas na cama, o que pode refletir a menor eficiência habitual do sono e, apesar de não ter sido obtida uma diferença estatisticamente significativa, foi possível constatar que é na instituição que há um maior número de despertares noturnos. Para a amostra geral, a pontuação indicativa de má qualidade de sono teve predominio no sexo feminino, verificando-se um impacto positivo das atividades com movimento nesta qualidade.

Hábitos de sono saudáveis são fundamentais em todas as fases da vida, não devendo nem podendo ser negligenciados em fases mais avançadas da idade, onde o seu prejuízo pode repercutir-se drasticamente no estado e qualidade de saúde individual. A desatenção a esta área pode desencadear uma espiral crescente de complexidade e agravamento de patologias, quer já existentes, quer no desenvolvimento de novas.

REFERÊNCIAS

- Araújo, C., Souza, L., & Faro, A. (2009). Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Eletrônica História Da Enfermagem*, 250–262.
- Barros, M. (2013). *Determinantes sociais da qualidade de sono dos idosos*. Universidade do Minho – Instituto de Ciências Sociais.
- Bertolazi, A. N., & Alegre, P. (2008). Tradução, Adaptação Cultural e Validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de sonolência de Epworth e Índice de qualidade.
- Buysse, D., Monk, T., Carrier, J., & Begley, A. (2005). Circadian Patterns of Sleep, Sleepiness, and Performance in Older and Younger Adults. *SLEEP*, 28(11), 1365–1376.
- Carneiro, R., Chay, F., Soares, C., Fialho, J., & Sacadura, M. (2012). *O envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa.
- Carrilho, M. J. (2004). Qualidade do Sono nos Idosos, (2007), 17–181.
- Ceolim, M. F., & Araújo, C. L. O. (2010). Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência *, 44(3), 619–626.
- Duque, A. S., Gruner, H., Clara, J. G., Ermida, J. G., & Verissimo, M. T. (2012). Avaliação Geriátrica. Retrieved January 17, 2016, from http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf.
- Estatística, I. Na. de. (2011). *Censos 2011: resultados definitivos - Portugal*.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Silva, A. O., Sá, R. C. D. N., & Moreira, M. A. S. P. (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF (Impresso)*, 15(3), 357–364. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300009>
- Geib, L. T. C., Cataldo Neto, A., Wainberg, R., & Nunes, M. L. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 25(3), 453–465. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000300007>
- Gooneratne, N., Weaver, T., Cater, J., Pack, F., Arner, H., Greenberg, A., & Pack, A. (2003). Functional Outcomes of Excessive Daytime Sleepiness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 642–649.
- Lini, E., Portella, M., & Doring, M. (2016). Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria*, 19(6), 1004–1014.
- Makhlof, M., Ayoub, A., & Abdel-Fattah, M. (2007). Insomnia symptoms and their correlates among the elderly in geriatric homes in Alexandria, Egypt. *Sleep Breath*, 187–194. <https://doi.org/10.1007/s11325-006-0097-3>
- Monteiro, N., Neri, A., & Ceolim, M. (2014). Insomnia symptoms, daytime naps and physical leisure activities in the elderly: FIBRA study Campinas. *Revista Da Escola de Enfer, Agem USP*, 48(2), 239–246. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000200007>
- Muller, M., & Guimarães, S. (2007). Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida, 24(4), 519–528.
- Pittsburgh sleep quality index (PSQI). (n.d.).
- Quinhones, M. S. (2011). Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos, 47(1), 31–42.
- Ribeiro, C., Silva, Y., & Oliveira, S. (2014). O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Revista Da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 55(68), 8–14.
- Roepke, S., & Ancoli-israel, S. (2010). Sleep disorders in the elderly. *Indian Journal Medical*, 131(February), 302–310.
- Ruberu, R. P., & Fitzgerald, S. P. (2012). Guidelines for Chronic Diseases — Understanding and Managing Their. *CGM*, 28(2), 187–198. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.003>
- Sargento, D. (2011). Factores de risco cardiovasculares e a sua prevenção no doente idoso. *Revista Factores de Risco*, 22, 70–75.
- Unfpa, F. D. P. D. N. U., & HelpAge, I. (2012). Envelhecimento no Século XXI : Celebração e Desafio. *Fundo de População Das Nações Unidas (UNFPA), Nova York e HelpAge International, Londres*, 8.

Zhang, B., Wing, Y., & Psych, F. (2006). Sex Differences in Insomnia : A Meta-Analysis. *SLEEP*, 29(1), 85–93.

Zisberg, A., Gur-yaish, N., & Shochat, T. (2010). Contribution of Routine to Sleep Quality in Community Elderly. *SLEEP*, 33(4), 509–514.

