

DURAÇÃO DO SONO E SUAS RELAÇÕES EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Lucas Amadeus Porpino Sales (1) Patrícia Vidal de Negreiros Nóbrega (2); John Fontenele Araújo
(3)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

lucas.amadeusporpino@gmail.com (1); patriciavn@gmail.com (2); johnfontenelearaujo@gmail.com (3)

Introdução.

A idade e a existência de comorbidades associadas podem ser fatores que interferem diretamente no ciclo sono vigília de idosos, inclusive, nas quantidades de horas de sono noturno (Watson, 2015). Devido a maior prevalência de distúrbios do sono e de comorbidades outras em idosos institucionalizados (Gordon 2010), o estudo dessa população específica torna-se bastante importante para o entendimento dos fatores que interferem na quantidade do sono na população geriátrica, em especial os fatores mais gerais ligadas a condição de saúde, idade e sexo (Leon, 2013). Sexo feminino e elevada idade e existência de comorbidades associadas são considerados fatores que na literatura tem uma relação aumentada com diminuição da quantidade de horas de sono noturno e uma aumento da sonolência diurna com repercussões sobre a qualidade de vida e saúde de idosos (Yoon, 2015). O presente estudo teve por objetivo avaliar a relação entre duração do sono noturno e determinantes gerais de saúde em idosos institucionalizados.

Metodologia

O presente estudo é do tipo analítico e transversal, desenvolvido entre setembro e dezembro de 2014, com a devida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo nº 834.782 CEP/UFRN). A população foi composta por idosos residentes (N=809) em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) nas duas principais Macrorregiões Assistenciais de Saúde do Estado da Paraíba/PB, alocados em quinze ILPI e oito municípios (Santa Rita, Cabedelo, Bayeux, João Pessoa, Guarabira, Solânea, Belém e Campina Grande). A partir do cálculo amostral foi encontrada uma amostra de 132 sujeitos, distribuída proporcionalmente em cada instituição, e alocada de forma probabilística casual simples. Os critérios de inclusão foram possuir idade igual ou superior a 60 anos; não apresentar distúrbio cognitivo, de acordo com Mini Exame do Estado Mental (MEEM), a partir do ponto de corte maior ou igual a 17 pontos; não apresentar qualquer situação clínica e funcional que impossibilitasse responder coerentemente aos instrumentos de coleta de dados e efetuar testes específicos. E foram excluídos do estudo os idosos que desistiram da pesquisa durante a coleta dos dados, apresentaram alguma condição clínica desfavorável à continuidade do estudo, ou não conseguiram responder a quesitos indispensáveis do questionário. As medidas utilizadas foram: 1) *Aspectos relacionadas à saúde geral* (idade, sexo, auto- percepção de saúde e uso de medicamentos em uso contínuo - psicotrópicos e hipnóticos) e *neuropsiquiátrica* (função cognitiva avaliada através do MEEM, cujo escore varia de zero, maior grau de comprometimento cognitivo, até trinta pontos, melhor capacidade cognitiva; depressão avaliada através da Escala de Depressão Geriátrica, versão curta (GDS-15), com quinze itens e ponto de corte 5/6. 3) *Qualidade de sono* (através do

Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh - IQSP, onde valores superiores a cinco indicam sono de má qualidade e inferiores a cinco, sono de boa qualidade); 4) Sonolência diurna excessiva-SDE (através da Escala de Sonolência Diurna de Epworth, escores totais acima de dez sugerem SDE e acima de quinze, sonolência diurna grave ou patológica). Os idosos foram divididos em três grupos, de acordo com a duração do sono noturno auto-referida: grupo referência (6 - 8 horas), grupo pequeno dormidor (tempo total de sono \leq 5 horas) e grupo grande dormidor (tempo total de sono \geq 9 horas). A análise dos dados foi realizada pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0. Para a estatística descritiva foram utilizadas medidas de distribuição e para as análises de bivariadas foram aplicados teste *t* de Student e teste Qui Quadrado. Na comparação dos aspectos de saúde geral e neuropsiquiátrica, qualidade do sono e sonolência diurna excessiva em relação aos grupos de dormidores (referência, pequeno e grande) foi utilizada ANOVA One-way. Em toda análise foi considerado um intervalo de confiança (IC) de 95% e um $p < 0,05$.

Resultados.

A amostra do presente estudo foi composta por 132 idosos (87 mulheres e 45 homens), com média de idade de 78,90 ($\pm 7,49$) anos. A pontuação global média do IQSP foi de 7,71 ($\pm 4,38$) pontos e da SDE de 8,65 ($\pm 6,45$) pontos. Para a classificação da duração do sono noturno, 45,8% ($n=60$) dos idosos apresentaram 6-8horas/noite, 25,2% ($n=33$) dos idosos \leq 5 horas/noite e 29,0% ($n=39$) \geq 9 horas/noite. A tabela (Tabela 1) abaixo apresenta as principais relações entre duração do sono noturno e determinantes gerais de saúde. Em geral, idosos considerados pequenos dormidores apresentaram má percepção de saúde (42,4%), qualidade de sono ruim (100%), sintomatologia depressiva ($7,03 \pm 4,01$), quando comparados aos outros grupos. Para os idosos considerados grandes dormidores, os destaques foram para maior prevalência de mulheres (82,1%), sonolência diurna excessiva (34,2%) e patológica (18,4%), e pior avaliação da função cognitiva ($20,23 \pm 2,63$), em detrimento aos outros grupos.

Tabela 1. Duração do sono noturno e suas relações. Paraíba (2014).

VARIÁVEIS	GRUPOS DURAÇÃO DO SONO				P
	REFERENCIA (6-8horas) (n=60)	PEQUENO (≤ 5horas) (n=33)	GRANDE (≥ 9 horas) (n=39)	TOTAL (n=132)	
IDADE^a	79,08 (±7,96)	79,06(±5,68)	78,48(±8,22)	78,90(±7,49)	0,920
SEXO					0,039
Masculino	40,0%	42,4%	17,9%	34,1%(45)	
Feminino	60,0%	57,6%	82,1%	65,9%(87)	
SAUDE PERCEBIDA					0,132
Satisfatória	81,7%	57,6%	74,4%	73,5%(97)	
Insatisfatória	18,3%	42,4%	25,6%	26,5%(35)	
QUALIDADE DO SONO					<0,001
Boa (0-4)	26,7%	0,0%	41,0%	24,2%(32)	
Má (≥ 5)	73,3%	100,0%	59,0%	75,8%(100)	
SONOLÊNCIA DIURNA					0,047
Ausência (<10)	75,0%	57,6%	47,4%	62,6%(82)	
Sonolência diurna (≥ 10)	15,0%	27,3%	34,2%	23,7%(31)	
Sonolência patológica (>15)	10,0%	15,2%	18,4%	13,7%(18)	
USO MEDICAMENTOS					0,907
Não	51,7%	31,2%	46,2%	45,0%(59)	
Psicotrópico	11,7%	40,6%	28,2%	23,7%(31)	
Hipnótico	18,3%	15,6%	7,7%	14,5%(19)	
Ambos	18,3%	12,5%	17,9%	16,8%(22)	
MEEM^a	22,43(±3,85)	21,42(±3,48)	20,23(±2,63)	21,53(±3,54)	0,009
GDS^a	4,85(±2,48)	7,03(4,01)	5,82(±3,03)	5,68(±3,18)	0,006

*Nota: Anova Oneway; ^aExpressas em média e desvio padrão.

Discussão.

Na relação entre auto- percepção de saúde e duração de sono analisada com a quantidade de horas dormidas, 42,4% dos idosos pequenos dormidores apresentaram percepção insatisfatória de saúde. Esta relação vem sendo considerada a causa do aumento da morbidade e de prevalência de determinadas doenças e agravos, uma vez que seus mecanismos fisiopatológicos prejudicam a regulação o ciclo sono-vigília (Strollo, 2012). A American Academy of Sleep Medicine considera a curta duração do sono um fator de risco para várias condições médicas, doenças coronarianas, ateroscleróticas e insuficiência cardíaca, com o aumento do risco de obesidade, resistência à insulina e neoplasias malignas, as quais podem apresentar correlação direta com a má percepção de saúde, além de possui relação direta com o avanço da idade (Strollo, 2012). Também foi observado no presente estudo que os idosos pequenos dormidores possuíram pior pontuação para depressão (GDS), quando comparados aos outros grupos. Conforme a literatura, sintomas depressivos apresentam importante relação não apenas com o total de horas dormidas, como também com a

percepção de saúde da população idosa, condizendo com os dados apresentados (Twooroger,2006). Um terceiro achado deste estudo foi que tanto os idosos com maior duração de sono, como aqueles com menor, pontuaram menores escores para a função cognitiva (MEEM), em relação ao grupo referência. Diversos são os transtornos que se mostram relacionados com as alterações da duração de sono, dentre estes encontram-se transtornos neurológicos de base, variados agravos psiquiátricos, tabagismo e doenças primárias do sono e que interferem diretamente na função cognitiva (Yoon, 2015). O quarto achado foi o de presença de sonolência diurna entre os pequenos e os grandes dormidores. Sonolência diurna e insônia são características finais dos mais variados tipos de transtornos do sono, bem como sonolência diurna e maior duração do sono noturno estão associados com os efeitos colaterais de algumas medicações, como, por exemplo, os benzodiazepínicos. Destaca-se o quinto achado: 100% dos idosos com curta duração do sono relataram má qualidade do sono, o que condiz com o fato de que a diminuição das horas de sono, pode resultar em sintomatologias comportamentais típicas de insônia como irritabilidade, e presença de sonolência diurna excessiva, repercutindo diretamente na qualidade de vida do indivíduo e na auto-percepção de qualidade do sono (Savinton, 2012). Por fim, a maioria das mulheres foram caracterizadas por duração do sono maior ou igual a 9 horas/noite, contrariando estudos anteriores que demonstravam uma maior tendência das mulheres de diversas idades serem enquadrada no grupo de pequenas dormidoras (Yoon, 2015).

Conclusões.

O presente estudo verificou relações entre duração de sono noturno e determinantes gerais de saúde em idosos institucionalizados. Foram observadas relações entre má percepção de saúde, qualidade de sono ruim, sonolência diurna excessiva, sintomatologia depressiva e alteração da função cognitiva em idosos considerados pequenos e/ou grande dormidores. Neste sentido, sugere-se que ambas as condições, de curta e de longa duração, devam ser considerados na avaliação de saúde nessa população. Futuros estudos são necessários para comprovar, detalhar e explorar mais estas relações observadas nesse trabalho.

Referências Bibliográficas.

1. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.
2. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH et al. Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatr Res* 1989; 28:193-213.
3. Johns, M. W. 1991. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14, 540-545.
4. Sheikh, J. I. & Yesavage, J. A. 1986. Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-172.
5. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, Dinges DF, Gangwisch J, Grandner MA, Kushida C, Malhotra RK, Martin JL, Patel SR, Quan SF, Tasali E. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *J Clin Sleep Med* 2015;11(6):591–592.
6. Yoon H-S, Yang JJ, Song M, Lee H-W, Han S, Lee S-A, et al. (2015) Correlates of Self-Reported Sleep Duration in Middle-Aged and Elderly Koreans: from the Health Examinees Study. *PLoS ONE* 10(5): e0123510. doi:10.1371/journal.pone.012351

7. Tworoger SS, Lee S, Schernhammer ES and Grodstein F (2006). The association of self-reported sleep duration, difficulty sleeping, and snoring with cognitive function in older women. *Alz Dis Assoc Disord*; 20: 41-48. Luyster FS
8. LEON, J.B; LOUIS E.D; PAREJA, F.B. Cognitive decline in short and long sleepers: A prospective population-based study (NEDICES). *Journal of Psychiatry Research*, volume 47, 2013 issue 12, p. 1998-2003.
9. Strollo PJ; Zee PC; Walsh JK. Sleep: a health imperative. *SLEEP* 2012;35(6):727-734.
10. SANVINTO, W.L. Sono e seus transtornos- do diagnóstico ao tratamento. Atheneu, Série Neurologia – Diagnóstico e Tratamento, São Paulo, 2012.
11. GORDON A.L, GLADMAN JRF. Sleep in care homes. *Review in clinical gerontology* 2010; 20 (4): 309 -316.

