



Universidade Católica de Santos

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS
ATENDIDOS NOS SUB-SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO NO
MUNICÍPIO DE PATOS, PB**

ELAINY MARIA DIAS DE MEDEIROS FRANÇA

SANTOS

2014

ELAINY MARIA DIAS DE MEDEIROS FRANÇA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS
ATENDIDOS NOS SUB-SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO NO
MUNICÍPIO DE PATOS, PB**

Trabalho apresentado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em saúde coletiva.

Área de Concentração: Ambiente e Saúde.

**Orientador: Profa. Dra. Lourdes Conceição
Martins**

SANTOS

2014

F814a França, Elainy Maria de Medeiros

Avaliação da qualidade do sono de idosos nos sub-sistemas público e privado no município de Patos-PB. / Elainy Maria de Medeiros França ; orientador Prof^a. D^a Lourdes Conceição Martins. – Santos : [s.n.], 2014.

102 f. ; (Dissertação de Mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Idosos. 2. Estudo transversal. 3. Qualidade do sono. I. Martins, Lourdes Conceição. II. Universidade Católica de Santos. III. Avaliação da qualidade do sono de idosos nos sub-sistemas público e privado no município de Patos-PB.

ELAINY MARIA DIAS DE MEDEIROS FRANÇA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS
ATENDIDOS NOS SUB-SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO NO
MUNICÍPIO DE PATOS, PB**

Aprovado em: _____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lourdes Conceição Martins

Presidente da Banca

Prof. Dr. Fernando Luiz Affonso Fonseca

Membro Externo

Prof. Dr. Alféio Luís Ferreira Braga

Membro Interno

DEDICATÓRIA

À minha família, meu porto
seguro

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por ter me permitido chegar até aqui. Obrigada Senhor por todas as bênçãos.

Ao meu pai Anastácio Florentino de Medeiros (*in memoriam*) pelo amor ensinamentos durante seu curto tempo de vida.

A minha mãe pela fortaleza, dedicação, companheirismo, pelo amor incondicional de mãe e avó. E por estar presente e a postos sempre em minha vida. Muito obrigada por tudo.

Ao meu esposo Klauber Marques de França pelo cuidado, amor e companheirismo em todos os momentos.

Aos meus amados filhos Anne Luíze, Davi e Lucas pelo amor, carinho e pela capacidade de compreender muitas vezes a minha impaciência e ausência em muitos momentos. Vocês são maravilhosos! O melhor de todos os presentes. Com certeza sou muito agraciada

A minha orientadora Dr^a Lourdes Conceição Martins pela paciência ensinamentos, companheirismo, amizade e por ter acreditado que daria certo

Aos professores Dr. Alfésio Luís Ferreira Braga e Dr. Fernando Fonseca pela preciosa contribuição

A toda a equipe de professores e funcionários que fazem a UNISANTOS, pelo compromisso e atenção. PARABÉNS

Aos idosos que de uma forma muito calorosa aceitaram participar deste estudo

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização de mais um projeto em minha vidas.

A agradável cidade de Santos que nos faz sentir vontade de voltar e reviver os bons momentos...

A TODOS MUITO OBRIGADA

*Quão belo é para a velhice o saber julgar, e
para os anciãos o saber aconselhar! Quão
bela é a sabedoria nas pessoas de idade
avançada, e a inteligência com a prudência
nas pessoas honradas! A experiência
consumada é a coroa dos anciãos, o temor
a Deus é a sua glória.*

Eclesiástico 25, 6 - 8

RESUMO

Introdução: O sono é um dos principais responsáveis pela homeostasia e restauração do organismo. Dormir bem concede as pessoas um bom desempenho em suas atividades diárias. Envelhecer repercute em alterações na qualidade e quantidade do sono. E nesta fase são freqüentes as queixas dos distúrbios do sono. A qualidade de vida, a saúde e a longevidade podem depender de boas noites de sono, porque nesse período as proteínas são sintetizadas com o objetivo de manter ou expandir as redes neuronais ligadas à memória e ao aprendizado. **Objetivo:** Avaliar a qualidade do sono de idosos atendidos nos sub-sistemas público e privado no município de Patos-PB. **Metodologia:** Estudo transversal realizado com 236 idosos entre 2013 e 2014. A amostra probabilística foi dividida em dois grupos de acordo com o setor de saúde utilizado para atendimento pareados por sexo e idade: 118 idosos no serviço privado e 118 idosos no setor público. O instrumento de coleta inclui dados biodemográficos e questionários validados e auto aplicados que avaliam a qualidade do sono (índice de Pittsburg), a capacidade funcional (Índice de Barthel) e o estado mental dos idosos (MEEM Exame do Estado Mental). Foi realizada a análise descritiva, e os testes de Qui-quadrado e teste U de Mann-Whitney. O nível de significância foi de 5%. **Resultados:** A idade média dos idosos atendidos pelo setor privado é de 71,1 anos e dos idosos atendidos pelo setor público é de 72,3 anos, mostrando homogeneidade em relação à idade. Diferiam em relação a renda e escolaridade(maiores no setor privado). O anti-hipertensivo foi o medicamento mais utilizado em ambos os grupos, especialmente no setor privado 84% e 64,2% no público. A hipertensão e a depressão foi relatada por 84,9% e 25,2% respectivamente dos usuários do setor privado. Destes 40,8% possuíam cuidador, e mais de 30,6% dos cuidadores eram remunerados. Os idosos atendidos no setor privado relataram uma pior qualidade de sono (81,7%) que os do setor público (65%). Em relação a independência funcional, os grupos em sua maioria apresentaram-se independentes para as AVDs. Não houve relação significativa entre a má qualidade do sono e sua interferência nas atividades de vida diária do idoso. Observou-se uma associação entre o acesso ao serviço privado e um maior número de comorbidades, o que pode estar relacionado a maior facilidade de assistência médica especializada e de forma mais precoce neste grupo. **Conclusão:** A qualidade do sono constitui-se em um importante fator para a saúde e o bem estar geral dos idosos Os achados deste estudo podem subsidiar os profissionais na implementação de medidas para melhorar o sono do idoso e promover uma melhor qualidade de vida para esse indivíduos.

Palavras-chave: Idoso, qualidade do sono, subsistema público e privado

ABSTRACT

Introduction: Sleep is one of the main responsible for homeostasis and restoration of the organism. A good night's sleep gives people a good performance in their daily activities. Ageing affects in changes in the quality and quantity of sleep. And at this stage are frequent complaints of sleep disorders. The quality of life, health and longevity may depend on good nights of sleep, because during this period the proteins are synthesized in order to maintain or expand neural networks linked to memory and learning.

Objective: Evaluate the elderly's sleep quality in public and private subsystems in the city of Patos-PB.

Methodology: cross-sectional study conducted with 236 elderly between 2013 and 2014. The probabilistic sample was divided into two groups according to the healthcare used to supply matched by sex and age: 118 elderly in private service and 118 elderly in the public sector. The instrument includes biodemographic data collection, validated questionnaires and auto applied assessing sleep quality index (Pittsburgh), the functional capacity (Barthel index) and the mental state of the elderly (MEEM Mental State examination). Descriptive analysis was performed, and Chi-square tests and Mann-Whitney U test. The significance level was 5%.

Results: The age average of the elderly by the private sector is 71.1 years and the elderly by the public sector is 72.3 years, showing homogeneity regarding age. Differed in relation to income and education (largest in the private sector). The most widely used antihypertensive medication was in both groups, especially in the private sector (84%) and the public (64.2%). Hypertension and depression was reported by 84.9% and 25.2% respectively of private sector users. These 40.8% had caregiver, and more than 30.6% of the caregivers were remunerated. The elderly in the private sector reported a poorer quality of sleep (81.7%) than those of the public sector (65%). With regard to functional independence, the groups mostly independent presented to the AVDS. There was no significant relationship between poor sleep quality and its interference in the activities of daily living of the elderly. It was observed an association between access to private service and a greater number of comorbidities, which may be related to greater ease of specialist medical assistance and earlier in this group.

Conclusion: Sleep quality is an important factor for health and general well-being of the elderly the findings of this study can provide the professionals in the implementation of measures to improve the sleep of elderly and promote a better quality of life for these individuals.

Keywords: Elderly, sleep quality, public and private subsystem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1. POPULAÇÃO DE 80 ANOS OU MAIS DE IDADE POR SEXO, BRASIL.....	22
FIGURA 2 CICLO DO SONO.....	33
FIGURA 3 – HISTOGRAMA DO SONO.....	34
FIGURA 4 – MAPA DA PARAÍBA.....	46
TABELA 1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS BIODEMOGRÁFICOS POR GRUPO DE ESTUDO.....	72
TABELA 2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS PRINCIPAIS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS IDOSOS ESTRATIFICADO POR GRUPO DE ESTUDO.....	73
TABELA 3 ANÁLISE DESCRITIVA SOBRE CUIDADOR POR GRUPO DE ESTUDO.....	76
TABELA 4 ANÁLISE DESCRITIVA DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE POR GRUPO DE ESTUDO.....	77
TABELA 5 ANÁLISE DESCRITIVA PARA CADA UM DOS DOMÍNIOS E ESCORE TOTAL DO QUESTIONÁRIO PITTSBURGH POR GRUPO DE ESTUDO.....	79
TABELA 6 CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO PELO PSQI	80
TABELA 7 CLASSIFICAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO PELO PSQI	81
TABELA 8 ANÁLISE DESCRITIVA PARA O ÍNDICE DE BARTEL POR GRUPO DE ESTUDO.....	81
TABELA 9 ANÁLISE DESCRITIVA PARA CADA DOMÍNIO DO ÍNDICE DE BARTEL POR GRUPO DE ESTUDO	82
TABELA 10 ANÁLISE DESCRITIVA PARA AS CATEGORIAS DO ÍNDICE DE BARTEL POR GRUPO DE ESTUDO	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
EEG	Eletroencefalograma
EMG	Eletromiograma
EOG	Eletrooculograma
FIP	Faculdades Integradas de Patos
IB	Índice de Barthel
IBGE	Instituto Brasileiro Geografia Estatística
MEEM	Mine Exame do Estado Mental
NREM	Sem Movimentos Oculares Rápidos
NSQ	Núcleo Supraquiasmático
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PSG	Polissonografia
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
REM	Movimentos Oculares Rápidos
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SED	Sonolência Excessiva Diurna
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLMS	Teste de Manutenção da Vigília e Actigrafia
TS	Transtorno do Sono

1. Sumário

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Envelhecimento Humano	18
1.1.1. Envelhecimento no Brasil	20
1.2. Considerações Acerca do Sono	23
1.1.2. Função do Sono	27
1.1.3. Fisiologia do Sono e Ritmo Circadiano	28
1.1.4. Arquitetura do Sono	32
1.1.5. Fatores que Interferem na Qualidade do Sono no Idoso	34
1.1.6. Distúrbios do Sono	36
1.1.7. O sono do Idoso	40
1.1.8. Higiene do Sono	45
1.3. O Município de Patos	46
1.4. Justificativa	49
2. OBJETIVOS	51
2.1. Objetivo Principal	51
2.2. Objetivos Específicos	51
3. METODOLOGIA	53
3.1. Procedimento Ético	53
3.2. Caracterização do Estudo	53
3.3. Universo e Amostra de Estudos	53
3.4. Coleta de Dados	55
3.5. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)	56
3.6. Índice Qualidade do sono de Pittsburgh Modificado (PSQI)	57
3.7. Índice De Barthel Modificado	64
3.8. Análise e Estatística	68
4. RESULTADOS	71
5. DISCUSSÕES	85
5.1. Perfil sócio demográfico da amostra	87
5.2. Principais medicamentos utilizados	90
5.3. Principais problemas de saúde	91
5.4. Cuidador de idosos	93

5.5.	Avaliação da qualidade do sono e seus componentes	95
5.6.	Classificação da qualidade do sono pelo PSQI.....	98
5.7.	Índice de Barthel	99
6.	CONCLUSÃO.....	103
7.	REFERÊNCIAS	105

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011), a população brasileira é de 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 51%, o equivalente a 97 milhões, são mulheres e 49%, o equivalente a 93 milhões, são homens. O contingente de pessoas idosas, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos a mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8 % da população total. Desses, 55,5 % (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens.

O desafio demográfico brasileiro, assim como da maior parte dos países de média e baixa renda, envolve três questões principais: a manutenção do crescimento econômico mesmo com o crescimento relativo da população inativa, a sustentabilidade fiscal e a provisão adequada de serviços essenciais, em especial a assistência à saúde (FELIX, 2007; BANCO MUNDIAL, 2011).

O processo de envelhecimento da população brasileira tem se dado de forma bastante acelerada, ocasionada pela forte redução das taxas de fecundidade e pela queda da mortalidade de idosos com conseqüente aumento da expectativa de vida ao nascer, responsável pelo grande aumento do contingente de idosos no país (FORMIGA et al., 2013).

No Brasil, a cada ano, 650 mil idosos são incorporados a esta população, aumentando a possibilidade de desenvolver incapacidades associadas ao envelhecimento. As incapacidades comprometem a independência do idoso, impedindo o seu próprio cuidado e, como conseqüência, aumento da carga de cuidados para a família e também para o sistema de atenção à saúde (VERAS, 2009).

A garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade para a população idosa apresenta-se como novo desafio para o planejamento da atenção à saúde. O conhecimento das necessidades da terceira idade, principalmente na comunidade, assim como dos fatores que determinam o uso de serviços de saúde e as condições sociais são importantes para subsidiar o planejamento da atenção à saúde a essa faixa etária (MATOS, 2007).

Calcula-se que até 2025, 15% da população total seja de idosos. No entanto, os cuidados específicos com relação a esta população caracterizam-se ainda como precários no que se refere à saúde pública, pois o aumento da população idosa traduz-se em maior número de doenças degenerativas, crônicas do sistema cardiocirculatório, respiratório, neuropsiquiátrico, digestivo e ósteo-articular (IBGE, 2010).

O aumento da população idosa tem revelado um maior número de problemas de longa duração, seja para o indivíduo, seja para a sociedade. Dentre eles, destacam-se as alterações do padrão do sono habitual (OLIVEIRA et al., 2012). A mortalidade devido a causas comuns em idosos, como doença cardiovascular, acidente vascular encefálico e câncer, por exemplo, é cerca de duas vezes maior em pessoas com distúrbios do sono do que naqueles com sono de boa qualidade (ALESSI, et al., 2005).

O envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, isto é, se dá de maneira diferente entre as pessoas (SANTOS et al., 2010). Além disso, pode trazer alterações no padrão de sono habitual, as quais se destacam entre as queixas mais comuns dos idosos (COSTA, CEOLIM, NERI, 2011).

Estas alterações no padrão do sono associados ao envelhecimento podem corresponder às perturbações do sono ou a prejuízos de sua qualidade.

Dentre elas ressaltam-se: redução quantitativa dos estágios de sono profundo; redução do limiar para o despertar devido a ruídos, associado ao aumento quantitativo de sono superficial; maior latência para o início do sono; aumento dos cochilos durante o dia; redução da duração total do sono noturno; maior número de transições de um estágio para outro e para a vigília; maior frequência de distúrbios respiratórios durante o sono (COSTA,CEOLIM,NERI, 2011).

O sono de má qualidade e os distúrbios do sono tem particular relevância entre os idosos, pois além de muito frequentes, podem causar prejuízos ao cotidiano e à saúde como maior incidência de acidente vascular encefálico (AVE), doenças cardiovasculares, câncer, além de dificuldade de manter um bom relacionamento familiar e social, aumento da incidência de dor, capacidade reduzida de realizar atividades diárias e aumento da utilização de serviços de saúde em geral (ALESSI et al.; 2005).

Várias funções são atribuídas ao sono, como: recuperação pelo organismo de um possível débito energético estabelecido durante a vigília, manutenção da homeostase, dos neurotransmissores envolvidos no ciclo vigília-sono, consolidação da memória, termorregulação entre outras (SMITH et al., 2008).

As consequências clínicas dos problemas do sono em idosos podem resultar dentre outras implicações, diretamente nas atividades de vida diária (AVDS), havendo associação direta entre noites de sono e o desempenho funcional diurno (PEREIRA; CEOLIM, 2011).

Diante do exposto, torna-se pertinente a realização deste estudo sobre o sono em idosos visto que, este grupo configura-se num estrato emergente da

população mundial que mediante informação de vários estudos são frequentes as queixas relativas ao sono, e tendem a aparecer com maior prevalência na terceira idade. Assim sendo, merecem ser avaliadas e abordadas como problemas, sejam decorrentes do envelhecimento natural do indivíduo ou marcados por doenças clínicas ou de ordem psiquiátrica, além disso, ressalta-se a associação entre sono de má qualidade e sobrevida (ARAÚJO, 2008; ALESSI, 2005).

1.1. Envelhecimento Humano

Envelhecer conforme a descrição de Ciosak e colaboradores (2011) é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade, e sucede a despeito de o indivíduo gozar de boa saúde e ter um estilo de vida ativo e saudável. No ser humano, esse fenômeno progressivo, além de desencadear o desgaste orgânico, provoca alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais, que contribuem para que se instale em diferentes idades cronológicas. Contudo, é importante ressaltar que esse processo acontece de modo diferente para cada indivíduo. Sendo assim, é necessário que os profissionais da saúde tenham uma visão holística do idoso (OLIVEIRA et al., 2012).

Os conceitos de velhice e envelhecimento estão em constante atualização, o que torna pertinente a sua fundamentação, de acordo com a perspectiva de alguns autores. Segundo CARDÃO (2009):

“A velhice é uma etapa da vida marcada pela longevidade (...). Envelhecer não é ser velho, é ir sendo mais velho dentro de um processo

complexo de desenvolvimento entre o nascimento e a morte (...). Ser velho implica, nesta perspectiva, a passagem do tempo e a quantidade dos anos que se vive.”

Enquanto Prado e Sayd (2006), definem a velhice em termos mais amplos como ”a última fase do ciclo vital (...) delimitada por (...) perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e especialização cognitiva”.

As pessoas apresentam formas diferentes de envelhecer, nesse sentido importa conhecer os três componentes principais do processo de envelhecimento: a “idade biológica”, a “idade social” e a “idade psicológica”, que podem divergir bastante da idade cronológica. No intuito de elucidar a classificação acima descrita, no entender de Cancela (2008), a “idade biológica” diz respeito ao envelhecimento do organismo, uma vez que cada órgão vai sofrendo alterações, também diminui o seu funcionamento tornando-se menos eficaz; por sua vez, “a idade social” de um indivíduo, está ligada aos estatutos e hábitos da pessoa na sociedade, sendo esta idade também determinada pela cultura e histórias de vida; e por último, a “idade psicológica” concerne às competências comportamentais que a pessoa revela, tais como a inteligência, a memória e a motivação, adquiridas ao longo da vida.

O envelhecimento é, hoje, uma realidade na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, tornando-se temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, mobilizando pesquisadores e promotores de políticas sociais na discussão do desafio que a longevidade humana apresenta para as sociedades (CARVALHO, 2008).

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno novo, com destaque para o considerável aumento da população com 70 anos ou mais ao qual mesmo os países desenvolvidos ainda estão em fase de adaptação. O que no passado era uma marca de alguns poucos países passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo (ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

Conforme Nicodemo e Godoi (2010) “existem no mundo cerca de 302 milhões de mulheres e 247 milhões de homens com 60 anos de idade ou mais”, deixando evidente que está ocorrendo uma predominância das mulheres, fenômeno que vem sendo chamado de “feminização da velhice”. Em média, as mulheres vivem cerca de 7 anos a mais que os homens.

Um fato que pode explicar essa longevidade é que geralmente as mulheres se casam com homens mais velhos do que ela. Ocorre também que a mortalidade masculina é maior que a feminina; diminuíram as mortes maternas; as mulheres têm proteção hormonal do estrogênio; se arriscam menos no trânsito e no trabalho; consomem menos tabaco e álcool, e possuem postura diferente em referência à saúde (SALGADO, 2002; NICODEMO, GODOI, 2010).

1.1.1. Envelhecimento no Brasil

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 (SANTOS, PAVARINI,

BRITO, 2010). Corroborando com essa informação, Veras, (2007) aponta a pobreza como sendo uma característica marcante na população idosa brasileira, pois seus principais rendimentos provenientes de aposentadorias e pensões são quase que insuficientes para suprir todas as necessidades que um idoso apresenta com todas as afecções patológicas crônicas que a senectude lhe confere.

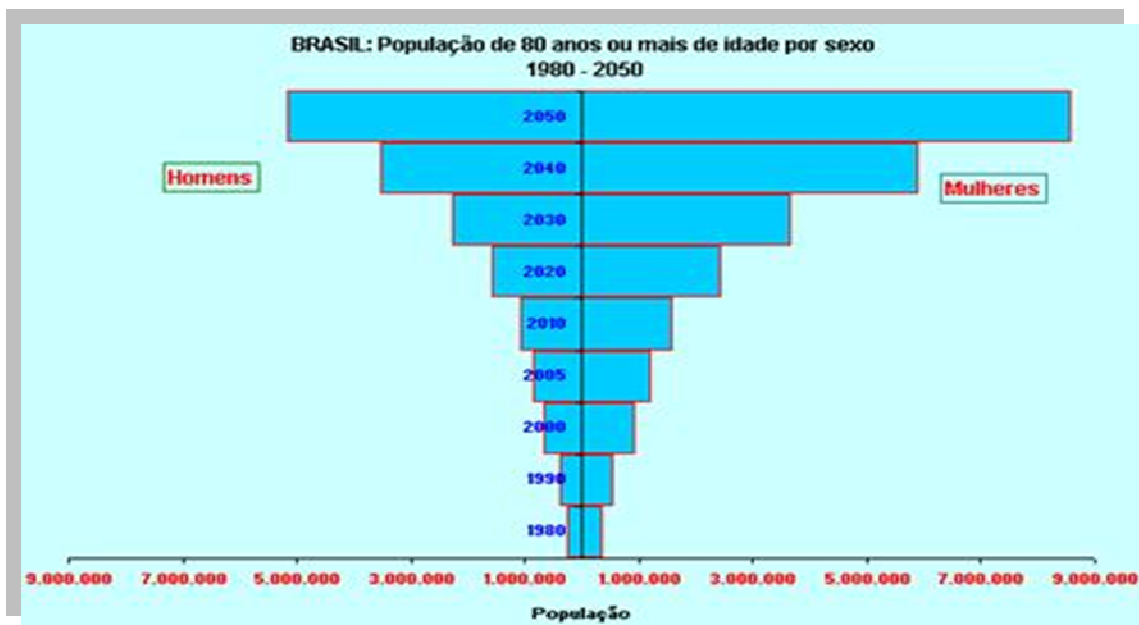
Para Chaimowicz apud Agra et al. (2012) a população brasileira vem sofrendo um processo de envelhecimento desde a década de 1960, momento em que, coincide com a queda das taxas de fecundidade em regiões mais desenvolvidas do Brasil propiciando modificações na estrutura etária do país. Já na década de 1970, as PNADS (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) mostram que tal fenômeno estava acontecendo em todo o país atingindo todas as classes sociais e urbanas, conforme pode ser identificado ao longo da sequência de pirâmides etárias de 1950 até 2050 (FREITAS et al., 2013).

Durante o processo de industrialização no Brasil, a população era composta por um grande percentual de crianças e jovens, demonstrado por uma base larga da pirâmide etária. Porém, entre a década de 1970 e 2010 esta pirâmide etária sofreu um estreitamento em função dos avanços da medicina e do nível de instrução da população, acarretando uma redução da taxa de mortalidade e natalidade (SANTOS, 2008).

Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos

tempos, 12,8% da população idosa e 1,1% da população total. A figura 1 mostra a projeção de crescimento dessa população em um período de 70 anos, permitindo estimar o impacto dessas modificações demográficas e epidemiológicas.

FIGURA 1. População de 80 anos ou mais de idade por sexo, Brasil



Fonte: IBGE: 2010

Dados divulgados pela Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (Pnad, 2011) mostram que na Paraíba, a população com 60 anos ou mais aumentou 12,2%, em dois anos (entre 2009 e 2011), passando de 432 mil (11,4% do total de paraibanos) para 502 mil (13,1%). O estado agora ocupa o 3º lugar no ranking nordestino. O recenseamento mostrou que a população total do estado é de 3.766.528 habitantes.

A consequência deste fato foi à inversão da pirâmide etária, o IBGE verificou que a esperança de vida ao nascer no Brasil em 2011 era de 74,08 anos. É possível identificar um novo perfil das famílias brasileiras, uma vez

que, diversos fenômenos ocorreram ao longo das últimas décadas, como por exemplo, a inserção das mulheres no mercado de trabalho e o surgimento de novos arranjos familiares, sendo uma delas famílias com número pequeno de indivíduos (IBGE, 2010).

Como refere Nunes (2008), envelhecer de forma saudável implica a conservação de um elevado grau de funcionalidade e autonomia que permita excluir a total dependência de terceiros. Por sua vez, a manutenção da capacidade funcional para o idoso não depende apenas do processo de envelhecimento, mas também do acumular de doenças e pequenas dificuldades funcionais, como a diminuição da audição e da visão, que podem incapacitar a pessoa idosa, por isso, cada vez mais, as instituições devem dar respostas adequadas de modo a facilitar a mobilidade do idoso de forma autônoma e independente.

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos (BRASIL,2009). Além disso, a presença de três ou mais comorbidades relaciona-se com declínio funcional, depressão, uso de medicamentos, redução da participação social, pior qualidade de vida, altos custos dos serviços de saúde e altos níveis de mortalidade (MARENGONI et al., 2011).

1.2. Considerações Acerca do Sono

Cientificamente o sono é definido como um conjunto de alterações comportamentais e fisiológicas que ocorrem de forma conjunta e em associação com atividades elétricas cerebrais características. É um estado comportamental complexo no qual existe uma postura relaxada típica, a atividade motora encontra-se reduzida ou ausente e há um elevado limiar para resposta a estímulos externos (CHOKROVERTY, 2010).

O sono constitui-se em um aspecto fundamental da vida do ser humano. Possui função restaurativa, de conservação de energia e de proteção. Sua privação pode determinar importante prejuízo em curto ou em longo prazo nas atividades diárias do paciente, causando adversidades sociais, somáticas, psicológicas ou cognitivas (CHOKROVERTY, 2010).

No entender de Ribeiro e Paúl (2011), para o bom funcionamento da mente é fundamental que haja bons hábitos de sono. O sono é um dos mecanismos que permite manter o equilíbrio do nosso corpo e contribui de forma significativa para a qualidade de vida. Sendo o sono uma das necessidades biológicas fundamentais para o organismo. Sempre que dormimos as horas de sono adequadas, permite a renovação das principais funções mentais (como o raciocínio, a memória e a aprendizagem) e emocionais (calma, tranquilidade).

De acordo com Paiva (2008), o sono tem funções, muitas delas até desconhecidas pela maioria das pessoas, mas é certo que é tão essencial à vida como a pessoa beber e alimentar-se.

O sono é visto como verdadeira fonte da juventude pela medicina moderna, por ser o momento onde as células perdidas durante o dia podem ser recompostas, desde que o sono seja adequado, pois é o momento de

regeneração (CAMPOS, 2011). O autor ainda afirma que durante o sono ocorrem fenômenos metabólicos importantes para o desenvolvimento e manutenção do organismo, inclusive a produção de hormônios, que desempenham papéis vitais no funcionamento do organismo, como o do crescimento, cuja função no adulto é acionar o processo de regeneração de órgãos e tecidos. É uma necessidade fisiológica, sem a qual, não nos é possível subsistir (BANKS; DINGES, 2007).

Até meados do séc. XX era consensual considerar que a “vida” cognitiva e comportamental do ser humano tinha lugar exclusivamente durante a vigília – período de desenvolvimento humano por excelência, reservado à realização das atividades essenciais à existência individual e da espécie (PIVIK, 2007) e o sono, uma pausa ou intervalo no “jogo” da vida, desperdício de tempo útil, altura em que o cérebro se “fecha” para descansar e o corpo “aproveita” para um repouso tonificante (SOARES, 2010).

Para Brito (2012), a definição do que é o sono normal, é ainda nos dias de hoje algo extremamente difícil e altamente subjetivo. Das múltiplas definições disponíveis, aquela que parece melhor captar a globalidade deste fenômeno, é a apresentada por Rente e Pimentel (2004) na qual definem o sono normal como sendo: “aquele que proporciona ao sujeito uma sensação de bem-estar, de descanso físico e mental, de noite “bem-dormida”, com recuperação de energias, permitindo-lhe executar em boas condições físicas e mentais as tarefas do dia seguinte”.

Para Müller e Guimarães (2007), o sono normal varia ao longo do desenvolvimento humano quanto à duração, distribuição de estágios e ritmo circadiano. As variações na quantidade de sono são maiores durante a

infância, decrescendo de 16 horas por dia, em média, nos primeiros dias de vida, para 14 horas ao final do primeiro mês e 12 horas no sexto mês de vida. Depois dessa idade o tempo de sono da criança diminui 30 minutos ao ano até os cinco anos. Na vida adulta decresce a quantidade e varia o ciclo do sono, fato observado quando relacionado com a idade e fatores externos. Com o avanço da idade, ocorreriam perdas na duração, manutenção e qualidade do sono. A dor, o uso de medicações e diferentes condições clínicas são exemplos de fatores que são descritos como podendo afetar a quantidade e a qualidade do sono, especialmente entre idosos, que são mais propensos a essas condições.

No ser humano, o sono é um processo cíclico, composto por estágios ou fases que se alternam e diferenciam-se, em termos fisiológicos, de acordo com o padrão das ondas cerebrais obtidas no encefalograma (EEG) e a presença ou ausência de REM (Movimentos Oculares Rápidos), além de mudanças em outras variáveis como o tônus muscular e padrão cardiorrespiratório. As proporções de cada estágio variam segundo a faixa etária (FERNANDES, 2006).

Características genéricas do sono normal de um adulto jovem estão descritas abaixo para efeito de conhecimento (PEREIRA, CEOLIM, 2011):

- O sono inicia-se pelo estado NREM;
- Os estados NREM e REM alternam-se em períodos de 90 minutos;
- Ondas lentas predominam no primeiro terço da noite e estão ligadas à iniciação do sono;
- O Sono REM predomina no último terço da noite e está ligado ao ritmo circadiano da temperatura corporal;

- A fase 1 compreende normalmente de 1 a 5% do sono;
- A fase 2 compreende normalmente 45 a 50% do sono;
- A fase 3 compreende normalmente 3 a 8% do sono;
- A fase 3 4 compreende normalmente 10 a 15% do sono
- O sono NREM chega a atingir 80% do sono;
- O sono REM compreende 20 a 25 % do total do sono.

1.1.2. Função do Sono

O sono é um evento ativo e de extrema necessidade para o organismo (SOARES, ALMONDES, 2012). Constitui-se num estado transitório e reversível, que se alterna com a vigília. Envolve múltiplos e complexos mecanismos fisiológicos e comportamentais em vários sistemas e regiões do sistema nervoso central (SONO, 2012).

No decorrer do sono, em nosso organismo, acontecem alguns fenômenos dentre eles a produção de alguns hormônios como a melatonina, conhecida como o hormônio do sono, o cortisol o hormônio do crescimento, entre outros. É nele também que ocorre a síntese de proteínas (por esse motivo o cansaço produzido ao longo do dia desaparece), além de o corpo e a mente passarem pelas chamadas fases do sono (BRUM *apud* CONCEIÇÃO, 2010).

Várias funções são atribuídas ao sono, como: recuperação pelo organismo de um possível débito energético estabelecido durante a vigília, manutenção da homeostase, dos neurotransmissores envolvidos no ciclo

vigília- sono, consolidação da memória, termorregulação entre outras (SMITH et al., 2008). Devido a essas importantes funções, as perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo, social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida (BITTENCOURT et al., 2005; MULLER, GUIMARÃES 2007).

Grande parte do que precisamos para o funcionamento dos processos cognitivos é fornecido durante o sono, sendo fundamental a qualidade das noites dormidas para o bom desempenho das atividades diárias (ZEORAU, JEMEL e GODBOUT, 2009).

A Organização Mundial da Saúde considera que para o idoso ter uma vida mais saudável é necessário um envelhecimento integral e ativo. Assim, é importante que tenha um convívio social, boa capacidade mental, participação na sociedade de acordo com suas satisfações, necessidades, desejos e capacidades, etc. A esses indivíduos devem ser disponibilizadas as condições necessárias para proteção, segurança e demais cuidados que forem adequados (OLIVEIRA et al; 2012).

1.1.3. Fisiologia do Sono e Ritmo Circadiano

A distribuição dos estágios do sono durante a noite pode ser alterada por vários fatores, como: idade, ritmo circadiano, temperatura ambiente, ingestão de drogas ou por determinadas patologias (SMITH et al ., 2008).

O sono é caracterizado como um ritmo biológico, gerado e controlado endogenamente por uma estrutura neural localizada no hipotálamo, o núcleo supraquiasmático (NSQ), (BENEDITO-SILVA, 2008). Ritmos biológicos são

eventos bioquímicos, fisiológicos e comportamentais que variam regularmente em função do tempo, dos dias ou das épocas do ano. As variações dos estados do organismo possibilitam aos indivíduos darem respostas adaptativas às mudanças do ambiente, como por exemplo, o aumento da temperatura corporal do início da manhã, favorecendo o despertar, em resposta ao ciclo de alternância entre os dias e as noites, ciclo claro-escuro (MENNA-BARRETO *Apud* SOARES; ALMONDES,2012).

O sono é reversível à estimulação. A vigília, em contrapartida, caracteriza-se por elevada atividade motora, por alta responsividade e por um ambiente neuroquímico que favorece o processamento e o registro de informações e a interação com o ambiente. A alternância entre sono e vigília ocorre de forma circadiana, sendo esse ciclo variável de acordo com idade, sexo e características individuais. Sua regulação homeostática envolve diversas citocinas e fatores neurohumorais e endócrinos (CHOCROVERTY, 2010). Assim, quando nos referimos a ritmo circadiano, referimo-nos a ritmos fisiológicos e comportamentais que se iniciam e terminam num período de 24 horas (COLTEN; ALTEVOGT, 2006 *Apud* BRITO, 2012), tendo como função a programação diária das seqüências de alterações metabólicas e comportamentais do organismo (ARENDDT, 2010).

Boyce (2009) descreve que o ciclo circadiano humano envolve três componentes: um oscilador interno, localizado no núcleo supraquiasmático no cérebro; um grande número de osciladores externos que podem redefinir o sistema interno e o hormônio mensageiro, a melatonina que leva as informações de tempo para todas as partes do corpo através da corrente sanguínea.

O sono é ativamente gerado a partir de dois mecanismos que regulam o ciclo sono-vigília: (1) o impulso homeostático pelo sono, ou seja, substâncias que promovem o sono; (2) o ciclo circadiano, regulado pelo núcleo supraquiasmático (NQS) do hipotálamo, que promove o despertar. O fator homeostático refere-se a aumento da sonolência após longos períodos de vigília pelo acúmulo de adenosina, já o fator circadiano refere-se a variações no estado de vigília e do sono fisiológico (tempo, duração e outras características) que mudam ciclicamente no decorrer do dia. Na parte da manhã, após o despertar, a unidade homeostática de sono é praticamente nula e o fator circadiano gera influências excitatórias que levam ao despertar (CHOCROVERTY,2010).

O ciclo sono-vigília encontra-se relacionado ao fotoperiodismo decorrente da alternância dia-noite, sendo influenciado pela luz ambiente durante o dia e pela produção de melatonina durante a noite – atua no início e na manutenção do sono (GOMES; QUINHONES; ENGELHARDT, 2012). A regulação do ciclo sono-vigília pode ser prejudicada por alterações em qualquer um desses mecanismos (CHOCROVERTY,2010). A luz para Neves e colaboradores (2012), é o fator mais importante na sincronização do relógio circadiano com o ambiente externo. A informação de luminosidade é trazida ao núcleo supraquiasmático (NQS) pelo trato retino-hipotalâmico, e nesse local é feita a regulação do ciclo circadiano endógeno por meio do controle na secreção de melatonina. Os níveis plasmáticos de melatonina começam a aumentar entre 1 e 3 horas antes do horário normal de sono e tem seu pico próximo ao nadir (ponto mais baixo) da temperatura central corporal (GULYANI, SALAS, GAMALDO, 2012).

A melatonina (N-acetyl-5-methoxytryptamina) é um hormônio secretado pela glândula pineal no período de escuro nos seres humanos. É disponível quando o triptofano é convertido a serotonina e, a seguir, convertido a melatonina na glândula pineal. Os níveis séricos diminuem com a idade e sua secreção aumenta com o decorrer da noite, com pico entre 2h a 4h da manhã, na maioria dos indivíduos. Sua ação se encontra na regulação dos ritmos circadianos e, principalmente, no ciclo vigília-sono (CARRANZA-LIRA.; GARCIA, 2000).

Os principais sistemas neuroquímicos envolvidos na regulação do ciclo sono-vigília são: gabaérgico, hitaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico, melatoninérgico e hipocretinérgico (BACELAR et al., 2013).

O ciclo do sono-vigília, é regulado por um relógio endógeno ou circadiano (JOUVENT 2001 *apud* BRITO, 2012). O termo circadiano significa cerca de um dia, e caracteriza os ritmos com períodos endógenos em torno de 24 horas. Assim de acordo com Colten e Alvarenga (2006), quando nos referimos a ritmos circadianos, referimo-nos a ritmos fisiológicos e comportamentais que se iniciam e terminam num período de 24 horas, tendo como função a programação diária das sequencias de alterações metabólicas e comportamentais do organismo (ARENDT, 2010).

O ciclo circadiano é o ritmo de distribuição de atividades biológicas cíclicas de aproximadamente 24 horas, tal como ocorre com o ciclo sono-vigília. Este ritmo é controlado pelo sistema nervoso central e sofre influência de fatores ambientais (luz e temperatura) e sociais (higiene do sono) (GEIB, 2008; EBERSOLE, 2001; BLIWISE, 2000).

1.1.4. Arquitetura do Sono

O sono é um processo fisiológico vital. São caracterizados dois padrões fundamentais de sono: sem movimentos oculares rápidos (NREM, do inglês Non-rapideyesmoviment) e com movimentos oculares rápidos (REM) (FERNANDES, 2006; HARRINGTON, LEE CHIANG, 2007). O sono NREM, também chamado não-REM é composto por quatro etapas em grau Crescente de profundidade: os estágios I e II, superficiais, e os estágios profundos III e IV, ou sono delta. No sono NREM há relaxamento muscular comparativamente à vigília, porém é mantida alguma tonicidade basal. Enquanto o sono REM ou sono paradoxal caracteriza-se por ser um estágio profundo no tocante à dificuldade de despertar, nessa fase o indivíduo exhibe padrão eletroencefálico semelhante à vigília, sendo este um de seus aparentes paradoxos (PEREIRA, CEOLIM, 2011).

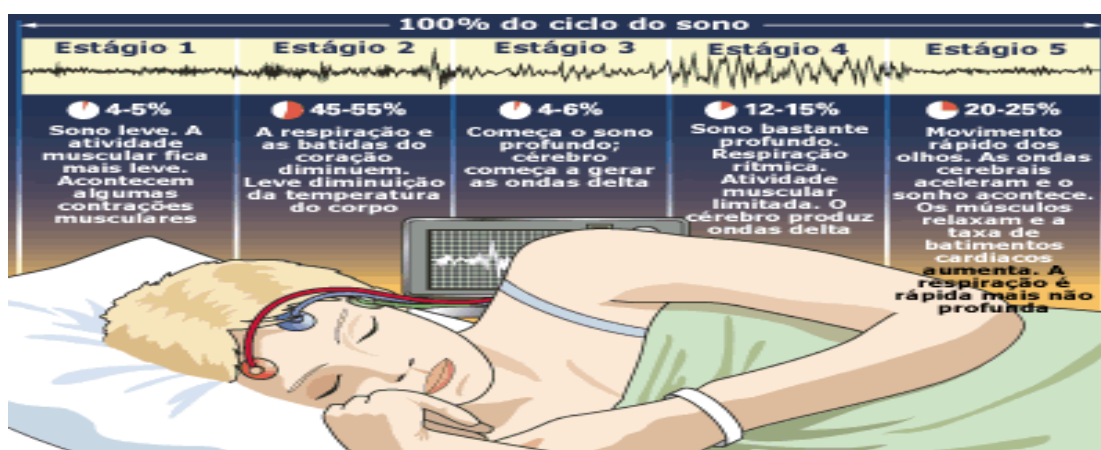
O estudo do sono é possível devido à conjugação de alguns meios de diagnóstico, sendo designado por polissonografia. Esta técnica consiste no estudo do sono a partir dos registros do EEG, do eletrooculograma (EOG), do eletromiograma (EMG) e de outros parâmetros vitais tais como atividades viscerais (frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória...) e o funcionamento endócrino do indivíduo (MUGEIRO, 2011).

A denominação de sono lento (NREM) provém de uma lentificação progressiva que aumenta à medida que o sono se torna mais profundo. Durante este sono ocorre uma atividade parassimpática dominante, com diminuição da frequência cardíaca, da tensão arterial, da temperatura e do tônus muscular. O sono paradoxal (sono REM) é assim denominado devido ao

fenômeno que contrasta movimentos rápidos oculares e atonia muscular generalizada. Durante o sono REM predomina a atividade simpática, mas verifica-se uma variabilidade autonômica, nomeadamente da frequência cardíaca e respiratória (MCCARLEY, 2007; RENTE & PIMENTEL, 2004).

A sequência normal dos estágios normalmente é: vigília à N1 à N2 à N3 à REM. Em relação ao tempo total de sono, essas fases costumam apresentar proporção pouco variável: vigília, 5% 10%; N2, 50%; N3, 12,5%-20%; REM, 20%-25%; N1, o restante. Pacientes mais idosos podem apresentar diminuição dos estágios profundos do sono, N3 e REM, com aumento dos estágios N1 e N2, enquanto em crianças é verificado o contrário (RODRIGUES, 2012). A figura 2 mostra os estágios do sono. Sono interrompido em pessoas idosas é um problema comum, por vários motivos, por exemplo, efeito adverso de drogas e comorbidades associadas (QUINHONES & GOMES, 2011).

FIGURA 2 CICLO DO SONO

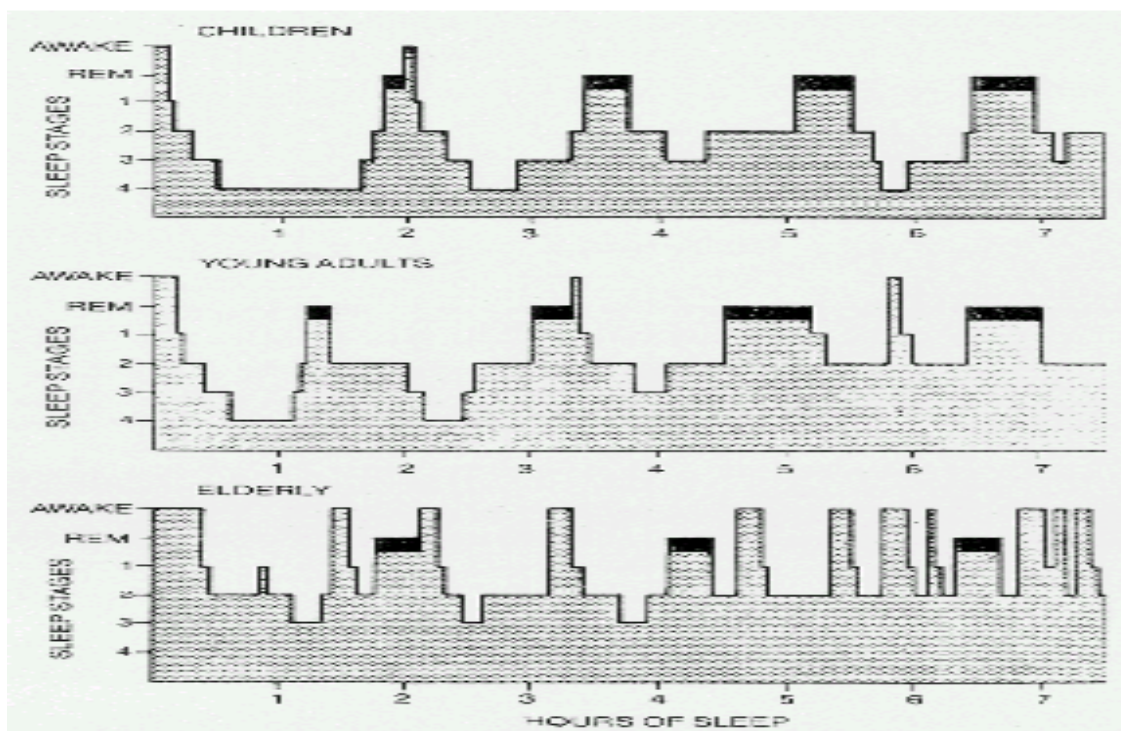


Fonte: <http://ciencia.hsw.uol.com.br/sonhos1.htm>

A arquitetura do sono refere-se à quantidade e distribuição de estágios específicos do sono. As medições da arquitetura do sono incluem as quantidades absolutas de sono REM e de cada estágio de sono (em minutos),

a quantidade relativa de sono NREM REM e dos estágios de sono NREM (expressa como uma porcentagem do tempo de sono total) e a latência entre o início do sono e o primeiro sono REM (latência REM). Poder-se-á por isso considerar que o conceito de arquitetura do sono se refere à distribuição dos estados e fases durante toda a noite.

FIGURA 3 – Histograma do Sono



Fonte: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/98-74-05-357/pg361fig04.gif>

1.1.5. Fatores que Interferem na Qualidade do Sono no Idoso

Conforme mostra a literatura estudada, são vários os fatores que influenciam na qualidade do sono do idoso. De acordo com Neves e

colaboradores (2013) a quantidade, a qualidade e o tempo de sono são afetados por muitas atividades e comportamentos cotidianas. Nesse sentido, fica claro que existe uma variedade de fatores que podem interferir na qualidade do sono dos idosos sejam eles de origem fisiológica, patológica ou ambiental.

Faz-se necessário uma investigação dos hábitos diurnos e noturnos do idoso a exemplo de: horários irregulares de ir para a cama e sair dela e do quarto e o excesso de trabalho e/ou atividades a ele relacionadas no ambiente de dormir. Da mesma forma, ficar olhando o relógio para controlar o tempo que está acordado aumenta a ansiedade e o estado de vigília (EDINGER et al, 2008; VIRTANEN et al, 2009).

Fatores ambientais também podem interferir no sono, portanto, a anamnese deve conter perguntas sobre o quarto de dormir, sua claridade e a temperatura ambiente. Ainda, barulho na própria casa ou na vizinhança, aparelho de TV ligado no quarto, presença de outra pessoa dormindo junto e presença de animais domésticos podem interferir no sono (BACELAR et al., 2013).

Hábitos de alimentação também devem ser questionados, uma vez que a prática de comer durante a noite está presente entre alguns indivíduos, o que pode levar à insônia (KOMPIER, TARIS, VAN VELDHOFVE, 2012; DANTAS et al., 2012). As características do despertar pela manhã também são objetos da investigação: se ele ocorre de maneira espontânea, conforme o ritmo biológico do paciente, ou é desencadeado pelo despertador. Algumas situações e hábitos diurnos podem estar relacionados com a ocorrência de insônia, cochilos frequentes e/ou prolongados, voluntários ou não, exercício físico

próximo a hora de deitar, fatores de estresse relacionados à vida social ou familiar, uso de cafeína (quantidade e horário), bebidas alcoólicas e tabagismo (PANDI-PERUMAL et al, 2009; HOEFELMANN et al., 2012). Da mesma forma, deve-se perguntar sobre exposição à luz, influência de fatores climáticos e sobre viagens frequentes com mudança de fuso horário. Em relação às mulheres, deve-se avaliar a influência do ciclo menstrual, da gestação ou do climatério.

Ainda influenciando a qualidade do sono estão as condições comórbidas que podem piorar a insônia ou serem agravadas por ela. Informações da história clínica, sobre uso de medicações e de substâncias psicoativas que o paciente possa estar fazendo uso, devem ser investigadas, inclusive devido ao risco de abstinência pelo uso crônico de algumas dessas substâncias. A história psiquiátrica também é muito importante, sendo o transtorno depressivo uma comorbidade muito frequente nos pacientes com distúrbios do sono (JAEHNE et al., 2012; GREGORY et al., 2009).

1.1.6. Distúrbios do Sono

Dificuldades para dormir afetam os indivíduos de todas as idades, mas há um aumento no número de afetados diretamente proporcional com o aumento da idade. Comumente pessoas idosas manifestam dificuldades em obter um grau satisfatório de sono (ALONSO, ESTEBARANZ, 2006), destacando a importância da avaliação do mesmo ao avaliar globalmente a saúde do idoso.

De acordo com Câmara e Câmara (2011), as queixas relacionadas ao sono são muito prevalentes na prática clínica. Estima-se que 14% das pessoas tem transtorno do sono, o que torna necessário o estudo sobre o sono normal e dos estágios e ciclos que compõe a arquitetura do sono.

A ausência de sono acarreta vários distúrbios fisiológicos, pois durante esse período ocorrem diversos processos metabólicos que se alterados afetam no equilíbrio de todo o organismo. Indivíduos com carência de horas de sono estão susceptíveis a apresentar algumas manifestações, provocados pela sua falta em curto prazo, tais como a sonolência durante o dia, o cansaço, as alterações de humor, a falta de memória, a lentidão do raciocínio, entre outros. Nesse contexto é importante destacar que existem também riscos provocados pela falta de sono em longo prazo, como o envelhecimento precoce, a falta de vigor físico, a perda crônica da memória, a diabetes, a obesidade, o comprometimento do sistema imunológico e as doenças cardiovasculares (CRONFLI,2002).

Os distúrbios do sono podem ser causados por problemas médicos, distúrbios específicos do sono, problemas sociais e psicológicos(CÂMARA, VD; CÂMARA, WS, 2011).

A maioria dos pacientes procura atendimento médico por dificuldade em iniciar o sono; dificuldade em manter o sono, com múltiplos despertares durante a noite; despertar cedo; sono não restaurativo; movimentos/comportamento anormais durante a noite; fadiga ou sonolência diurna; dificuldade de concentração; irritabilidade; ansiedade; de pressão; dores musculares (CHOKROVERTY, 2010).

A insônia é uma queixa comum na população idosa em geral e é um dos sintomas mais referidos em serviços de saúde. A prevalência varia dependendo do sexo e da idade, sendo de 20% em maiores de 80 anos. As pessoas com insônia apresentam risco duas vezes superior, em relação ao grupo de pessoas que dormem bem, para doenças isquêmicas cardíacas (CÂMARA, CAMARA, 2011).

Alguns pacientes que relatam passar a noite em claro dizem-se bem dispostos durante o dia, por tanto não são considerados insones, mais pessoas com baixa necessidade de sono. Sabe-se que um sinal de alerta da insônia é a sonolência diurna muito frequente nos idosos com este distúrbio. Em termos de gravidade, pode-se dizer que a insônia afeta mais o aspecto psíquico e social da vida do que o seu comportamento biológico, mais deve se levar em consideração que idosos com insônia tendem a sofrer mais acidentes (BALTER, 2009).

Os transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano se manifestam por desalinhamento entre o período do sono e o ambiente físico e social de 24 horas. Os dois transtornos do sono relacionados ao ritmo circadiano mais prevalentes são o de fase atrasada (comum em adolescentes) e avançada do sono (comum em idosos), situações nas quais o período de sono se desloca para mais tarde e mais cedo, respectivamente. Devido as possíveis confusões com insônia e sonolência excessiva tornam-se importante ter sempre em mente estes transtornos. Entretanto, há nove possíveis diagnósticos, e todos são de interesse clínico do sono relacionados ao ritmo circadiano (MARTINEZ, LENZ, MENNA-BARRETO, 2008).

Existem mais de 100 tipos de problemas do sono. Neste estudo citaremos apenas os mais frequentes relacionados ao idoso, pois não cabe agora nos aprofundarmos nesta seção. São estes definidos pela Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono como:

- Insônia
- Distúrbios Respiratórios do Sono
- Distúrbios do Ciclo Circadiano
- Hipersonias de origem central (não explicadas por distúrbios respiratórios do sono, distúrbios do ciclo circadiano, medicamentos, ou distúrbios situados em outros pontos da classificação).
- Parassonias
- Distúrbios do Movimento Relacionados ao Sono
- Sintomas Isolados, aparentemente, variantes normais e questões não resolvidas.
- Outros distúrbios do sono.

Falar sobre o sono e as implicações dos seus distúrbios, constitui-se num grande desafio. É necessário que saibamos reconhecer quando a qualidade do sono é inadequada e necessita de intervenções. A avaliação clínica e o exame polissonográfico representam importantes ferramentas na elucidação dos transtornos do sono (RIOS, PEIXOTO, SENRA, 2008). Consubstanciando o autor aponta ainda para a importância do diagnóstico precoce para a prevenção de problemas secundários, como os cardíacos, depressão, ansiedade e a dependência do álcool. Somando-se a isto, uma boa

higiene do sono poderá ajudar de forma substancial, na qualidade do sono e conseqüentemente numa melhor qualidade de vida para o portador dos distúrbios do sono em especial o idoso.

1.1.7. O sono do Idoso

O envelhecimento, por si só, pode trazer alterações no padrão habitual do sono, tais como redução quantitativa dos estágios do sono profundo e aumento dos estágios de sono superficial, fragmentação do sono noturno, maior latência para o início do sono, redução da duração total do sono noturno e transições mais frequentes entre os estágios do sono durante a noite. (FREITAS et al, 2013).

O sono é um estado transitório e reversível, que se alterna com a vigília. Trata-se de um processo ativo envolvendo múltiplos e complexos mecanismos fisiológicos e comportamentais em vários sistemas e regiões do sistema nervoso central (SONO, 2012).

A medida que aumenta a idade cronológica, as pessoas tornam-se menos ativas e a sua independência funcional diminui; esta pode ser definida como a capacidade de realizar as atividades deslocamento, atividades de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas de forma independente. As alterações decorrentes do envelhecimento associadas à redução da capacidade funcional e à inatividade podem levar a um impacto na qualidade de vida (QV) desses idosos. Entende-se por qualidade de vida “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais vive, e em relação

às suas metas, expectativas e padrões sociais” (ALEXANDER, CORDEIRO, RAMOS, 2008).

A má qualidade e os distúrbios do sono têm particular relevância para as pessoas idosas, pois, além de muito frequentes nessa faixa etária, podem prejudicar a execução de suas tarefas diárias e sua saúde. Dificuldade em manter a atenção, redução da velocidade de resposta, prejuízos da memória, da concentração e do desempenho podem ser o resultado do sono de má qualidade (SILVA, 2012).

O envelhecimento ocasiona modificações na quantidade e qualidade do sono, as quais afetam mais da metade dos idosos que vivem em seus lares, e 70% dos institucionalizados, com impacto negativo na sua qualidade de vida (ARAÚJO, 2008).

A duração e os padrões do sono mostram um significativo número de alterações no decurso da ontogenia humana, estando atualmente documentado que a estrutura cíclica e a distribuição das diferentes fases do sono variam com a idade. Alcançam os seus valores máximos na primeira infância e a partir da puberdade inicia-se um ligeiro declínio nos valores destes parâmetros que se prolongam até á velhice (DUARTE, 2008).

A perda de sono também tem impacto sobre os hormônios que regulam o apetite. Estudos recentes têm observado que tanto a redução no tempo de sono quanto a privação total de sono estão associadas aos mesmos comportamentos endócrinos que, paralelamente, são capazes de alterar significativamente a ingestão alimentar: a diminuição da secreção do hormônio anorexígeno leptina e o aumento da secreção do hormônio orexígenogrelina, resultando, assim, no aumento da fome e da ingestão alimentar (KNUSTON;

VAN CAUTER, 2008). Esses mesmos padrões foram observados em pacientes submetidos à privação aguda ou crônica de sono (SPIEGEL et al., 2005).

O estado de privação do sono, tanto parcial quanto total, aumenta a atividade do sistema nervoso simpático, que eleva as concentrações plasmáticas de cortisol e GH durante a noite. Tudo isso pode levar a um aumento na resistência à insulina e uma redução da tolerância à glicose que, conseqüentemente, podem aumentar o risco para o desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2 (KNUSTON, VAN CAUTER, 2008).

O sono e as horas de descanso são fundamentais para o idoso preservar o seu bem estar e qualidade de vida, pois os idosos saudáveis mantêm espontaneamente a capacidade de dormir bem e assim renovar a sua energia funcional (MORENO, 2013).

Vários estudos epidemiológicos recentes correlacionam a curta duração do tempo de sono com o aumento do índice da massa corporal, devido às alterações fisiológicas na liberação dos hormônios reguladores do apetite grelina e leptina (GIBBERT, BRITO, 2011).

Conforme envelhecemos, vão decorrendo algumas alterações no padrão normal do sono como: dormir menos horas por dia, sendo variável entre 6 e 9 horas. Existirá a tendência para acordar várias vezes durante a noite devido a longos períodos de repouso durante o dia, existe maior dificuldade em adormecer e haverá propensão para acordar cedo (RIBEIRO, PAÚL, 2011).

As pessoas idosas são particularmente sensíveis a desordens na rotina de vida, que levam a conseqüências em geral deletérias sobre os ritmos biológicos, especialmente sobre o ciclo vigília/sono (SILVA et al., 2012).

O tempo total de sono noturno diminui significativamente com o avançar da idade, porém tende a manter-se após os 65 anos (OHAYON et al., 2005; FRAGOSO et al., 2005). O envelhecimento costuma trazer alterações no padrão do sono habitual. Algumas dessas alterações podem corresponder a perturbações do sono ou a prejuízos da sua qualidade (COSTA, CEOLIM, NERI, 2011).

Segundo Quinhones & Gomes (2011) as modificações estruturais do sono que ocorrem com o envelhecimento podem ser descritas como:

- Diminuição Global do tempo de Sono Noturno
- Aumento do tempo de latência de adormecimento
- Avanço de fase circadiana: mais cedo para a cama e despertar precoce
- Redução do limiar de despertar
- Fragmentação do sono com várias interrupções

Na avaliação da história do sono do idoso são utilizados alguns instrumentos de caráter subjetivo e objetivo no qual serão descritos abaixo de maneira breve. A avaliação subjetiva do sono é geralmente realizada por meio de questionários e diários de sono. Suas vantagens incluem o baixo custo e a facilidade de aplicação. Esse tipo de avaliação padronizada promove uniformidade na abordagem do paciente, mas seu uso é limitado em pacientes com baixa capacidade intelectual (SHELGIKAR, CHERVIN, 2013). São elementos da avaliação:

- 1- Avaliação clínica
- 2- Diário do sono – permite detectar se ocorrem cochilos e avalia a higiene do sono. Usualmente, o diário deve conter informações referentes a um período de duas semanas (SHELGIKAR & CHERVIN, 2013).
- 3- Medidas subjetivas
 - a) Escala de Sonolência Excessiva de Epworth (ESS), é a mais usada no qual avalia a sonolência excessivas (SE), o paciente pontua a partir de uma escala de 0 a 3a probabilidade de dormir em diversas situações, sendo 3 a maior probabilidade. Um resultado >10 (máximo de 24) é classificado como sonolência excessiva diurna (SED).
 - b) O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh-Pittsburgh Sleep Quality Index(PSQI) utilizado no nosso estudo é composto por 19 itens (e cinco perguntas para alguma pessoa que divida a mesma cama/quarto). Cada componente é pontuado de 0 a 3. A soma de sete componentes produz a pontuação total do PSQI, variando de 0 a 21 pontos (quanto maior pontuação, pior a qualidade do sono; ponto de corte ≥ 5) (SHELGIKAR & CHERVIN, 2013).
 - c) Questionário Escandinavo Básico do Sono, que é uma escala de cinco pontos (de 1 a 5), com destaque para quantas noites/dias por semana algo acontece também se constitui em um instrumento muito utilizado na literatura sobre o sono.
 - d) Índice de Gravidade de Insônia, avalia o nível de percepção do paciente sobre a sua insônia pode ser utilizado um questionário de sete perguntas que questiona a insônia em: “sem evidências clínicas

de insônia”, “insônia sublimar”, “insônia leve e moderada” e “insônia grave” (NEVES et al., 2013).

Na avaliação objetiva, os principais exames solicitados são: polissonografia noturna (PSG), teste de latência múltipla do sono (TLMS), teste de manutenção da vigília e actigrafia (RODRIGUES et al., 2012).

- a) Polissonografia (PSG) é o método padrão em medicina do sono para avaliar seus diversos parâmetros, tais como distúrbios respiratórios e arquitetura e integridade do sono, que auxiliam no diagnóstico diferencial da insônia. A integridade do sono pode ser diretamente avaliada pela PSG por meio de medidas como a latência para o início do sono, o tempo total de sono, o número de despertares, a duração dos estágios e a eficiência do sono. Além disso, a PSG pode diferenciar a percepção inadequada do sono de outros distúrbios (LITTNER et al, 2003; BIANCHI; WANG; KLERMAN, 2012).

1.1.8. Higiene do Sono

A higiene do sono representa o conjunto de regras destinadas a proporcionar um sono eficaz e contínuo (DUARTE, 2007). Além dessas regras, técnicas educacionais, cognitivas comportamentais podem ser somadas como medidas de prevenção e tratamento não farmacológico dos transtornos do sono.

Recomendações Para a Higiene Do Sono:

- Horário regular de ir para a cama e de acordar
- Não cochilar durante o dia
- Não tomar bebida alcoólica no período vespertino

Patos é um município brasileiro no estado da Paraíba, localizado na mesorregião do Sertão Paraibano. É conhecida como "Capital do Sertão da Paraíba", ao ponto em que o seu clima quente e semi-árido acabou lhe dando a titularidade de "Morada do Sol".

Distante 307 km de João Pessoa, sua sede localiza-se no centro do estado com vetores viários interligando-o com toda a Paraíba e viabilizando o acesso aos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará. Patos é a 3ª cidade pólo do estado da Paraíba, considerando sua importância socioeconômica. Além disso, Patos é sede da 14ª Vara Federal, que absorve 48 municípios e totaliza uma população de 462.662 habitantes. A cidade está inserida entre as cidades de interior que mais crescem em todo o Brasil, sendo Sede da 6ª Região Geo-administrativa do Estado composta por 22 municípios. Possui uma população de 100.674 habitantes, e desta 12.972, são idosos (IBGE - 2010), tem a 5ª maior população urbana do estado (97.278 habitantes - IBGE 2010) que corresponde a 96,00% e urbana na sede municipal (96.339 - IBGE 2010) que equivale a 95,00%.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, existe no município 40 Equipes de Saúde da Família (ESF) representando 100% de cobertura tanto no perímetro urbano como rural.

Os serviços oferecidos na saúde pública são:

- PSF (Programa de Saúde da Família)
- Academia de saúde (2 unidades)
- NASF (Núcleo de Assistência a Saúde da Família): 7 unidades
- Centro dia
- ILP (Instituição de Longa Permanência): 2 instituições

- CEO (Centro de Especialidade Odontológica)
- CTA/SAS (Centro de Testagem e Aconselhamento/ Serviço de Assistência a Saúde)
- SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
- CRAS (Centro de Referência em Assistência Familiar)
- CERPOD (Centro de Referência para Pessoas Portadoras de Deficiências)
- Laboratório Municipal
- CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), Infante Juvenil (CAPSi), Álcool e outras Drogas (CAPS AD) E CAPSII)
- Farmácia Básica
- Farmácia Popular
- Transporte de Urgência e Emergência
- Central de Marcação de Consultas
- CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador)
- Centro de Especialidade Frei Damião
- Promoção Atenção a Saúde do Idoso
- ACS (Agentes Comunitários da Saúde)
- SOS Saúde – 3 Ambulâncias
- Serviço de Epidemiologia

O Serviço particular utilizado para o estudo foi uma clínica de especialidade médicas atuando em cardiologia e geriatria com equipe multiprofissional constituída por enfermeiro, fisioterapeuta e nutricionista. A

clínica atende em torno 250 pacientes idosos ao mês com consultas agendadas e retornos marcados com seguimento de um mês.

1.4. **Justificativa**

Com o aumento da expectativa de vida do idoso, se faz necessário mais estudos na tentativa de buscar uma atuação profissional mais qualificada para atender esta demanda geriátrica a fim de vislumbrar um estrato social não só mais longo, mas se possível proporcionalmente mais independente e capaz de manter-se com sua autonomia preservada. Para isso, deve-se abordar o idoso de maneira global, com várias frentes de pesquisa, que possam contribuir de maneira ímpar para a adequada inclusão do mesmo ao convívio social. O sono, com sua função restauradora na vida do indivíduo merece atenção especial, pois o idoso que não dorme bem reduz significativamente suas aptidões diárias, provocando problemas físicos, sociais e psicológicos que resultam em problemas graves na sua qualidade de vida.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Principal

Avaliar a qualidade do sono de idosos atendidos nos sub-sistemas público e privado no município de Patos-PB

2.2. Objetivos Específicos

- Analisar as características sócio-demográficas dos idosos atendidos nos sub-sistemas público e privado
- Avaliar a qualidade do sono de idosos através do Índice de Qualidade de sono de Pittsburgh (PSQI)
- Avaliar a independência funcional do idoso para as atividades de vida diária (ABVDs) utilizando o Índice de Barthel Modificado

3 METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1. Procedimento Ético

O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de ética e seguiram os princípios sugeridos na Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que determina as normas de experimentação em sujeitos humanos no Brasil. Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades integradas de Patos(FIP), em sessão realizada em 5 de dezembro de 2013 sob número: 25182713.9.0000.5181.

3.2. Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal utilizando-se questionários validados e auto-aplicados, realizado no município de Patos (PB), no período de novembro de 2013 a maio de 2014. Os participantes entraram para o estudo após os esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3. Universo e Amostra de Estudos

A população de interesse para a pesquisa foi de 236 idosos. O município de Patos possui uma população de aproximadamente 100.674 habitantes, dos quais 12.972 são idosos, cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) (IBGE, 2012).

O município possui Gestão plena de saúde, contando com 40 equipes de Saúde da Família.

O tamanho da amostra foi calculado baseado em uma prevalência de idosos com distúrbio do sono em 20%, nível de significância de 5%, poder de 80%, e delta de 5% (ou seja, a prevalência de idosos com distúrbio do sono pode variar entre 15% e 25%), verificou-se que seriam necessários 200 idosos; e acrescentando-se 20% devido a possíveis perdas, chegaríamos a um tamanho amostral máximo de 240 idosos, estratificado em dois grupos (sub-sistemas público e privado) de 120 idosos. Durante a pesquisa apenas tivemos 4 perdas (duas no grupo de idosos proveniente do sub-sistema público e duas do sub-sistema privado) resultando em uma amostra final de 236 idosos. Os grupos foram pareados por sexo e idade, resultando em um total de 118 sujeitos em cada grupo (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Para seleção da amostra foram considerados como critérios de inclusão:

- Idosos de ambos os gêneros, não institucionalizados, moradores da cidade de Patos, na faixa etária de 60 anos e mais, atendidos no Serviço médico privado de referência e no SUS (Sistema único de Saúde). Foram inclusos também na pesquisa os idosos que mesmo sendo incapazes de relatar as informações, porém possuíam informantes orientados, conhecedores dos costumes desses idosos, sendo considerados informantes legais do idoso, e o mesmo incluso na amostra.

Temos como critérios de Exclusão:

- Idosos com algum tipo de deficiência física ou mental (deficiência cognitiva) que prejudicasse a avaliação do índice de Pittsburgh Modificado ou o índice de Barthel Modificado. Para um possível diagnóstico de déficit cognitivo, foram definidas notas de corte diferenciadas no exame de Mini Mental, levando em consideração o nível de escolaridade; sendo assim, considerou-se o escore 13 para os sem escolaridade, 18 para os de baixa e média escolaridade (do quarto ao oitavo ano) e 26 para quem possuía nível superior (BERTOLUCCI, 1994).

3.4. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada após leitura e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Ocorreu no período de dezembro de 2013 a maio do corrente ano. A coleta aconteceu em dois momentos: no primeiro momento foram entrevistados 120 idosos atendidos em uma clínica de especialidade, constituindo-se num público representativamente particular. No segundo momento outros 120 idosos atendidos no SUS foram incluídos na pesquisa. Ao término da coleta a população estudada foi de 240 sujeitos. Os idosos foram pareados por sexo e idade.

A coleta em ambos os grupos ocorreu em um único momento em ambiente reservado após recrutamento dos idosos enquadrados nos critérios previamente estabelecidos para a amostragem. A duração foi estimada entre

20 e 30 minutos se estendendo um pouco mais, conforme a particularidade de cada idoso.

Os instrumentos utilizados foram aplicados respeitando a sequencia abaixo apresentada:

- Exame Mini Mental (anexo 4)
- Questionário sócio-biodemografico (anexo 1): teve como objetivo a obtenção de dados de identificação pessoal, social, econômica e de saúde do entrevistado: sexo, idade, etnia estado civil, escolaridade, trabalho, salário mensal, situação atual de saúde e doenças crônicas, uso de medicação, e presença de cuidador por meio de perguntas exclusivamente fechada.
- Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (anexo 2)
- Índice de Barthel Modificado (anexo 3)

3.5. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), é um teste de rastreio de alterações cognitivas, com o objetivo de excluir os idosos que apresentem critérios positivos para a demência (FOLSTEN, 1975).

É provavelmente o instrumento mais utilizado mundialmente, possuindo versões em diversas línguas e países. Já foi validado para a população brasileira. Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3

pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto).

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), contém 30 questões que avaliam a função cognitiva sob diversos aspectos: orientação temporal, espacial, atenção e cálculo, memória, registro e linguagem. Seu escore varia do valor 0 ao 30. Para um possível diagnóstico de déficit cognitivo, foram definidas notas de corte diferenciadas, levando em consideração o nível de escolaridade; sendo assim, considerou-se o escore 13 para os sem escolaridade, 18 para os de baixa e média escolaridade (do quarto ao oitavo ano) e 26 para quem possuía nível superior (BERTOLUCCI, 1994). Pode-se observar que para o grupo de idosos proveniente do sub-sistema privado apresentaram média igual a 24,18 (desvio padrão = 3,45) variando de 12 a 30. Para os idosos provenientes do sub-sistema público apresentou média igual a 23,53 (desvio padrão = 3,26) variando de 17 a 30. Pelo teste U de Mann-Whitney os grupos foram homogêneos com relação a alterações cognitivas ($p=0,09$), sendo portanto capazes de responder aos questionários e portanto cumpriram os critérios de inclusão para participarem do estudo.

3.6. Índice Qualidade do sono de Pittsburgh Modificado (PSQI)

As questões referentes ao índice de Pittsburgh se relacionam com os hábitos usuais de dormir, durante o mês anterior a entrevista, apenas. As suas respostas devem indicar a resposta mais precisa para a maioria dos dias e noites do mês passado.

Tal instrumento se possível deve ser preenchido pelo próprio paciente acompanhado de orientações dadas pelo investigador, caso contrário o investigador deve preencher os dados de forma a evitar erros de preenchimento que possam alterar os resultados finais.

Não foi utilizado o item que é avaliado pelo companheiro de quarto, pois o mesmo possui apenas avaliação clínica, não influenciando no cálculo do índice final.

O Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) foi formulado por Buysse e colaboradores (1989). É utilizado para avaliar a qualidade subjetiva do sono, ocorrência e seus distúrbios. Constitui-se num instrumento com confiabilidade e validade previamente estabelecidas.

Consiste em 10 questões relacionadas aos hábitos normais de sono referente ao mês anterior em que o indivíduo está. As questões de números um, dois, três e quatro são abertas e as questões cinco, seis, sete, oito, nove e dez são semi abertas. As respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado e inclui indagações a respeito do tempo levado para adormecer, do horário de deitar e acordar, da duração do sono, da qualidade do sono e dos cochilos.

Para todas as dez questões há um espaço para registro de comentários do entrevistado, se houver necessidade. Estas dez questões são compostas por 19 itens, que são agrupados em sete componentes, cada qual

pontuado em uma escala de 0 a 3. Os componentes são respectivamente: (1) a qualidade subjetiva do sono; (2) a latência do sono; (3) a duração do sono; (4) a eficiência habitual do sono; (5) as alterações do sono; (6) o uso de medicações para o sono; e (7) a disfunção diurna. Os escores dos sete componentes são somados para conferir uma pontuação global do PSQI, a qual varia de 0 a 21. Pontuações de 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam qualidade ruim e acima de 10 indicam distúrbio do sono (BUYSSE et al., 1989). O PSQI foi validado para a cultura brasileira (CEOLIM, MENNA-BARRETO, 2000; XAVIER ET AL., 2001). A confiabilidade do PSQI na validação foi indicada pelo Coeficiente Kappa-Ponderado ($K= 0,81$), cujo valor é considerado uma alta concordância intra-examinador (LANDIS, KOCH, 1977).

Como instrumento auto administrado, o questionário da qualidade de sono de Pittsburgh oferece uma medida padronizada e quantitativa da qualidade de sono que rapidamente identifica quem tem ou não problemas de sono, mas não proporciona um diagnóstico, embora oriente para áreas de sono mais deterioradas.

A seguir será feita a descrição de cada um dos domínios:

1- Qualidade subjetiva do sono

Ao examinar-se a pergunta 6 do índice de qualidade do sono de Pittsburgh, obtêm-se uma pontuação que, de acordo com o inquirido responder será:

Resposta	Pontuação
Muito Boa	0
Bastante Boa	1
Bastante Má	2
Muito Má	3

2- Latência do Sono

A pergunta 2 do mesmo índice refere-se ao tempo que o inquirido demora para adormecer que nos indicará uma pontuação de:

Resposta	Pontuação
<0 = a 15 minutos	0
16– 30 minutos	1
31– 60 minutos	2
>60 minutos	3

A pontuação obtida na questão nº 5-a) indica-nos a quantidade de vezes que os inquiridos não conseguiram adormecer nos 30 minutos após se terem deitado e à qual corresponde a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
Nenhuma das vezes	0
Menos De uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
3 ou mais vezes por semana	3

A latência do sono resulta do somatório destas duas questões que irá corresponder a uma nova pontuação:

Resposta	Pontuação
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

3- Duração do sono

A duração do sono obtém-se através da pergunta nº4 à qual é atribuída a pontuação seguinte:

Resposta	Pontuação
>7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
<5 horas	3

4- Eficiência habitual do sono Para se obter a eficiência do sono habitual são necessários três parâmetros:

- A quantidade horas efetivamente dormidas descritas na questão nº 4;
- As horas de levantar dos idosos, obtidos com a pergunta nº 3;
- As horas a que normalmente os idosos vão para a cama que se obtém com a questão nº 1;

Para o cálculo final da eficiência habitual do sono utiliza-se a seguinte formula:

$$\text{(Nº de horas dormidas/Nº de horas permanencias na cama)} * 100$$

De acordo com a percentagem obtida corresponderá a seguinte pontuação:

Resposta	Pontuação
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

5- Perturbações do Sono

As perturbações do sono resultam do somatório das questões 5-b) até á 5-j). Os problemas colocados com estas questões são: acordar a meio da noite ou de madrugada; levantar para ir á casa de banho; não conseguir respirar adequadamente; tossir ou ressonar; ter sensação de frio; ter sensação de calor; ter pesadelos; ter dores; e por fim, outras razões que os próprios, podiam identificar. Para cada um dos problemas o inquirido quantifica de acordo com o seguinte critério:

Resposta	Pontuação
Nenhuma das vezes	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por Semana	3

O somatório total oscila entre 0 e 27 pontos será classificado em:

Somatório (5-b a 5-j)	Pontuação
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

6- Uso de Medicação hipnótica

A pergunta nº 7 indica o número das vezes a que se recorre à medicação hipnótica e á qual corresponderá uma pontuação de:

Resposta	Pontuação
Nenhuma das vezes	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

7- Disfunção diurna

A Disfunção diurna obtém-se com o somatório das questões nºs 8 e 9. A questão 8 quantifica as dificuldades em que se manterem acordados nas atividades sendo atribuída a seguinte pontuação.

Resposta	Pontuação
Nenhuma das vezes	0
Menos de uma vez por semana	1
Uma ou duas vezes por semana	2
Três ou mais vezes por semana	3

Com a questão nº 9 obtém-se a quantidade das vezes em que houve dificuldades em se manter o entusiasmo nas atividades e a pontuação atribuída é:

Resposta	Pontuação
Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo	0
Indisposição e falta de entusiasmo pequenas	1
Indisposição e falta de entusiasmo moderadas	2
Muita indisposição e falta de entusiasmo	3

Do somatório destes dois parâmetros que oscila entre zero (0) e seis (6) resultará a seguinte classificação:

Somatório (5-b a 5-j)	Pontuação
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

8- **O índice de qualidade do Sono de Pittsburg (PSQI)** resulta do somatório dos 7 componentes e de acordo com a pontuação obtida os inquiridos serão classificados conforme se segue:

< 5 – Boa Qualidade de sono
≥ 5 – Má qualidade de sono

3.7. Índice De Barthel Modificado

O Índice de Barthel Modificado foi aplicado pelo investigador por meio de entrevista com o idoso estudado ou o cuidador que possua capacidade de relatar as informações necessárias para se calcular o Índice de Barthel (IB) do paciente.

O índice de Barthel irá nos informar em que intensidade o sono influencia nas atividades básicas da vida diária, considerando as categorias alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais,

eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas.

O estudo das propriedades psicométricas do instrumento, na validação, revela que é efetivamente um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$, pelo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objetiva, nos serviços de saúde ou na comunidade (ARAÚJO et al.; 2007).

A fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais), o consumir pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos para realizar dez atividades básicas do seu quotidiano. Para além destas qualidades (PAIXÃO E REICHENHEIM, 2005), num estudo de revisão sobre 30 instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso confirmou que o IB é o que possui resultados de fidelidade e validade mais consistentes.

O Índice de Barthel pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária (AVD) e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Na versão original, cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente. A pontuação varia de 0 a 100, em

intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (MCDOWELL, 1997).

Esta versão avalia a independência funcional em dez tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. A classificação em cada tarefa está descrita na elaboração original do instrumento, conforme as descrições a seguir.

A avaliação da atividade "Alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca, à capacidade de usar qualquer talher, bem como comer em tempo razoável. Idosos que requeriam auxílio foram classificados como "necessitando de ajuda", e aqueles que não conseguiam levar a comida do prato à boca foram definidos como "dependentes".

"Banho" refere-se ao uso de chuveiro ou banheira e ao ato de se esfregar em qualquer uma dessas situações. Foram classificados como "dependentes" todos os idosos que necessitavam de qualquer auxílio de outra pessoa nessa função.

Para avaliar a função "Vestuário" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir. Como roupas, compreendem-se roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos é excluído da avaliação. Idosos que precisavam de auxílio, mas que conseguiam realizar pelo menos a metade das tarefas em tempo razoável recebiam a designação "necessitando de ajuda". Se não conseguiam cumprir essa condição, eram considerados "dependentes".

A avaliação da atividade "Higiene pessoal" relaciona-se à capacidade de lavar o rosto, as mãos, escovar os dentes e barbear-se sem necessitar de

ajuda. Foram considerados "dependentes" os idosos que necessitavam de qualquer auxílio de outra pessoa em qualquer um dos casos.

A função "Eliminações intestinais" refere-se à ausência de episódios de incontinência. Foram considerados "continentes" os idosos que, além de não apresentarem perda involuntária de fezes, conseguiam fazer uso de supositórios ou enemas sozinhos, se necessário. Quando necessitavam de ajuda ou aconteciam episódios ocasionais de incontinência fecal, a classificação era de "incontinência ocasional".

Na avaliação da função "Eliminações vesicais", considera-se continente quem não apresenta episódios de perda involuntária de urina e é capaz de lidar sozinho com a sonda vesical. Foram classificados como "incontinente ocasional" os idosos que apresentavam episódios esporádicos ou que não conseguiam lidar sem ajuda com sondas e outros dispositivos.

A função "Uso do vaso sanitário" é avaliada pela facilidade no uso do vaso sanitário para excreções, assim como para arrumar as próprias roupas e limpar-se. Idosos que precisavam de auxílio para manter o equilíbrio ou para se limpar receberam a designação "necessitando de ajuda". Dependentes eram aqueles que recebiam auxílio direto de outra pessoa ou que não desempenhavam a função, bem como os que utilizavam "papagaios" ou "comadres".

A função "Passagem cadeira-cama" é avaliada pelo movimento necessário no deslocamento da cama para a cadeira e vice-versa. Foram classificados em "ajuda mínima" os idosos que requeriam supervisão ou apoio para efetuar a transferência. "Grande ajuda" era utilizada para designar os que conseguiam sentar-se, mas necessitavam de assistência total para a

passagem. Dependentes eram os que não conseguiam sentar-se e incapazes de colaborar durante as transferências.

Para avaliar a "Deambulação", considera-se "independente" a pessoa capaz de caminhar sem ajuda por até 50 metros, ainda que com apoio de bengala, muleta, prótese ou andador. Em "ajuda" são classificados aqueles que podem caminhar até 50 metros, mas necessitam de ajuda ou supervisão.

A independência na função "Escadas" diz respeito à capacidade de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, ainda que haja necessidade de dispositivo como muleta ou bengala, ou apoio no corrimão. "Ajuda" refere-se a necessidade de ajuda física ou de supervisão, ao descer e subir escadas.

3.8. Análise e Estatística

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos. E as variáveis quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Para se verificar a associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-quadrado (CALLEGARI-JACQUES, 2003) (SIEGEL, 1981).

Para as variáveis quantitativas a normalidade das variáveis e a homogeneidade das variâncias foram avaliadas através dos testes de Kolmogorov-smirnov e Levene, respectivamente (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Foi utilizado o teste U de Mann-Whitney (SIEGEL, 1981) para a comparação entre os grupos.

Para análise dos resultados foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 for Windows. O nível de significância adotado foi de 5%.

4 RESULTADOS

4. RESULTADOS

Foram entrevistados 236 idosos residentes no município de Patos – PB. Dos idosos entrevistados 118 (50%) são atendidos pelo setor privado e 118 (50%) atendidos pelo setor público.

O grupo de estudo é homogêneo com relação a idade (teste U de Mann-whitney: $p > 0,05$). A idade média dos idosos atendidos pelo setor privado é de 71,1 (desvio padrão=8,34) anos, variando de 60 a 94 anos. A média de idade dos idosos atendidos pelo setor público é de 72,3 (desvio padrão=8,28) anos, variando de 60 a 91 anos.

Com relação a ocupação temos 102 aposentados em cada um dos grupos e 18 ativos. Destes ativos, 7 no grupo privado e 5 no grupo público são do lar; e os demais apresentam como atividade comércio, artesão e profissionais liberais.

A tabela 1 apresenta a análise descritiva para as variáveis escolaridade, raça/etnia, estado civil e renda por grupo de estudo. Observa-se que há associação, teste de qui-quadrado, entre os grupos de estudo e escolaridade ($p=0,004$) sendo que a maioria dos idosos provenientes do setor privado estudou até o fundamental completo. O grupo é homogêneo com relação a raça/etnia e estado civil. Já com relação a renda, temos que o paciente do setor público tem renda inferior a 1 salário mínimo.

Tabela 1 Análise descritiva dos dados biodemográficos por grupo de estudo

	Privado Nº (%)	Público Nº (%)	Nível de significância^{&}
Escolaridade			
Fundamental incompleto	21 (17,8)	43 (36,4)	0,004
Fundamental completo	51 (43,2)	44 (37,3)	
Ensino Médio	23 (19,5)	10 (8,5)	
Superior	23 (19,5)	21 (17,8)	
Raça/Etnia			
Branco	47 (39,2)	30 (25,0)	0,062
Negro	12 (10,0)	16 (13,3)	
Pardo	61 (50,8)	74 (61,7)	
Estado Civil			
Solteiro	14 (11,7)	16 (13,3)	0,51
Casado	62 (51,7)	65 (54,2)	
Viuvo	42 (35,0)	39 (32,5)	
Amasiado	2 (1,7)	-	
Renda			
Menos de 1 salario	40 (33,6)	65 (54,1)	0,006
2 salarios	64 (53,8)	48 (40,0)	
3 salarios	7 (5,9)	6 (5,0)	
Mais de 3 salarios	8 (6,7)	1 (0,8)	

&: Teste de Qui-quadrado

A tabela 2 apresenta a análise descritiva dos principais medicamentos utilizados pelos idosos estratificado por grupo de estudo. Observa-se, pelo teste de qui-quadrado, que há uma associação entre grupos de estudo e tomar anti-hipertensivo ($p < 0,05$), onde há uma prevalência de idosos atendidos no setor privado utilizando esse tipo de medicamento. Observa-se também uma prevalência de idosos não utilizando hipolipemiante e antidepressivo no grupo de idosos do setor público. Para os demais medicamentos (antiinflamatório,

hipoglicemiante, ansiolítico, hipnótico, antipsicótico e antiparsoniano) os grupos se distribuem de forma homogênea.

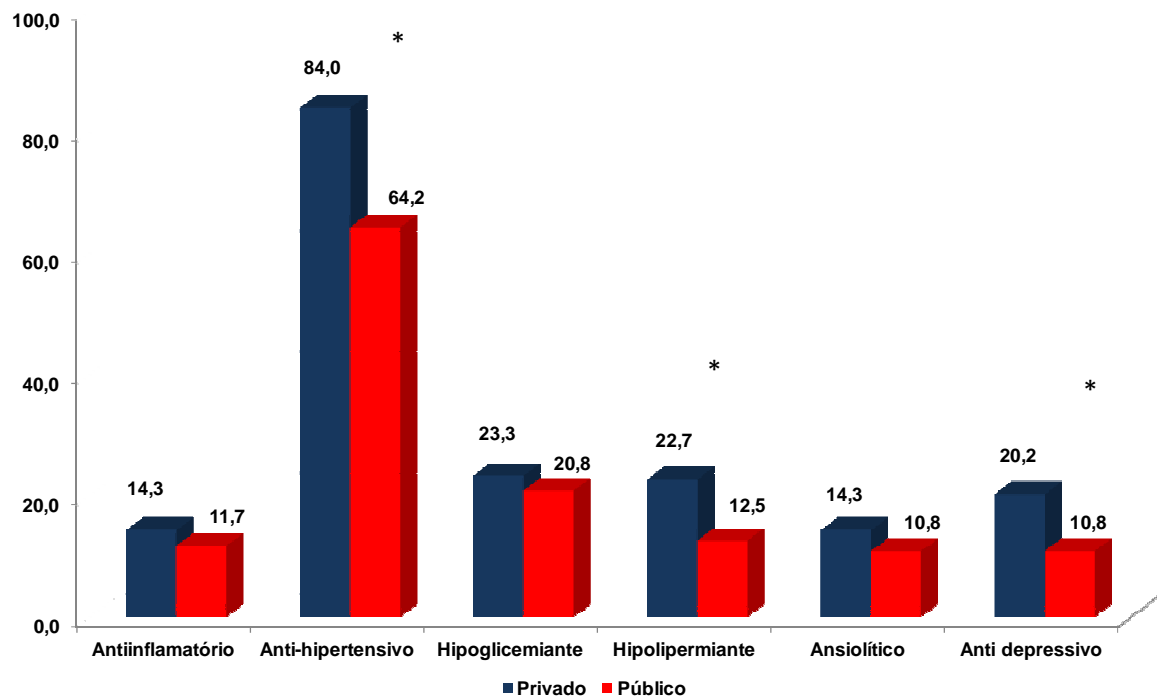
Tabela 2 Análise descritiva dos principais medicamentos utilizados pelos idosos estratificado por grupo de estudo

	Privado	Público	Nível de significância^{&}
	Nº (%)	Nº (%)	
Antiinflamatório			
Sim	17 (14,3)	14 (11,7)	0,547
Não	102 (85,7)	106 (88,3)	
Anti-hipertensivo			
Sim	100 (84,0)	77 (64,2)	<0,001
Não	19 (16,0)	43 (35,8)	
Hipoglicemiante			
Sim	28 (23,3)	25 (20,8)	0,551
Não	92 (76,7)	95 (79,2)	
Hipolipermiante			
Sim	27 (22,7)	15 (12,5)	0,039
Não	92 (77,3)	105 (87,5)	
Ansiolítico			
Sim	17 (14,3)	13 (10,8)	0,421
Não	102 (85,7)	107 (89,2)	
Hipnótico			
Sim	-	1 (0,8)	0,318
Não	120 (100,0)	119 (99,2)	
Anti depressivo			
Sim	24 (20,2)	13 (10,8)	0,046
Não	95 (79,8)	107 (89,2)	
Antipsicótico			
Sim	2 (1,7)	-	0,154
Não	117 (98,3)	120 (100,0)	
Antiparsoniano			
Sim	2 (1,7)	3 (2,5)	0,651
Não	117 (98,3)	116 (97,5)	

[&]: Teste de Qui-quadrado

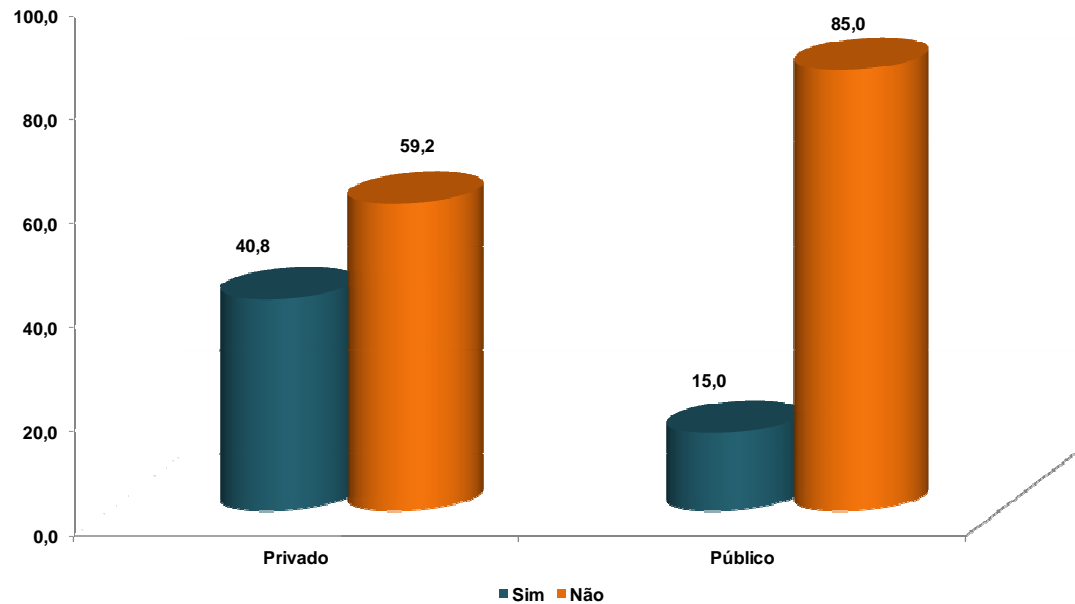
A figura 1 apresenta as prevalências do uso dos medicamentos por grupo de estudo.

Figura 1. Principais medicamentos por grupo de estudo



*: $p < 0,05$

A maior parte dos idosos não possuem cuidador, principalmente os idosos atendidos no setor público (teste de qui-quadrado, $p < 0,05$). Porém se considerarmos apenas os idosos que necessitam cuidador, observa-se, pelo teste de comparação entre duas proporções, que há um maior número de idosos que são atendidos no setor privado que possuem cuidador ($p < 0,001$) (figura 2).

Figura 2. Análise do cuidador por grupo de estudo

Há um maior número de idosos que possuem os filhos como principal cuidador (tabela 3), porém não foi observada associação entre o tipo de cuidador e os grupos de estudo, demonstrando que os grupos são homogêneos com relação a quem são seus cuidadores, apesar disso, temos que no grupo de idosos que são atendidos no setor privado mais de 30% tem como cuidador um profissional remunerado.

Tabela 3 Análise descritiva sobre cuidador por grupo de estudo

	Privado Nº (%)	Público Nº (%)	Nível de significância^{&}
Possui cuidador			
Sim	49 (40,8)	18 (15,0)	<0,001
Não	71 (59,2)	102 (85,0)	
Quem é o cuidador			
Filho	29 (59,2)	8 (44,4)	
Irmão	2 (4,1)	4 (22,2)	0,145
Empregado	3 (6,1)	1 (5,6)	
Outro	15 (30,6)	5 (27,8)	

&: Teste de Qui-quadrado

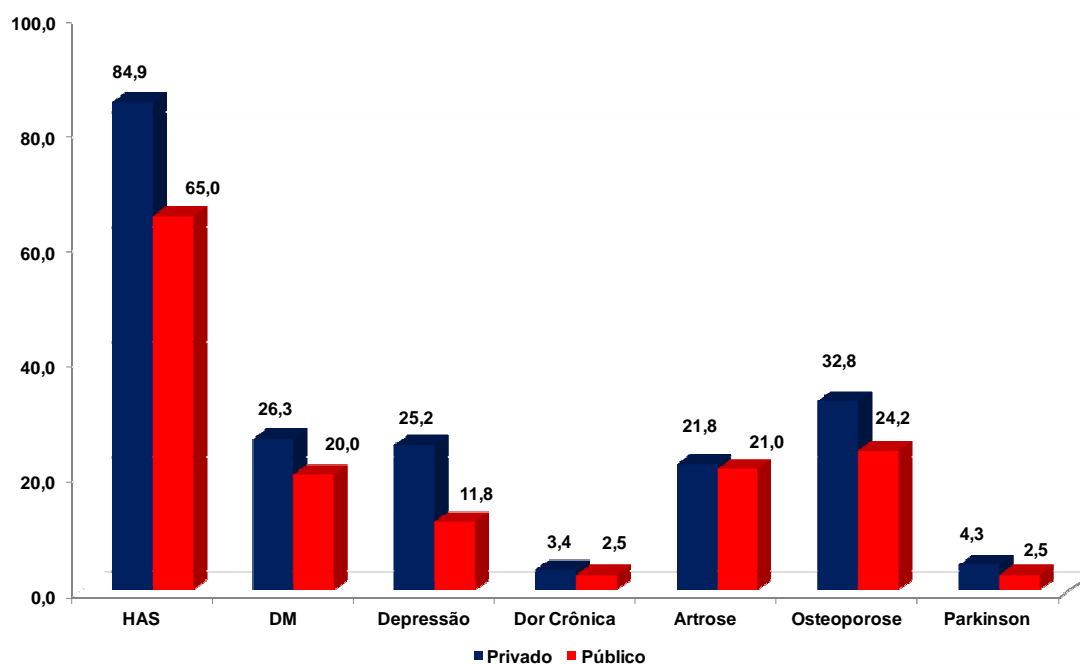
A tabela 4 e figura 3 apresentam a análise descritiva dos principais problemas de saúde relatados pelos idosos estratificado por grupo de estudo. Observa-se, pelo teste de qui-quadrado, que há um maior número de idosos com hipertensão arterial no grupo atendido no setor privado ($p < 0,05$). Com relação a depressão, observa-se pelo teste de comparação entre duas porcentagens, que há uma maior prevalência de idosos com depressão no grupo de idosos atendidos no setor privado ($p < 0,05$). Já para os demais desfechos de saúde não há diferenças entre os dois grupos

Tabela 4 Análise descritiva dos principais problemas de saúde por grupo de estudo

	Privado Nº (%)	Público Nº (%)	Nível de significância^{&}
Hipertensão Arterial			
Sim	101 (84,9)	78 (65,0)	<0,001
Não	18 (15,1)	42 (35,0)	
Diabetes Mellitus			
Sim	31 (26,3)	24 (20,0)	0,251
Não	87 (73,7)	96 (80,0)	
Depressão			
Sim	30 (25,2)	14 (11,8)	0,008
Não	89 (74,8)	105 (88,2)	
Dor Crônica			
Sim	4 (3,4)	3 (2,5)	0,693
Não	115 (96,6)	117 (97,5)	
Artrose			
Sim	26 (21,8)	25 (21,0)	0,601
Não	93 (78,2)	94 (79,0)	
Osteoporose			
Sim	39 (32,8)	29 (24,2)	0,140
Não	80 (67,2)	91 (75,8)	
Parkinson			
Sim	5 (4,3)	3 (2,5)	0,450
Não	112 (95,7)	117 (97,5)	

&: Teste de Qui-quadrado

Figura 3. Principais problemas de saúde por grupo de estudo



A tabela 5 apresenta a análise descritiva para cada um dos domínios e para o escore total do questionário de qualidade do sono de Pittsburg (PSQI) por grupo de estudo. Observa-se, pelo teste U de Mann-whitney, que os grupos são diferentes com relação a qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono e escore total ($p < 0,05$). Os grupos de idosos não diferem com relação a perturbações do sono, uso de medicação hipnótica e disfunção diurna.

Os idosos atendidos no setor público apresentam melhor qualidade do sono do que o grupo de idosos atendidos no setor privado.

Tabela 5 Análise descritiva para cada um dos domínios e escore total do questionário Pittsburgh por grupo de estudo

Domínios	Privado	Público	Nível de significância^{&}
Qualidade subjetiva do sono			
$\mu \pm dp$	1,27 \pm 0,67	1,11 \pm 0,61	
Mediana	1	1	0,05
Mínimo-Máximo	0 – 3	0 - 3	
Latência do sono			
$\mu \pm dp$	1,66 \pm 1,17	1,24 \pm 1,10	0,005
Mediana	2	1,00	
Mínimo-Máximo	0 – 3	0 - 3	
Duração do sono			
$\mu \pm dp$	0,94 \pm 0,99	0,40 \pm 0,63	<0,001
Mediana	1	0	
Mínimo-Máximo	0 – 3	0 - 3	
Eficiência habitual do sono			
$\mu \pm dp$	0,28 \pm 0,66	0,07 \pm 0,28	
Mediana	0	0	0,003
Mínimo-Máximo	0 – 3	0 - 2	
Perturbações do sono			
$\mu \pm dp$	1,63 \pm 0,55	1,57 \pm 0,56	0,53
Mediana	2	2	
Mínimo-Máximo	1 – 3	0 - 3	
Uso da medicação hipnótica			
$\mu \pm dp$	0,88 \pm 1,26	0,73 \pm 1,24	0,25
Mediana	0	0	
Mínimo-Máximo	0 – 3	0 - 3	
Disfunção diurna			
$\mu \pm dp$	1,11 \pm 0,92	1,02 \pm 0,94	
Mediana	1	1	0,383
Mínimo-Máximo	0 – 3	0 - 3	
PSQI			
$\mu \pm dp$	7,73 \pm 3,47	6,07 \pm 0,07	
Mediana	7	6	<0,001
Mínimo-Máximo	1 – 16	0 - 17	

[&]: Teste U de Mann-Whitney; μ : média; dp: desvio padrão

O escore total (quantitativo) do questionário de qualidade do sono de Pittsburgh foi estratificado de duas maneiras, a primeira considerando-se tres categorias (Boa qualidade do sono, qualidade ruim, distúrbio do sono) e a segunda em duas categorias (boa ou má qualidade do sono). A seguir apresentaremos os resultados referentes a essas duas diferentes categorizações.

Há uma associação, pelo teste do qui-quadrado, entre os grupos de estudo e a classificação do PSQI, onde os idosos atendidos pelo setor público apresentam qualidade do sono ruim (tabela 6).

Tabela 6 Classificação da qualidade do sono pelo PSQI

	Privado	Público	Nível de
	Nº (%)	Nº (%)	significância^{&}
Boa qualidade do sono (0 a 4)	22 (18,3)	42 (35,0)	
Qualidade ruim (5 a 10)	64 (53,3)	66 (55,0)	<0,001
Distúrbio do sono (maior de 10)	34 (28,3)	12 (10,0)	

&: Teste de Qui-quadrado

Quando consideramos a estratificação do escore total em boa qualidade do sono (< 5) e má qualidade do sono (≥ 5), observa-se pelo teste de qui-quadrado que há uma associação entre má qualidade do sono e o idoso ser atendido no setor privado ($p < 0,05$).

Tabela 7 Classificação da qualidade do sono pelo PSQI

	Privado Nº (%)	Público Nº (%)	Nível de significância^{&}
Boa Qualidade do sono (0 a 5)	22 (18,3)	42 (35,0)	0,004
Má qualidade do sono (maior ou igual a 5)	98 (81,7)	78 (65,0)	

&: Teste de Qui-quadrado

Os grupos são homogêneos, teste U de Mann-Whitney, com relação a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações ($p > 0,05$) medidos e sumarizados através do índice de Bartel (tabela 8).

Tabela 8 Análise descritiva para o Índice de Bartel por grupo de estudo

	Privado	Público	Nível de significância^{&}
Média	97,6	97,6	
Mediana	100,0	100,0	
Desvio padrão	7,1	7,6	0,98
Mínimo	43,0	42,0	
Máximo	100,0	100,0	

&: Teste U de Mann-Whitney

Os domínios que compõe o índice de Bartel estão descritos na tabela 9 e estratificados por grupo de estudo. Observa-se, pelo teste U de Mann-Whitney, que os grupos diferem apenas nos domínios de subir escadas e transferência cadeira/cama ($p < 0,05$), para os demais domínios os grupos são homogêneos ($p > 0,05$). Com relação a subir escadas os idosos provenientes do setor público apresentam maior facilidade em subir escadas, já para o domínio de transferência cadeira/cama os idosos do setor privado apresentam maior mobilidade.

Tabela 9 Análise descritiva para cada domínio do índice de Bartel por grupo de estudo

	Privado	Público	Nível de significância ^{&}
Higiene Pessoal			
μ ± dp	4,98 ± 0,16	4,97 ± 0,16	0,99
Mediana	5	5	
Mínimo-Máximo	4 – 5	4 – 5	
Banho			
μ ± dp	4,93 ± 0,48	5,03 ± 0,76	0,32
Mediana	5	5	
Mínimo-Máximo	0 – 5	1 – 10	
Alimentação			
μ ± dp	10,0 ± 0,0	9,97 ± 0,26	0,16
Mediana	10	10	
Mínimo-Máximo	10 – 10	8 – 10	
Toaleta			
μ ± dp	9,92 ± 0,65	9,88 ± 0,80	0,65
Mediana	10	10	
Mínimo-Máximo	5 – 10	3 – 10	
Subir escadas			
μ ± dp	9,08 ± 2,60	9,90 ± 1,32	0,01
Mediana	10	10	
Mínimo-Máximo	0 – 10	0 – 19	
Vestuário			
μ ± dp	9,83 ± 0,98	9,75 ± 1,29	0,52
Mediana	10	10	
Mínimo-Máximo	2 – 10	2 – 10	
Controle bexiga			
μ ± dp	9,45 ± 2,10	9,85 ± 0,53	0,73
Mediana	10	10	
Mínimo-Máximo	0 – 10	8 – 10	
Controle intestino			
μ ± dp	9,90 ± 0,77	10,03 ± 0,50	0,18
Mediana	10	10	
Mínimo-Máximo	2 – 10	8 – 15	
Deambulação			
μ ± dp	14,63 ± 1,20	14,53 ± 1,50	0,93
Mediana	15	15	
Mínimo-Máximo	8 – 15	8 – 15	
Transferência cadeira/cama			
μ ± dp	14,93 ± 0,69	14,71 ± 1,12	0,03
Mediana	15	15	
Mínimo-Máximo	8 – 15	8 – 15	

[&]: Teste U de Mann-Whitney; μ: média; dp: desvio padrão

Quando se categoriza o índice de bartel em independente (nível de 80 a 100), semi-independente (nível de 60 a 79) e parcialmente independente (nível de 40 a 59), observa-se, pelo teste de qui-quadrado, que os grupos são homogêneos ($p>0,05$). Salienta-se que neste grupo nenhum idoso apresentou nível que o classifica-se em muito dependente e totalmente dependente.

Tabela 10 Análise descritiva para as categorias do índice de bartel por grupo de estudo

	Privado Nº (%)	Público Nº (%)	Nível de significância^{&}
Independente (80 a 100)	118 (98,3)	115 (95,8)	
Semi-independente (60 a 79)	1 (0,8)	4 (3,3)	0,40
Parcialmente dependente (40 a 59)	1 (0,8)	1 (0,8)	

&: Teste de Qui-quadrado

5. DISCUSSÕES

5. DISCUSSÕES

O envelhecimento da população surge como um novo paradigma para a saúde pública, tendo em vista o aumento no contingente de idosos cada vez mais vulneráveis as doenças crônico degenerativas com impacto na qualidade de vida.

Assim sendo, os estudos sobre os distúrbios do sono na população idosa emergem com grande significado para o entendimento deste agravo na qualidade de vida de idosos atendidos no setor público e privado, bem como a comparação dos resultados nos dois segmentos avaliados poderá trazer subsídios para uma melhor abordagem e compreensão destas afecções.

O sono é um processo fisiológico e comportamental essencial para o funcionamento adequado do organismo (COSTA et al., 2013). A literatura estudada deixa evidente o impacto do sono na vida das pessoas, sobretudo na vida do idoso, com repercussões negativas para a vida diária e comprometimento da qualidade de vida. O envelhecimento demanda geralmente em uma série de alterações na vida do indivíduo e dentre elas, alteração no padrão de sono habitual como diminuição na quantidade e qualidade do sono. Nesse aspecto, analisar os fatores que interferem na qualidade do sono é fundamental para o planejamento de ações de saúde dos profissionais tanto no setor público como no privado.

As alterações no padrão do sono do idoso podem trazer repercussões deletérias para a vida do idoso no âmbito biopsicosocial. Fato este preocupante, pois embora os idosos geralmente apresentem queixas em relação ao seu sono, estas ainda são subvalorizadas, resultando em má

qualidade e distúrbios do sono, além de prejuízos na execução de atividades diárias e saúde. A qualidade do sono é fator importante para saúde e bem estar geral dos idosos.

Portanto reconhecer a importância do sono e sua função homeostática na vida do idoso é essencial para a promoção de um envelhecimento com mais saúde e melhor qualidade. Incentivar hábitos de vida saudável, engajamento social, atividade física, higiene adequada do sono são algumas sugestões para melhoramento da qualidade de sono e funcionalidade.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PSNI) propõe a preservação da independência e autonomia do idoso pelo maior tempo possível, pois postergada a expectativa de vida do idoso, este por sua vez necessitará de uma assistência mais integral e conjunta de profissionais, idoso e família.

Escolhemos duas populações com diferenças potenciais em relação às variáveis. Um grupo atendido no serviço privado e outro grupo no serviço público.

O primeiro grupo de idosos estudados do setor privado foi atendido numa clínica particular de especialidades médicas de geriatria e cardiologia na cidade de Patos- PB. Os pacientes foram atendidos através de procura espontânea ou com encaminhamentos por médicos de outras especialidades ou ainda por recomendação de outros pacientes. O atendimento foi custeado pelo próprio paciente ou através de convênio médico.

O segundo grupo de pacientes idosos foi atendido no SUS no programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de Patos-Paraíba. Os pacientes cadastrados em uma unidade do PSF foram atendidos através de

procura espontânea ou eram participantes dos grupos de hipertensão e diabetes (HIPERDIA).

Uma das limitações do estudo foi confrontar dados sobre a comparação da qualidade do sono da população idosa nos Subsistemas público e privado com estudos semelhantes na literatura pesquisada, devido a limitação ou escassez de trabalhos relacionados a esta temática.

5.1. Perfil sócio demográfico da amostra

A população idosa estudada foi representada por 50% de idosos de Instituição privada e 50% representando a instituição pública. Após pareamento os grupos mostraram-se homogêneos em relação a idade. Dos idosos atendidos no setor privado média de idade é de 71,1 anos, variando de 60 a 94. Em relação ao setor público a idade média é de 72,3 anos, variando de 60 a 91 anos. Portanto a média de idade não diferiu entre os dois grupos avaliados.

De acordo com estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) (2012), em 2050 haverá cerca de 50 milhões de idosos apenas no Brasil e a tendência da população brasileira é apresentar um número cada vez maior de idosos, destacando-se a presença de idosos mais longevos, enfatizando a necessidade de rever políticas nacionais referentes a esse grupo, principalmente para o gênero feminino que é predominante nesta população. Diante disso torna-se prioritário estabelecer políticas específicas de saúde e de desenvolvimento tanto no setor público quanto no privado de assistência à

saúde; a fim de viabilizar uma assistência mais globalizada para essa faixa etária.

Nesse estudo no que se refere á escolaridade, 51(43,2%) dos idosos atendidos no setor privado concluíram o ensino fundamental, enquanto dos usuários atendidos no setor público apenas 44 (37,3%). Considerando os resultados apresentados, presume-se que o poder aquisitivo das pessoas contribue para um maior nível de escolaridade e este por sua vez, exerce grande influência na vida do indivíduo, contribuindo geralmente para uma maior capacidade de comunicação, melhor percepção da saúde, maior perspectiva de vida e, por conseguinte mais qualidade de vida. A baixa escolaridade para Alvarenga e colaboradores (2011), pode ser explicada pela época em que esses idosos nasceram e cresceram. A educação formal não era valorizada e as condições socioeconômicas eram precárias, dificultando o acesso à escola, principalmente no meio rural.

Conforme afirmam Del Duca e colaboradores (2012), idosos com baixa escolaridade podem apresentar um estado de saúde precário decorrente de piores hábitos de vida, bem como maior exclusão social, menor nível de informação e piores condições socioeconômicas para o livre acesso aos serviços de saúde de maneira precoce. Em contrapartida, para o mesmo autor o acesso à alfabetização pode propiciar maior participação dos idosos em programas de promoção à saúde. A chance de um idoso relatar um estado de saúde melhor é maior entre aqueles com mais anos de estudo (LOUVISON, *et al.*,2008).

Os grupos apresentaram homogeneidade em relação à raça/etnia e estado civil e para o pareamento dos grupos estarem casados pode influenciar

positivamente na melhora dos agravos de saúde, pois pesquisadores afirmam que ter um companheiro ou companheira para realizar as atividades diárias é de grande importância para a saúde do idoso, contribuindo para auto-estima e autonomia (DEL DUCA, 2012).

A maioria dos idosos de ambos os grupos não trabalhava e estava aposentado. Da parcela atuante no mercado de trabalho 07 representavam o grupo privado e destes, 102 estavam aposentados; e quanto ao grupo público, 05 trabalhavam e 102 estavam aposentados.

Em relação à renda mensal, a média foi de 01 salário mínimo para o grupo público 65 (54,1%). Já em relação ao grupo privado, 64 (53,8%) possuía uma renda de 02 salários, e 08 (6,7%) mais de 03 salários mínimos. Em concordância com este estudo a renda no Brasil é de até um salário mínimo para 43,3% dos idosos ou de um a dois salários mínimos, para 29,0% (IBGE, 2010). A questão financeira afeta muito a pessoa idosa, diminuindo muitas vezes a adesão a tratamentos em decorrência do preço de alguns medicamentos, acesso a uma alimentação de melhor qualidade e, sobretudo redução na qualidade do sono devido ao estresse causado pela limitação financeira. Nesse enfoque, Clares et al, (2012) aponta que rendimentos insuficientes não suprem as necessidades de idosos e suas famílias.

O nível de renda familiar, como indicador de nível socioeconômico, poderia influenciar a apresentação dos distúrbios do sono em relação à piora e a intensidade dos sintomas, já que poderia influenciar na maior disponibilidade de acesso a assistência médica. Esse acesso resultaria, portanto, em diagnóstico mais precoce das comorbidades, consultas com especialistas e outros profissionais da saúde ou ainda maior facilidade na aquisição de

medicamentos e terapias não farmacológicas. Como a renda exerce um forte impacto sobre a saúde da população e do idoso principalmente com a formação de novos arranjos domiciliares, onde muitos idosos contribuem de maneira significativa para o orçamento da família (SANTOS, 2013).

Idosos com melhores rendimentos, tendem a ser mais independentes para o auto-cuidado e usarem a medicação de maneira mais correta, em contrapartida, os que detêm menor poder aquisitivo, são mais suscetíveis a doenças e, conseqüentemente, precisam de maior atenção à saúde (LOUVISON, 2008).

5.2. Principais medicamentos utilizados

Observa-se através do teste de qui-quadrado uma associação entre os grupos de estudo quanto ao uso de medicações com maior prevalência do uso de antihipertensivos, antidepressivos e hipolipemiantes no setor privado, onde 100 (84%) dos idosos atendidos no setor privado e 77 (64,2%) dos idosos do setor público usam antihipertensivos. Para o uso de antidepressivos (20,0%) dos idosos atendidos no setor privado e (10,8%) dos idosos do setor público usam essa medicação e onde (23,3%) dos idosos atendidos no setor privado e (20,8%) dos idosos do setor público usam hipolipemiantes. Para as demais classes de medicamentos os grupos se distribuem de forma homogênea.

A maior prevalência do uso de antihipertensivos, antidepressivos e hipolipemiantes verificada no setor privado está associada ao maior número de doença reportadas, bem como maior número de comorbidades neste grupo. Esse dado deve ser relacionado também às características dessa população

estudada, pois, como referido, trata-se de idosos encaminhados por outras especialidades ou que procuram um atendimento de referência no setor de cardiologia e/ou geriatria. Nessa situação, encontram-se aí indivíduos mais vulneráveis com maior número de enfermidades crônicas, quadro clínico mais complexo e requerendo maior número de intervenções, inclusive no que se refere á farmacologia.

Corroborando com esses dados, um estudo populacional com aposentados em Belo Horizonte- MG, revelou uma prevalência do uso de anti-hipertensivos elevada (88,7%) (GONTIJO *et al.*, 2012) mostrando assim a necessidade de se estudar esses produtos, que estão entre os mais consumidos pelos idosos. É importante destacar que existe uma elevada freqüência de terapia combinada, o que corrobora a literatura no sentido de que a maioria dos idosos necessita de mais de um anti-hipertensivo, principalmente para o controle da pressão arterial sistólica (PIEGAS *et al.*, 2009).

5.3. Principais problemas de saúde

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) podem acarretar prejuízos no estado geral de saúde e na funcionalidade dos idosos, interferindo negativamente na qualidade de vida dessas pessoas, inclusive no padrão e na qualidade do sono (WOLKOVE *et al.*, 2007).

No presente estudo observa-se uma prevalência de 101(84,9%) idosos hipertensos e 30 (25,2%) com depressão atendidos no setor privado. Com o passar dos anos, cresce a suscetibilidade para as doenças crônicas e outros problemas de saúde. De acordo com os resultados podemos perceber que a

maior prevalência de hipertensão e depressão entre os idosos do setor privado se dá provavelmente pelo fato destes procurarem serviços mais especializados de forma mais rotineira, obtendo diagnóstico de doenças mais precocemente.

A incidência e a prevalência de doenças crônicas aumentam com a idade, com destaque para as doenças cardiovasculares (DCV). A principal doença crônica dos idosos é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Estudo epidemiológico com idosos residentes na cidade de São Paulo encontrou prevalência de HAS de 62% (MIRANDA, 2012).

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado não só o aumento da prevalência de hipertensão com a idade, mas, também a sua ocorrência associada a outros fatores de risco, como estilo de vida e hábitos alimentares, todos independentemente associados ao aumento de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares (PASSOS, ASSIS, BARRETO, 2006; Citado por PILGER, MENON e MATHIAS, 2012). Corroborando com este dado Eguchi e colaboradores (2010), apontam que a associação entre redução do tempo total de sono também foi observada em doenças cerebrovasculares. Menor duração do sono foi um risco independente para a futura incidência de eventos de AVC, em pacientes hipertensos.

Em uma revisão sistemática de evidências epidemiológicas sobre a associação entre duração do sono e risco cardiometabólico (KNUTSON, 2010) verificou-se que a maior parte dos estudos analisados identificava a associação para os sujeitos com duração do sono noturno inferior a seis horas. Tal associação foi encontrada para a prevalência de diabetes, hipertensão e índice de massa corpórea elevado.

No Brasil a presença de depressão entre idosos vem aumentando significativamente nos últimos anos, com uma prevalência variando nesse grupo de 4,7% a 36,8% sendo considerado um dos problemas psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas (BRASIL, 2007). Este estudo corrobora com o resultado encontrado na presente pesquisa, onde 30 (25,2%) dos idosos do setor privado tinham diagnóstico de depressão. A prevalência da depressão no Brasil varia de 3% a 11%, na população geral, com predominância nas mulheres (BRASIL, 2007; WHARTON, 2007).

A Depressão repercute não somente na qualidade, mas também na quantidade do sono (LI et al, 2012). Indivíduos seriamente deprimidos têm pior padrão de sono quando comparado àqueles que apresentam depressão leve e moderada (GUPTA e LAHAN, 2011). Conforme Li e colaboradores (2012) há evidência sugerindo que a insônia precede a depressão, assim como indivíduos não deprimidos com história familiar positiva para depressão comumente apresentam transtorno do sono (BAGLIONE; BATTAGLIESE; FEIGE, 2011).

5.4. Cuidador de idosos

Calcula-se que até 2025, 15% da população total do Brasil seja de idosos (IBGE, 2010) e com o aumento da idade, os idosos sofrem alterações em seu estilo de vida. Essas alterações podem ser ocasionadas por problemas de saúde ou mesmo pelo processo fisiológico do envelhecimento (GARBIN et al., 2008). Portanto as alterações advindas do envelhecer por vezes, reduzem a capacidade funcional de muitos idosos para gerenciamento de atividades

básicas de sobrevivência como alimentar-se, tomar banho, caminhar ou ler o jornal. Segundo Zem-Mascarenhas e Barros (2009) o envelhecimento transforma pessoas ativas e produtivas em vulneráveis e dependentes, então na presença de limitações os idosos passam a depender de um cuidador.

Nesse enfoque, Silveira; Caldas; Carneiro (2006) afirmam que com a necessidade de um cuidador é preciso que este possua características especiais para que possa oferecer uma assistência adequada ao idoso.

A maior parte dos idosos do estudo não apresenta cuidador, embora haja uma prevalência de 49 (40,8%) dos idosos atendidos no setor privado que possuem cuidador. Outro aspecto relevante é que ambos os grupos apresentam-se homogêneos com relação a quem são seus cuidadores, mas apesar disso, 30,6% dos idosos atendidos no setor privado têm como cuidador um profissional remunerado.

O cuidador de idosos de acordo com Rocha; Vieira; Senna (2008) pode ser dividido em formais e informais. Os cuidadores formais prestam cuidados no domicílio com remuneração e com poder decisório reduzido, cumprindo tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde que orientam o cuidado. Estes por sua vez são profissionais capacitados para o cuidado, em geral, são técnicos de enfermagem com formação para o cuidado em saúde dos portadores de saúde física ou mental, em função das necessidades especiais que o idoso apresenta e os cuidadores informais são os familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos e outras pessoas da comunidade. Pessoas que se voluntariam a cuidar dos idosos, sem formação profissional específica.

A presença do cuidador na vida do idoso é importante e valiosa, pois a arte de cuidar envolve dedicação, responsabilidade e o bom cuidado precisa ser incentivado e ensinado pelos profissionais de saúde. Este auxílio técnico pelos profissionais de saúde envolve desde orientações necessárias na arte de cuidar, principalmente em relação aos idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, bem como orientações na atenção da saúde dos próprios cuidadores, pois a atividade de cuidar de idosos dependentes é desgastante e implica riscos à saúde mental e física do cuidador.

5.5. Avaliação da qualidade do sono e seus componentes

Um sono saudável é fundamental para a manutenção do equilíbrio homeostático do organismo e para a preservação das atividades cotidianas do indivíduo. A literatura mostra que quem dorme pouco ou com má qualidade está mais propenso a apresentar graves problemas de saúde.

O indivíduo em qualquer fase da vida poderá sofrer problemas relacionados ao sono, mas é na velhice que se torna mais vulnerável a essas ocorrências (WOLKOVE, 2007).

As mudanças no sistema circadiano de temporização são consideradas um marco do envelhecimento e têm sido apontadas como fatores subjacentes à reduzida qualidade do sono do idoso. Supõe-se então que os ritmos da rotina de vida diária atuam sobre a sincronização dos ritmos circadianos, constituindo mecanismo de proteção que contribui para a qualidade de sono. Esses ritmos estão ligados à regularidade do estilo de vida como estabilidade

na frequência e duração das atividades realizadas, tais como alimentação, lazer e atividades sociais (ZISBERG et al., 2010).

Através da análise descritiva dos domínios para o escore total do questionário de qualidade de sono de PSQI verificou-se que os grupos são diferentes, e os componentes mais prejudicados são apresentados pelos idosos atendidos no setor privado. Dentre os componentes com pontuação mais elevada estão: qualidade subjetiva do sono (média 1,27; \pm 0,67 e mediana 1,0), latência do sono (média 1,66; \pm 1,17 e mediana 2,0), duração do sono (média 0,94; \pm 0,99 e mediana 1,0), e eficiência habitual do sono (média 0,28; \pm 0,66 e mediana 0) . Os grupos não diferem com relação a perturbações do sono, uso de medicação hipnótica e disfunção diurna.

A qualidade subjetiva do sono refere-se a percepção individual a respeito da qualidade. Ao analisar a qualidade subjetiva do sono dos idosos do setor privado, verificamos que estes têm uma percepção de sono de má qualidade (média 1,27 \pm 0,67 e mediana 1,0), fato este podendo estar associado as alterações no padrão do sono decorrente do processo natural de senescência, ao maior número de comorbidades e consumo de medicações tem sido apontado na literatura como preditores de impacto negativo sobre o sono.

A latência do sono corresponde ao intervalo de tempo que a pessoa leva para adormecer e está associada à eficiência do sono noturno. Para Teixeira (2006), a restrição do sono e a extensão do sono afetam a eficiência noturna, acrescentando que especificamente quando o sono é reduzido a eficiência aumenta e quando o sono é estendido a eficiência do sono é reduzida. Neste estudo a latência do sono (média 1,66 \pm 1,17 e mediana 2,0) é

maior no setor privado em comparação com (média $1,24 \pm 1,10$ e mediana 1,0) no setor público.

A duração do sono (média 0,94; $\pm 0,99$ e mediana 1,0), refere-se a duração total do sono em horas, ou seja quanto tempo permanece dormindo. Alguns artigos sugerem que a duração no tempo total de sono possa estar associada a alterações cognitivas (FERNANDEZ-MENDONZA, VELA-BUENO, VGONTZAS et al., 2010). Sugere-se que seis a sete horas de sono seja um divisor entre uma quantidade de sono adequada e uma privação crônica de sono. Porém evidencia-se que tanto uma redução no tempo total de sono abaixo de seis horas, como um aumento do tempo total de sono também possam trazer comprometimentos cognitivos (FERRIE et al., 2011).

Evidencia-se que independente da duração do tempo do sono, a percepção de qualidade reparadora do sono é um preditor de dor clínica tanto em adultos saudáveis como em adultos com insônia, e sono fragmentado é preditor de dor clínica no dia seguinte em indivíduos portadores de dor crônica (FERNANDEZ-MENDONZA, VELA-BUENO, LIAO D et al., 2012).

A eficiência habitual do sono ou eficácia do sono é o quociente entre o tempo total de sono (TTS) e o período total de sono (PTS). É a relação entre o número de horas dormidas e o número de horas em permanência no leito, não necessariamente dormindo. Neste estudo (média 0,28; $\pm 0,66$ e mediana 0). A queixa de sono não reparador já é comum entre os idosos. Relatos de fragmentação (acordar no meio da noite e voltar a dormir ou não) e dificuldades em adormecer foram encontradas entre as queixas relacionadas ao sono (MONTEIRO e CEOLIM, 2014), em outro estudo realizado no Brasil com 158

idosos residentes na comunidade, porém em menor freqüência (OLIVEIRA, 2010).

Vários fatores podem contribuir para o surgimento ou exacerbação dos problemas do sono na terceira idade comprometendo a sua qualidade. A ausência de um ambiente tranquilo para dormir, a claridade do cômodo e o número de pessoas no quarto com o idoso somando-se ainda a outros fatores podem dificultar ou mesmo impedir o sono e o repouso desses indivíduos aumentando a latência, reduzindo a eficiência e tornando o sono mais fragmentado. Portanto, hábitos inadequados de sono e vigília repercutem em perdas na qualidade do sono desses sujeitos, acarretando problema de maior complexidade.

5.6. Classificação da qualidade do sono pelo PSQI

Ao avaliar a qualidade do sono, os idosos atendidos no setor público apresentam qualidade de sono ruim, dado confirmado pela pontuação global, uma vez que 66 (55%) dos idosos obtiveram pontuação superior a cinco; 42 (35%) destes, qualidade boa de sono. Em relação ao setor privado 34 (28,3%) relataram distúrbios do sono, ou seja, problemas em relação ao sono que ocorriam freqüentemente três vezes por semana ou mais: levantar-se para ir ao banheiro, acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo, sentir muito frio ou calor, sentir dores.

A qualidade do sono, referida pelos idosos atendidos no serviço público 42 (35%) classificaram-na como boa de acordo com o PSQI; e destes 78 (65%) como má qualidade do sono. Achados aproximados a este estudo foram

referenciados por Monteiro e Ceolim (2014) que entre os idosos, 30,6% foram classificados com sono de boa qualidade e 69,4% má qualidade. No que se refere ao setor privado 22 (18,3%) relataram boa qualidade de sono (0 a 5) e 98 (81,6%) má qualidade de sono (maior ou igual a 5).

Quanto á qualidade do sono sabe-se que dificuldades para dormir afetam indivíduos de todas as idades, mas há um aumento no número de afetados diretamente proporcional com o aumento da idade. Comumente pessoas idosas manifestam dificuldades em obter um grau satisfatório de sono, destacando a importância da avaliação do mesmo ao avaliar globalmente ao saúde do idoso (CORRÊA & CEOLIM, 2008).

5.7. Índice de Barthel

A rápida transição demográfica e epidemiológica no Brasil traz grandes desafios e repercute em novas demandas de saúde, especialmente o crescimento de doenças crônicas e de incapacidades funcionais, implicando em maior procura de serviços de saúde.

O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças (MORAES, 2009).

A análise da funcionalidade consiste na mensuração e na classificação da capacidade funcional, para que se identifiquem suas limitações (RASO, 2002). Contudo esta avaliação é realizada com base na capacidade do

indivíduo de execução das atividades de vida diária. Neste estudo optou-se por avaliar as atividades de vida diária, adotando o índice de Barthel. Segundo estudos realizados com aplicação deste índice, a cada ano cerca de 10% da população adulta, a partir dos 75 anos perde a independência em uma ou mais atividades básicas de vida diária, tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se, e higiene pessoal (REIS & TORRES, 2010).

A classificação geral dos idosos segundo o IB demonstrou que os grupos de ambos os serviços deste estudo são homogêneos em relação a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações ($p>0,05$)

Em relação ao domínio subir escadas os idosos do setor público apresentaram maior nível de independência do que os do setor privado, esta diferença pode estar relacionada a maior proporção de comorbidades entre os idosos do setor privado.

Um estudo realizado com idosos no Brasil em 2007 utilizando o IB demonstrou que os idosos eram em sua maioria independentes, pois 63% não precisavam de qualquer ajuda para realizar as atividades básicas de vida diária; 23% apresentavam dependência moderada, 9% dependência leve 3% dependência severa e apenas 2%, dependência grave (MINOSSO et al., 2010)

A independência funcional esteve presente entre a maioria dos sujeitos avaliados, sendo representada por 98,3% dos idosos atendidos na rede privada e 95,8% do setor público.

A utilização do IB serve para pareamento das populações, pois os distúrbios de sono preferencialmente devem ser avaliados em indivíduos ou populações que compartilham o mesmo grau de independência ou

dependência para proporcionalidade das comparações, sendo esperado para idosos com mais dependência e mais comorbidades um maior acometimento na qualidade do sono

6. CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Os grupos foram homogêneos com relação a idade, sexo, raça/etnia e estado civil. Os idosos provenientes do sub-sistema público apresentaram baixa escolaridade e menor renda mensal.

Os idosos atendidos no município de Patos-PB apresentaram má qualidade do sono por meio da avaliação da qualidade do sono do Pittsburgh (PSQI). De acordo com o PSQI, 81,7% dos idosos do setor privado referiam má qualidade de sono, com maior latência, duração e eficiência do sono e destes, 28,3% distúrbios do sono quando comparados idosos do setor público.

Neste estudo, os dados indicativos de sono de má qualidade no setor privado enfatizam para a necessidade de um olhar mais cuidadoso e uma avaliação mais detalhada das necessidades mais básicas do idoso, sobretudo do sono, especialmente para os fatores que provocam sua fragmentação, visto que o sono do idoso já se encontra deficiente em decorrência de modificações fisiológicas do próprio envelhecimento.

Em relação a capacidade funcional a maioria dos idosos foi classificada como independentes conforme o índice de Bartel, diferindo da maioria dos estudos encontrados na literatura.

A avaliação das atividades básicas de vida diária medidas pelo IB são fundamentais para autopreservação e sobrevivência dos indivíduos. Portanto a preservação da autonomia do idoso para a execução das atividades básicas do cotidiano devem ser encorajadas como medidas de prevenção de incapacidades na população estudada.

Acredita-se que o presente estudo tenha trazido informações importantes sobre a qualidade do sono dos idosos moradores da cidade de Patos. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas afim aperfeiçoar o conhecimento e viabilizar um manejo adequado no cuidado oferecidos aos idosos em qualquer nível de assistência à saúde pública ou privada.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

ÁGORA, R. Divulg. Cient., ISSN 2237-9010, Mafra, v. 17, n. 2, 2010

AGRA, F. M. R. Aposentados no Mercado de trabalho – uma Realidade Dinâmica em Viçosa, MG. In: MAFRA, Simone Caldas Tavares; SILVA, Vania Eugênia da. (orgs.). Envelhecimento no Brasil: um olhar sob o aspecto social.

Viçosa-MG: Ed. UFV, 2012. 228p.

ALESSI, C. A. et al. Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(5):803-10.

ALEXANDRE, T. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida em idosos com osteo-artrite de joelho. *Revista Fisioterapia e Pesquisa* 2008;15:326-32.

ALONSO CA, Estebaranz AI. Sleeping difficulties among the elderly. *Rev Enferm.* 2006;29(3):48-52.

ALVARENGA, M. R. M., et al. Rede de Suporte Social do Idoso Atendido por Equipes de saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva.* 2007;25(4):344-50

AMARAL, F. L. J. S. et al. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.6, pp. 1835-1846. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001400034>.

ANCOLI-ISRAEL, S. et al. Fatigue, sleep, and circadian rhythms prior to chemotherapy for breast cancer. *Support Care Cancer* [Internet]. 2006 [cited 2010 Sep 30];14(3):201-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1599708/>

ARAÚJO, C. L.; CEOLIM, M. F. Sleep quality of elders living in long-term care institutions. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(3):615-22.

ARAÚJO, L. A.; BACHION M. M. [Nursing diagnoses of the Pattern of Mobility in the elderly attended by the Family Health Program]. *RevEscEnferm USP.* 2005;39(1):53-61. Portuguese.

ARAUJO, C. L. O.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. Rev. esc.enferm USP [online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 619-626.ISSN 0080-6234.<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300010>.

ARAUJO, D. F.; ALMONDES, K. M. de. Avaliação da sonolência em estudantes universitários de turnos distintos. Psico-USF [online]. 2012, vol.17, n.2, pp. 295-302. ISSN 1413-8271. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712012000200013>.

ARAÚJO, M.; COELIM, M. F. – Avaliação do Grupo de Independência de idosos residentes de idosos residentes em instituição de longa permanência. Revista de escola de enfermagem USP. 2007; 41(3).
Avidan AY. Sleep disorders in the older patient. PrimCare 2005 Jun;32(2):563-86.

ARENDR, J. Shift work: coping with the biological clock. Occupational Medicine, 60, 10-20; 2010.

BACELAR, A. et al. Insônia do Diagnóstico ao tratamento: III Consenso Brasileiro de Insônia-2013/Associação brasileira do sono. 1. ed. São Paulo: Omnifarma, 2013.

BAGLIONI, C. et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. J Affect Disord. 2011 Dec;135 (1-3):10-9.

BALLONE, G. J. Transtorno do sono em idosos. Psiq Web Psiquiatria Geral .2001; 1-6

BALTER, M. B. et al. New epidemiologic findings about insomnia and its treatment.

BANCO MUNDIAL. Envelhecendo em um Brasil mais velho. Washington DC: Banco Mundial, 2011

BÁRBARA C.; PINTO, P. – **Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono Diagnóstico e terapêutica**. Monografia VitalAire®; 2005.

BÁRBARA, C. Fisiopatologia da síndrome de apnéia obstrutiva do Sono (SAOS). In: Gomes M, Sotto-Mayor R, editors. Tratado de pneumologia. Lisboa; 2003. Vol I secção K, Cap 77, Pag. 1036-9.

BARICHELLO, E. et al., Quality of sleep in postoperative Surgical Oncologic Patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(4):481-8.

BENEDITO-SILVA, A. A. Cronobiologia do ciclo vigília-sono. In S. Tufik. Medicina e biologia do sono. 2008, (pp. 25-33). São Paulo: Manole.

BIANCHI, M. T.; WANG, W.; KLERMAN E. B. Sleep misperception in healthy adults: implications for insomnia diagnosis. J Clin Sleep Med. 2012 Oct 15;8(5):547-54.

BOSCOLO, R. et al. – **Avaliação do Padrão do Sono Actividade Física e Funções Cognitivas em idosos**. Revista Portuguesa de Ciência e Desporto, 2007, 7(1), p.18-25.

BRASIL. Censo Demográfico de 2000, disponível em Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em [HTTP://www.ibge.gov/home/estatistica/população](http://www.ibge.gov/home/estatistica/população), acessado em 09 maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso.

Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302-330.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do Mine-Exame do Estado Mental no Brasil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. 2003, 61(3):777-781 B.

CABALLO, V. E.; NAVARRO, J. F.; SIERRA, J. C. **Tratamento comportamental dos transtornos do sono.** In: CARLSON, N. R. fisiologia do comportamento. 7ª edição de São Paulo Manole 2002.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. Bioestatística: Princípios e Aplicações. Porto Alegre: Ed. ARTMED, 2003.

CÂMARA, V. D.; CAMARA, W. S. In: Distúrbios do Sono no Idoso. Freitas, EV de, Py,L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro. Koogan, 2011. 3ed. P 278 – 284.

CANCELA, D. O Processo de Envelhecimento. Portal dos Psicólogos. 2008, Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

CARDÃO, S. O Idoso Institucionalizado. Lisboa: Coisas de Ler, 2009.

CARRANZA-LIRA, S.; GARCÍA, L. F. Melatonin and climactery. Med Sci Monit. 2000 Nov-Dec; 6 (6):1209-12.

CHELLAPPA, S. L.; ARAÚJO, J. F. Relevância clínica de pesadelos em pacientes com transtorno Chellappa SL, Araújo JF. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão.

CHELLAPPA, S. L.; & ARAÚJO, J. F. (2006 b Santos, A.M.S. (2003). *Idosos, família e cultura*. Campinas: Alínea.

CHELLAPPA, S. L.; ARAÚJO, J. F. Excessive daytime sleepiness in patients with depressive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 126-130. 2006.

CLARES, J. W. B. et al. Sleep and rest needs of seniors: a study grounded in the work of Henderson. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.spe1, pp. 54-59. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000800009>.

CORREA, K. CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2008, vol.42, n.1, pp. 12-18. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100002>.

COSTA, S. V.; CEOLIM, M. F.; NERI, A. L. Sleep problems and social support: Frailty in a Brazilian Elderly Multicenter Study. *Ver LatinoamEnferm.* 2011;19(4):920-7.12.

VOYER, P. et al. Prevalence depressivo. *Rev. psiquiatr. clín.* (São Paulo). 2006; 33(4): 183-187.

DANTAS, G. M. et al. Validation of a new Brazilian version of the "Night Eating Questionnaire". *Sleep Science* 2012;5:7-13.

DEL DUCA, G. F et al. Indicadores da institucionalização de idosos: Estudo de casos e controles. *Ver Saúde Pública*. 2012;56(1):147-53.

DUARTE, J. C. **Privação do Sono e Rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência** – Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Saúde Mental, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. 2008.

EBERSOLE, P. *Geriatric nursing and healthy aging*. St. Louis : Mosby, 2001. em: www.psicologia.com.pt

EDINGER, J. D. et al. Psychomotor performance deficits and their relation to prior nights' sleep among individuals with primary insomnia. *Sleep*. 2008 May;31(5):599-607.

FECHINE, B. R. A., TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace* [Internet]. 2012 [cited 2013 Mar 24]; 1(7):160-194. Available from: <http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/382/268>.

FELIX, J. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE. Anais. São Paulo: PUC, 2007

FERNANDES, M. G. M., et al. Qualificadores Sócio- Demográficos, Condições de Saúde e Utilização de Serviços por Idosos Atendidos na Atenção Primária. *Rev. Bras Ciências da Saúde* [Internet]. 2009 May/Aug [cited 2012 May 10];13(2):13-20. Available from: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/3438/4293>

FERNANDES, R. M. F. O sono normal. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2006; 39(2): 157-68

FERNÁNDEZ–MENDOZA, J. et al. Cognitive-emotional hyperarousal as a premorbid characteristic of individuals vulnerable to insomnia. *Psychosom Med*. 2010 May;72 (4):397-403.

FERRIE, J. E. et al. Change in sleep duration and cognitive function: findings from the Whitehall II Study. *Sleep*. 2011 May 1;34(5):565-73.

FOLSTEIN M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.

FRANCHI, K.; JÚNIOR, R. Atividade Física: Uma necessidade para a boa saúde na 3ª Idade. RevBras Saúde; 18 (3): 52-156. 2005.

Geib LTC, Neto AC, Wainberg R, Nunes ML . Sono e Envelhecimento. Rev. psiquiatr.

GREGORY, A. M. et al. The direction of longitudinal associations between sleep problems and depression symptoms: a study of twins aged 8 and 10 years. Sleep. 2009 Feb;32(2):189-99.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Tratado de Fisiologia médica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2002.

GUPTA, R. LHAN, V. Insomnia associated with depressive disorder . primary, secondary, or mixed? Indian J Psychol Med. 2011 Jul;33(2):123-8.

HAPONIK, E.F.; MCCALL, W.V. Sleep Problems. In: Hazzard WR. et al. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 1413-1427.

HOEFELMANN, L. P. et al. Lifestyle, self-reported morbidities, and poor sleep quality among Brazilian workers. Sleep Med. 2012 Oct;13(9):1198-201.

IMAGINÁRIO, C. M. O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra:Formasau, 2002. LIDEL – edições técnicas.

INSTITUTO Brasileiro geografia estatística (IBGE). Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.

INSTITUTO Brasileiro geografia estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro; 2010. (Informação Demográfica e Socioeconômica, 27).

JAEHNE, A .et al. How smoking affects sleep: a polysomnographical analysis. *Sleep Med.* 2012 Dec;13(10):1286-92. *JournalofClinicalPsychiatry.* 1992; 53 (suppl. 12):34-39.

KOMPIER, M. A; TARIS, T. W; VAN VELDHOVEN, M. Tossing and turning--insomnia in relationto occupational stress, rumination, fatigue, and well-being. *Scand J WorkEnviron Health.* 2012 May;38(3):238-46.

LITTNER M. et al.; American Academy of Sleep Medicine; Standards of Practice Committe. Practice parameters for using polysomnography to evaluate insomnia: an update. *Sleep.* 2003 Sep;26(6):754 60.

LI, S. X. et al. Residual sleep disturbances in patients remitted from major depressive disorder. A 4-year follow-up study. *Sleep.* 2012 Aug 1;35(8):1153-61

LOURENÇO, T. M. Capacidade funcional do idoso longo vivo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba- PR. 2011. 133f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Lenardt.

LOUVISION, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Ver Saúde Pública.* 2008; 42(4):733-40.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: the BarthelÍndex. *Md State Med J. New Jersey,* v.14, p. 61-5, 1965.

MARENGONI, A. et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011; 10 (4): 430-439.

MARTINS, A. T. Dependência funcional, qualidade de vida pós AVC e sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal. Porto : Faculdade

de Psicologia, 2004. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto.

MATOS, D. L & LIMA-COSTA, M. F. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2740-8.

MATSUDO S. M.; MATSUDO V. K. R.; NETO, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte* 2011;7:2-13. 2006; 14 (3): 201-209.

MCCARLEY, R. W. Neurobiology of REM and NREM sleep. *Sleep Medicine*, 8, 2007.

MENNA-BARRETO, L. Cronobiologia humana. In F. M. Fisher, C. R. Moreno e L. Rotemberg. *Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas* (pp. 33-41). São Paulo: Atheneu, 2004.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, v.23, n. 2, p. 218-23, 2010.

MIRANDA, R. D.; SOUZA J. A. D.; OLIVEIRA, L. Z. Hipertensão Arterial. In: BORGES, J. L. *Manual de Cardiogeriatría*. 3. Ed. São Paulo: EDITORA Criação, 2012.

MORENO, D.F.M. Políticas Nacionais de Saúde para Idosos: Análise das práticas institucionais em contexto rural e Urbano. *Dissertação de Mestrado em ciências da Educação- Especialização em Educação Social*, fevereiro 2013.

MULLER, M. R.; GUIMARAES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud. psicol. (Campinas)* [online].

2007, vol.24, n.4, pp. 519-528. ISSN 0103-166X.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400011>.

NUNES, B. Envelhecer com Saúde – Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica. LIDEL, edições técnicas e Ltda, 2008.

OHAYON, M. M. Interaction between sleep normative data and sociocultural characteristics in the elderly. *J Psychosom Res* 2004; 56:479-486.

OLIVEIRA, B. H. D et al. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2012 July 20];15(3):851-60. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300028&lng=pt

OLIVEIRA, B. H. D.; CUPERTINO, A. F. B. Diferenças entre gênero e idade no processo de estresse em uma amostra sistemática de idosos residentes na comunidade - Estudo PENSA. *Textos Envelhecimento* 2005; 8(2):371-378.

OLIVEIRA, J. et al. Aspectos clínicos da insônia do idoso. In: Reimão R, organizador. *Sono normal e doenças do sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2004. p.295-296.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-X: referência rápida. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

PAIXÃO, C. M.; RECHENHEIM, M. — Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 21 : 1 (2005) 7-19.

PANDI-PERUMAL S. R. et al. Senescence, sleep, and circadian rhythms. *Ageing Res Rev* 2002;

PANDI-PERUMAL, S. R. et al. Bidirectional communication between sleep and circadian rhythms and its implications for depression: lessons from agomelatine. *Prog Neurobiol.* 2009 Aug;88(4):264-71.

PEREIRA, A. A.; CEOLIM, M. F. Relação entre problemas do sono, desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos da comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [online]. 2011, vol.14, n.4, pp. 769-778. ISSN 1809-9823.

POYARES, D. & TUFIK, S. I Consenso Brasileiro de Insônia. *Hypnos Journal of Clinical and Experimental Sleep Research*, 4 (2), 1-45.2002.

PRADO, S. D. & SAYD, J. D. A Gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (2): 491 – 501. *Psicol. Estud* 2004; 9(1):3-7. psíquica. LISBOA – PORTO. LIDEL – Edições Técnicas, 2006.

QUINHONES, M. S & GOMES, M. M. Sono no envelhecimento normal e patológico: Aspectos clínicos e fisiológicos. *Rev. Bras.* nº1, jan-fev-mar, 2011.

REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na

RENTE, P.; PIMENTEL, P. A patologia do Sono. Lisboa: Lidel. *Rev. psiquiatr. clín.* (São Paulo). 2006; 33(5): 233-238.

RIBEIRO, O. & PAÚL, C. (Coord.), (2011). Manual de Envelhecimento activo. Lisboa-Porto. *Rio Gd. Sul.* 2003; 25(3): 453-465.

RODRIGUES, M. H. et al. Polissonografia: aspectos técnicos e clínicos. Rev Bras Neurol. 2012;48(1/2):7-23.

SAI, L. P. Sleep quality versus sleep quantity: relationship between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in university students. [Tese] Faculty of Medicine The Department of Psychiatry. Hong Kong. 80p 2007.

STEENARI, M. R. et al. Reliability of the Barthel index when used with older people. Age and Ageing. 34 : 3 (2005) 228—232.

SALGADO. E. Saber Envelhecer. Disponível em: <<http://lbismarkfranca.blogspot.com/2009/10/saber-envelhecer.html>> Acesso em 08 nov. 2013.

SANTOS, A. A.; COELLIM, M. F.; NERI, A. L. Queixas de sono entre idosos brasileiro de municípios com diferentes índices de desenvolvimento humano, Rev, Latino-Am, Enfermagem [internet], set-out 2012 [acesso em: 08/2013] 20(5)[09telas]. Disponível em:<http://www.eerp.usp.br/flae>

SANTOS, A. M. S. *Idosos, família e cultura*. Campinas: Alínea, 2003.

SANTOS, A. A. et al. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. Rev. bras. enferm. [online]. 2013, vol.66, n.3, pp. 351-357. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300008>.

SANTOS, S. S. C. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. Acta Paulista de Enfermagem v.21, n4, p.649-653, jun. 2008.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Quando o entardecer chega, o envelhecimento surpreende muita gente. Disponível em: <<http://www.guiarh.com.br/pp46.html>> Acesso em: 01 nov. 2013. Souza JC,

SHELGIKAR, A. V.; CHERVIN R. Approach to and evaluation of sleep disorders. *Continuum (Minneap Minn)*. 2013;19(1 Sleep Disorders):32-49.

Siegel S. *Estatística não paramétrica*. São Paulo: ED. McGraw-Hill do Brasil, 1981

SOUSA, J. C.; REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. *PsicolEstud* 2004;9(1):3-7.

THORLEIFSDOTTIR, B. et al. Sleep and sleep habits from childhood to young adulthood over a 10-year period. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (1), 2002. 529-537.

TROEN, B. R. The biology of aging. *The Mount Sinai Journal of Medicine* 2003; 1: 3-22.

VALLE, L. E. L. RIBEIRO DO VALLE. E. L.; REIMÃO, R. Sono e aprendizagem. *Rev. Psicopedagogia* vol.26 no. 80 São Paulo 2009.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos: introdução. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2463-6.

VERRI, F. et al. Avaliação da qualidade em grupos com diferentes Níveis de Desordem temporomandibular. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 8(2):165-169, maio/ago. 2008.

VIRTANEN, M. et al. Long working hours and sleep disturbances: the Whitehall II prospective cohort study. *Sleep*. 2009 Jun; 32(6):737-45.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS ATENDIDOS NOS SUB-SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO NO MUNICÍPIO DE PATOS, PB

Pesquisador responsável: Eu, LOURDES CONCEIÇÃO MARTINS Professora ORIENTADORA da Universidade Católica de Santos-SP, juntamente com a aluna ELAINY MARIA DIAS DE MEDEIROS FRANÇA, estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado: “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS ATENDIDOS NOS SUB-SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO NO MUNICÍPIO DE PATOS, PB”, da aluna de mestrado que objetiva: Avaliar a qualidade do sono de idosos atendidos nos sub-sistemas público e privado no município de Patos-PB.

Informações sobre a pesquisa: Trata-se de um estudo de caráter transversal exploratório, desenvolvido sob uma abordagem quantitativa. Tem como objetivo: Avaliar a qualidade do sono de idosos atendidos nos sub-sistemas público e privado no município de Patos-PB. Por tanto, solicito a sua colaboração em particular de uma entrevista sobre o assunto. A pesquisa foi realizada em uma Clínica privada de Especialidade e no SUS. Justifica-se este estudo tanto para os pesquisadores quanto o pesquisado, pois os resultados irão contribuir com um relatório que ofereça subsídio á reflexão acerca da assistência de qualidade a população em estudo. Quanto aos riscos e benefícios antes de iniciarmos a coleta de dados, informaremos aos participantes que na realização da pesquisa os riscos serão mínimos podendo

ser gerados pelo desconforto em responder alguma questão não causando danos às dimensões físicas, psíquicas, moral, intelectual, social cultural ou espiritual. E que os benefícios serão tanto para o pesquisador que irá obter resultados para melhorar a qualidade do sono do idoso como também o entrevistado que terá o conhecimento sobre o assunto, o que permitirá o melhor manejo pelo mesmo sobre a sua qualidade de sono. Informamos ainda que todos os dados coletados serão confidenciais, mas poderá ser publicado no meio científico como forma de divulgação dos resultados sem identificação dos sujeitos.

Pesquisador responsável:

Eu, _____

abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a Resolução CNS nº466/12 Cap. XIII inciso 5 terei preservados todos os meus direitos abaixo relacionados:

- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.

- A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.

- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa

poderá causar o risco de constrangimento moral ao entrevistado, isentando-se de qualquer risco físico.

- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, fica assegurado que poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos, _____ de _____ de _____

Assinatura do entrevistado



Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Elainy Maria Dias de Medeiros
França

RG: 1916660 SSP/PB

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato como (a) pesquisador (a) Rua Elias Asfora, 92, Jardim Guanabara – Patos.(PB).

Telefone célula:(83) 91793870

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador (a)

APÊNDICE B- TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS ATENDIDOS NOS SUB-SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO NO MUNICÍPIO DE PATOS, PB” conforme, a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, Homologada em 12 de novembro de 1991 visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado. Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/ Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos, ____ de _____ de 2013.

ELAINY MARIA DIAS DE MEDEIROS FRANÇA- RG:
ORIENTANDA

LOURDES CONCEIÇÃO MARTINS - RG:
ORIENTADOR DA PESQUISA

APÊNDICE C- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A PESQUISA

Eu, LOURDES CONCEIÇÃO MARTINS Professora, ORIENTADORA da Universidade católica de Santos-SP, juntamente com a aluna ELainy Maria Dias de Medeiros, estamos desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado: “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS ATENDIDOS NOS SUB-SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO NO MUNICÍPIO DE PATOS, PB”, da aluna de mestrado que objetiva: Analisar os fatores que influenciam na qualidade de sono do idoso.

Para tanto solicitamos:

- Autorização para, realizar a pesquisa com os idosos atendidos nesta clínica de especialidades na cidade de Patos-PB

Assumimos o compromisso de:

- 1° Preservar a privacidade dos sujeitos em estudo;
- 2° Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- 3° Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os sujeitos;

Se alguma dúvida surgir, antes do início, no curso ou ao término da pesquisa, pode entrar em contato, com o pesquisador, pelo telefone (83) 91793870

Patos, 16 de setembro de 2013.

ELAINY MARIA DIAS DE MEDEIROS - RG:1216660

ORIENTANDO

LOURDES CONCEIÇÃO MARTINS - RG:

ORIENTADOR DA PESQUISA

MAYARA LEAL DE ALMEIDA COSTA

RESPONSÁVEL TÉCNICO

ANEXO

FICHA DE INCLUSÃO DO IDOSO NA PESQUISA

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Codigo de registro: _____

IDADE : _____ PROFISSÃO: _____

OCUPAÇÃO: _____

ETNIA:

() Branco () Negro () Pardo () Asiático

Outro: _____

EATADO CIVIL:

() Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado

RENDA:

() Menos de 1 salário () 1 salário () 2 salários () 3 salários () Mais de 3 salários

MEDICAMENTOS EM USO:

1- () ANTIINFLAMATÓRIO

2- () ANTIHIPERTENSIVO

3- () HIPOGLICEMIANTE

4- () HIPOLIPEMIANTES

5- () ANSIOLÍTICO

6- () HIPINÓTICOS

7- () ANTIDEPRESSIVO

8- () ANTIPSIKÓTICO

9- () ANTIPARSONIANOS

10- () OUTROS _____

DIAGNÓSTICOS PRÉ-ESTABELECIDOS (OU HISTORIA SAÚDE-DOENÇA)

- 1- () HIPERTENSÃO
- 2- () DIABETES MELITUS
- 3- () DEPRESSÃO
- 4- () DOR CRÔNICA
- 5- () ARTROSE
- 6- () OSTEOPOROSE
- 7- () DOENÇA DE PARKINSON
- 8- () OUTROS _____

- 9- POSSUI CUIDADOR: () SIM () NÃO
- 10-QUEM É O CUIDADOR:
- 11- () Filho () Irmão () Empregado () Outro _____

ANEXO A**ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO(COOPER,1989)**

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL 1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos. 2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. 3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal. 4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa. 5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.
CATEGORIA 2: BANHO 1. Totalmente dependente para banhar-se. 2. Requer assistência em todos os aspectos do banho. 3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença. 4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência. 5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO 1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado. 2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. 3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. 4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência

necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.

5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.

2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário

3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.

4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.

5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.

2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.

3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.

4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.

5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se , amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente apresenta incontinência urinária.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

- O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
 3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
 4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.

5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.

2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.

3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.

4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.

5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso.

O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.

2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.

3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.

4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.

5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.

2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO (COOPER, 1989).

Tarefa	I	II	III	IV	V
Higiene Pessoal	0 Totalmente dependente	1 Necessita assistência em todas as etapas	3 Assistência em 1 ou mais etapas	4 Capaz com a mínima Assistência	5 Totalmente independente
Banho	0 Totalmente dependente	1 Necessita assistência em todas as etapas	3 Assistência para transferir-se, lavar-se, ou enxugar-se; não completa a tarefa	4 Supervisão para a transferência ou ajustar a água	5 Toma banho completo sem supervisão
Alimentação	0 Totalmente dependente	2 Necessita Adaptação para alimentar - se, necessita de assistência	5 Alimenta-se com supervisão. Necessita de ajuda para colocar leite, açúcar, passar manteiga	8 Independente e para comer, mas incapaz de cortar alimentos ou abrir potes	10 Alimenta-se sozinho, sem supervisão, desde que a comida esteja a seu alcance
Uso do Banheiro	0 Totalmente dependente	2 Necessita assistência	5 Necessita de assistência	8 Supervisão para maior	10 Independente em todas as

		em todos os passos	para transferências, manuseio de roupas e lavagem das mãos	segurança. Usa papagaio ou comadre mas há assistência para esvaziá-la	tarefas, inclusive abotoar, desabotoar roupas e uso do papel higiênico
Escadas	0 Totalmente dependente	2 Necessita assistência em todos os aspectos, inclusive para andar com dispositivos	5 Necessita ajuda e supervisão, é capaz de subir e descer, mas não de manusear dispositivos de auxílio	8 Supervisão para maior segurança por rigidez matinal, ou falta de fôlego	10 Independente para subir e descer um lance com segurança, sem supervisão. Pode usar corrimão, bengalas e outros
Vestuários	0 Totalmente dependente e passivo	2 necessita assistência em todas as etapas	5 Assistência para colocar e tirar roupas	8 mínima ajuda para fechar zíperes, botões, sapatos	10 capaz de tirar e por roupas
Continência Fecal	0 Totalmente incontinente	2 Assistência para posicionar-se e realizar o esvaziamento	5 Posiciona-se mas é incapaz de limpar-se, acidentes freqüentes	8 Acidentes ocasionais	10 Continente
Continência Urinária	0 Totalmente incontinente e com sonda	2 Incontinente mas coopera com adaptações internas e externas	5 Mantém-se continente durante o dia, e a noite necessita de adaptação	8 Acidentes ocasionais, mínima assistência para adaptações	10 Continente e independente para uso de adaptações
Transferências	0 Totalmente dependente, necessita de 2 auxiliares para transferir-se	3 Participa das transferências com a máxima assistência	8 Necessita de assistência em todas as etapas	12 Necessita de supervisão	15 independente em todas as etapas

Deambulação	0 Não deambula	3 Assistência de uma ou mais pessoas	8 Assistência de uma pessoa para alcançar apoio	12 Independente e para andar, mas incapaz de fazê-lo por 45 min sem supervisão	15 Independente, com segurança, podendo usar apoios e dispositivos
Cadeira de Rodas *	0 Totalmente dependente e para deslocar-se	1 Impulsiona a cadeira em curtas distâncias em terreno plano, mas precisa de auxílio no manuseio	3 Assistência para levar a cadeira até a mesa, a cama	4 Impulsiona a cadeira por um tempo razoável sobre terreno regularmente acidentado, mínima assistência é necessária	5 Impulsiona a cadeira independentemente, passa por esquinas, vira-se, aproxima-se da mesa e vai ao banheiro

Escore Total: _____

80 – 100	Independente
60 – 79	Semi – independente
40 – 59	Parcialmente dependente
0 – 39	Muito dependente
Abaixo de 20	Totalmente dependente

**ANEXO B - ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH VERSÃO
EM PORTUGUÊS DO BRASIL(PSQI-BR)**

Nome: _____

Registro: _____ Idade: _____ Data: _____

Instruções:

- As questões a seguir são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado.
- Suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado.
- Por favor, responda a todas as questões.

1) Durante o mês passado, à que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____:_____

2) Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

3) Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____:_____

4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

*Para cada uma das questões seguinte escolha **uma única resposta**, que você ache mais correta. Por favor, responda todas as questões.*

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

i) Sentir dores

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva:

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

6) Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

Muito boa ruim

Boa muito ruim

7) Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

Qual(is)?

8) Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

nenhuma vez menos de uma vez por semana

uma ou duas vezes por semana três vezes por semana ou mais

9) Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

() Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo

() indisposição e falta de entusiasmo pequenas

() Indisposição e falta de entusiasmo moderadas

() muita indisposição e falta de entusiasmo

Comentários do entrevistado (se houver):

10) Você cochila? () Sim () Não

Comentários do entrevistado (se houver):

Caso Sim –Você cochila intencionalmente, ou seja, pôr que quer?

() Sim () Não

Comentários do entrevistado (se houver):

Para você, cochilar é

() Um prazer () Uma necessidade () Outro – qual?

Comentários do entrevistado (se houver):

Anexo C - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Identificador do cliente

Nome _____

Data de nascimento: _____

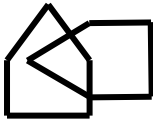
Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto() 0 à 3 anos () 4 a 8 () mais de 8 anos ()

Avaliação em : ____ / ____ / ____

Avaliador _____

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (*Folsteinatal, 1975*)

		PONTOS	PACIENTE
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	ANO	1	
	MÊS	1	
	DIA DO MÊS	1	
	DIA DA SEMANA	1	
	HORA APROXIMADA	1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	ESTADO	1	
	CIDADE	1	
	SETOR OU BAIRRO	1	
	LOCAL GENÉRICO (RESIDÊNCIA, HOSPITAL, CLÍNICA)	1	
	LOCAL ESPECÍFICO (APOSENTO, SETOR, CONSULTÓRIO)	1	
MEMÓRIA IMEDIATA	NOMEIE 3 OBJETOS E PEÇA PARA O PACIENTE REPETIR (Vaso, carro, tijolo)	1 para cada objeto (total = 3)	
ATENÇÃO E CÁLCULO	DIMINUIR 7 DE 100 5 VEZES SUCESSIVAS	1 para cada subtração (total = 5)	
MEMÓRIA DE EVOCÇÃO	REPETIR OS 3 OBJETOS ACIMA (Vaso, carro, tijolo)	1 para cada objeto (total = 3)	
LINGUAGEM	NOMEAR 2 OBJETOS (EX: RELÓGIO, CANETA)	1 para cada objeto (total = 2)	
	REPETIR "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"	1	
	SEGUIR O COMANDO DE 3 ESTÁGIOS: "PEGUE O PAPEL COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O E COLOQUE-O NO CHÃO"	1 para cada estágio (total = 3)	
	LEIA E EXECUTE A ORDEM: "FECHE OS OLHOS"	1	
	ESCREVER UMA FRASE	1	
	COPIAR O DESENHO:	1	
			
TOTAL DE PONTOS		30	